



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

EKSAMENSINNLEVERING

Emnenavn: Emne 5

Emnekode:

SYKSB/SYKHB 3001 - Bacheloroppgave

Eksamensform: Hjemmeeksamen

Leveringsfrist: 23.02.12

Kandidatnr.: 24

Antall ord: 7547

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Sykdommen KOLS har utviklet seg til en folkesykdom. For titalls år siden var den et ukjent fenomen som i senere tid har resultert i en signifikant økning. KOLS har utviklet seg til en av de hyppigste kroniske lidelsene, og utgjør et stort helseproblem nasjonalt og internasjonalt. Den profesjonelle forståelsen av sykdommen har økt, noe som har satt KOLS og behandling i fokus.

Problemstilling: *Hvordan hjelpe KOLS pasienter til mestring av sykdommen.*

Hensikt: Øke kunnskap og forståelse for hva sykepleiere kan gjøre for å hjelpe pasientene til mestring av KOLS.

Metode: Metoden som blir brukt er en litteraturstudie hvor jeg har samlet inn data gjennom forskningsartikler og eksisterende litteratur. Litteraturstudie som metode er krav for å skrive en Bacheloroppgave.

Funn/resultat: Artiklenes funn viser at mestring av symptomer hvor informasjon, veiledning og mestringsstrategier ble vektlagt. Mange av pasientenes hverdag er preget av dyspne, angst, isolasjon og tap av nettverk. Viktige elementer i hverdagen er sosial deltakelse, intergritet og støtte, samt et stort behov for kunnskap, informasjon og veiledning.

ABSTRACT

Background: The disease COPD has evolved into a widespread disease. For ages ago it was an unknown phenomenon in recent years has resulted in a significant increase. COPD has evolved into one of the most common chronic disorders, and represents a major health problem both nationally and internationally. The professional understanding of the disease has increased, which has resulting COPD and treatment in focus.

Approach : *How to help patients with COPD to cope with the disease.*

Purpose: To increase knowledge and understanding of what nurses can do to help patients cope with the illness COPD.

Method: The method who has been used is a literature study where I collected data through research papers and existing literature. Literature study as a method is required to write a Bachelor thesis.

Findings / Results: The findings in the article shows that mastery of symptoms where information, guidance and coping strategies. Many of the patients' daily life is characterized by dyspnea, anxiety, isolation and loss of social network. Important elements of everyday life were social participation, integrity and support, and a great need for knowledge, information and guidance.

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema.	1
1.2 Presentasjon av problemstillingen	1
1.3 Presisering og avgrensing av problemstilling	1
2.0 TEORI.....	2
2.1 Kronisk sykdom.....	2
2.2 Kols	2
2.3 Mestring.....	5
2.4 Joyce Travelbee	5
3.0 METODE.....	7
3.1 Hva er metode.....	7
3.2 Litteraturstudie som metode	7
3.3 Litteratursøk.....	8
3.4 Valg av litteratur og kildekritikk.....	9
3.5 Etikk	10
3.6 Funn.....	10
4.0 DRØFT.....	14
4.1 Mestring av tungpust.....	14
4.2 Mestring av angst	15
4.3 Håpets betydning for mestring.....	16
4.4 Sosial støtte, deltakelse og psykososial mestring	18
4.5 Aktivitet og kosthold	19
4.6 Søvn og hvile	21
6.0 AVSLUTNING	23
7.0 KILDER.....	24

1.0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for valg av tema.

KOLS var et ukjent begrep innen helsesektoren for 50-60 år siden. Sykdommen har i løpet av de siste tiårene utviklet seg til en folkesykdom. I Norge har trolig over 200 000 personer KOLS, det antas at over halvparten ikke har fått stillt diagnose. Det er en lidelse med betydelig grad av uførhet og dødelighet. Hvert år får sannsynligvis 20 000 personer KOLS hvor trolig 1400 personer dør. Majoriteten av pasientene er røykere eller de som tidligere har røykt. (Helse og omsorgsdepartementet, 2006). WHO anslår at 64 millioner mennesker hadde KOLS i 2004, 3 millioner døde som følge av sykdommen. WHO spår at KOLS vil bli den tredje største dødsårsaken i verden innen 2030, med mindre presserende tiltak iverksettes for å redusere underliggende risikofaktorer, særlig bruk av tobakk og luftforurensing. KOLS kan forebygges, men ikke kureres (WHO u.å.). Utviklingen kan skyldes flere ting, men hovedsakelig en større andel eldre i befolkningen, samt flere kvinnelige røykere og økt oppmersomhet rundt sykdommen (Giæver, 2008). I følge Forskning.no mener Andenæs at det finnes behov for mer undervisning om KOLS i sykepleierutdanningen (Forskning.no, 2012). Videre står det i Sykepleiernes Yrkesetiske retningslinjer (2007) at sykepleieren skal bidra til verdibevisshet, fagutvikling og forskning, ny kunnskap skal innarbeides og brukes i det praktiske arbeid (Yrkesetiske Retningslinjer, 2007, punkt 3.5).

1.2 Presentasjon av problemstillingen

Hvordan hjelpe KOLS pasienter til mestring av sykdommen.

1.3 Presisering og avgrensning av problemstilling

Oppgavens hensikt er å rette fokus på hvordan pasienter med sykdommen KOLS kan oppnå mestring, samt hvordan sykepleier kan være med å fremme mestring. Det er i oppgaven valgt et litt mer overordnet perspektiv på hvordan sykepleiere kan hjelpe pasienter med KOLS. Hvordan kunne oppnå mestring av sykdommen blant annet ved å se på mestringsstrategier som tidligere er blitt brukt av pasienter med KOLS. Oppgaven avgrenses til stadium 3, alvorlig KOLS.

Den medikamentelle behandlingen av KOLS er viktig for å minske symptomer, redusere antall og alvorlighetsgrad av akutte forverringer, bedre den generelle helsetilstanden samt gi større toleranse for anstrengelser. Til tross for dette har jeg valgt å ikke fordype meg i den medisinske behandlingen i denne oppgaven.

2.0 TEORI

2.1 Kronisk sykdom

I følge Gjengedal og Hanestad (2007) har det vist seg å være vanskelig å finne en dekkende definisjon på kronisk sykdom, dette på grunn av store variasjoner i sykdomspanoramaet og fordi nye sykdommer som stadig dukker opp. En definisjon som fortsatt er mye brukt er av Strauss m.fl.:

Alle avik fra det normale som har en eller flere følgende karakteristika: er permanente, medfører varig funksjonshemming, er forårsaket av irreversible patologiske endringer, krever særskilte rehabiliteringsprogram og forventes å kreve langvarig veiledning, observasjon og pleie (Strauss m.fl.1984,s. 11).

Gjengedal og Hanestad (2007) beskriver en kronisk sykdomstilstand som en tilstand man ikke kan bli frisk av, hvor det ofte bærer med seg forandringer i livet. Å være kronisk syk innebærer ofte kontakt med helsepersonell, noe som kan komme til å spille en sentral rolle relatert til pasientens livskvalitet. Sykdommen vil kunne sette hinder og begrensninger for utfordringer i dagliglivet samt tap i forhold til det fysiske og det sosiale. Dette kan være med å avgrense livsutfoldelsen til pasienter med en kronisk sykdom. Gjengedal og Hanestad (2007) definerer sykepleierne Mary Curtin og Ilene Lubkin definisjon på kronisk sykdom:

Kronisk sykdom er en irrevesibel, konstant, tiltakende eller latent sykdomstilstand eller en svakhet som virker inn på hele mennesket og dets omgivelser, og som fordrer omsorg, egenomsorg, opprettholdelse av funksjon og forebygging av videre funksjonssvikt (Gjengestad og Hanestad, 2007, s.13).

Kronisk sykdom er ikke begrenset til en fysisk tilstand, men noe som påvirker alle dimensjoner i pasientenes liv. Dette er spesielt gjeldende for eldre mennesker som definerer sine helseproblemer utfra sin funksjon enn utfra smerte og andre sykdomssymptomer. KOLS er en av de hyppigste kroniske lidelsene og utgjør et stort helseproblem både nasjonalt og internasjonalt (Birkeland og Flovik, 2011).

2.2 Kols

KOLS er en samlebetegnelse som kan være fra kronisk bronkitt til emfysem. Det er en tilstand hvor det er en irreversibel -luftveisobstruksjon som vil si at obstruksjon er kronisk (Andenæs, 2007). Symptomene ved KOLS er kronisk hoste med ekspektorat, under ekspirasjonen kan det høres en pipelyd, dyspné er et sent symptom (Boye, 2011). En pasient

med KOLS vil hele tiden plages med luftveisobstruksjonen (Jacobsen, Kjeldsen, Ingvaldsen, Buanes og Røise, 2009). Sykdommen utvikler seg gradvis over mange år, i tidlige stadier kan det være relativt beskjedne symptomer. Derimot vil KOLS i mer fremskredne faser påvirke pasienten psykisk og fysisk, dette vil medføre mange plager og begrensninger som reduserer livskvaliteten (Andenæs, 2007).

Arbeidsgruppen GOLD, Global Initiativ for Chronic Obstructive Lung Disease ble opprettet i 1997 for å øke kunnskapsnivået om KOLS, samtidig rette oppmerksomhet på verdensbasis.

Målet var et krafttak for å øke forebyggende tiltak og bedre behandlingen av KOLS over hele verden (Den Norske Legeforenings Strategigruppe for KOLS 2002, 5).

KOLS klassifiseres i fire stadier etter alvorlighetsgrad (Gold-Kriterier).

Stadium 1-Mild KOLS. Pasienten er nødvendigvis ikke klar over sin diagnose. Vanligvis hoste og slim fra lungene, men ikke alltid.

Stadium 2-Moderat KOLS. Pasienten vil i dette stadiet som regel være plaget av hoste og /eller slim fra lungene.

Stadium 3-Alvorlig KOLS. Akutte forverring av sykdommen som har innvirkning på pasientens livskvalitet og prognose.

Stadium 4-Svært alvorlig KOLS. Pasientens livskvalitet er betydelig redusert, forverring kan være livstruende (Almås, Bakkeland Thorsen & Sorknæs., 2010).

Symptomer er kronisk produktiv hoste (det vil si med ekspektorat), særlig om morgenen som kan utvikle seg til å bli plagsomt hele døgnet. Har pasienten tydelig obstruksjon i perifer lungeavsnitt, vil man høre en karakteristisk pipelyd under ekspirasjonsfasen. Gjentakelser av bronkitt, og dyspne (anstrengt respirasjon) kan gi en opplevelse av å bli kvalt. En følelse av å ha et stramt belte rundt brystet, eller ikke få trekt tilstrekkelig med luft ned i lungene er ofte vanlig. Pasienter som er kommet langt i sykdomsforløpet blir ofte sittende forover bøyd og thorax/bryst er tønneformet hvor det tydelig kommer frem at hjelpemusklene i nakke og skuldre blir brukt.

Pasienten kan også være cyanotiske på grunn av for lite tilgang på oksygen (Almås et al., 2010). Det kan oppstå forverring av sykdommen flere ganger årlig, da spesielt høst og vinter (Gievær, 2008). For pasienter med diagnosen KOLS vil ofte hverdagen være preget av angst, dyspné, isolasjon redusert fysisk funksjon og redusert livskvalitet, tretthet, søvn og ernæringsproblemer. (Almås et al., 2010).

Årsaker er mange og kompliserte, den viktigste enkeltårsaken er sigarettøyking. Risikoen for å utvikle KOLS sies å være stor om en har røykt 20 sigaretter eller mer daglig i over 20 år. Det er sjelden utviklingen av KOLS skjer før 50 års alderen hos menn, hos kvinner derimot kan utviklingen starte allerede rundt 40 års alderen (Andenæs, 2007). Sykdommen er mest vanlig i aldersgruppen 60-74 år. Normale aldersforandringer vil påvirke sykdomsutviklingen (Brodtkorb, 2008). Det er imidlertid store forskjeller i mottakeligheten for røyk. Yrkesmessig eksponering av støv, gass og damp viser også en økt risiko for utvikling av KOLS. Hos noen er det en arvelig komponent, dette skyldes mangel på alfa 1-antitrypsin i blodet. Mangelen medfører gradvis tap av lungenes elastiske egenskaper (Jacobsen et al, 2009). Det er den siste tiden vektlagt systemiske effekter som ernæringsmessige endringer, vekttap samt svekket muskelfunksjon (Andenæs, 2007).

Diagnosen stilles utfra anamnesen og spirometri som vil vise et obstruktivt mønster med redusert FEV 1 og PEF. Det gjennomføres en lungefunksjonsundersøkelse (spirometri). I løpet av 1 sekund (FEV) måles det hvor mye luft pasienten klarer å presse ut og totalt etter en inspirasjon (vitalkapasitet, FVC). Definisjonen av KOLS er gjentatte målinger av FEV, hvor det i en stabil periode vil utgjøre mindre enn 70% av FVC. Dette er grunnlaget for inndeling av ulike grader KOLS, det vil være viktig å påpeke at verdien av FEV og FVC avhenger av alder, kjønn og høyde (Almås et al., 2010).

Behandling. I følge Almås et al., (2010) tar behandlingen utgangspunkt i å skape en god tilværelse for den enkelte pasient. Dette vil i følge Giæver (2008) innebære forebygging av forverring, forebygging av symptomer samt behandling av symptomer, bedre mestring av sykdommen og redusere mortalitet. En viktig del av den ikke-medikamentelle behandlingen av KOLS er rehabilitering. Rehabiliteringsopplegget bør være tverrfaglig og fagpersoner som lege, sykepleier, ernæringsfysiolog og fysioterapeut, ergoterapeut, sosionom og psykolog bør være involvert. Videre påpeker Nasjonal strategi for KOLS-området at hovedformålet med rehabilitering er å oppnå best mulig funksjon/mestring og selvstendighet. Samt få oppnå delaktighet i sosiale sammenhenger og i samfunnet ellers (Nasjonal Strategi for KOLS-området 2006-2011).

2.3 Mestring

Lazarus & Folkmann definisjon på mestring:

Kontinuerlig skiftende kognitive og adferdsmessige anstrengelser for å takle spesifikke ytre og/eller indre krav som oppleves som belastende, eller som overstiger ens ressurser og truer ens velvære (Lazarus og Folkman, 1984).

Mestring beskrives som en prosess med to sentrale funksjoner hvor **problemfokuset mestring** er å takle eller endre et problem som er med å skape vanskeligheter, hvor en bevisst eller ubevisst gjør seg tanker om hvordan en kan komme seg gjennom situasjonen. Med dette i bakgrunn vil personen kunne oppleve mestring. Problemfokuset mestring relatert til en person som har fått en alvorlig sykdomsdiagnose, vil personen kunne sette seg inn i behandlingsmuligheter og velge den beste fremgangsmåten for å kunne treffe forhåndsregler som er nødvendige (Hanssen og Natvig, 2007).

Emosjonelt fokusert mestring innebærer regulering av følelser som oppstår på grunn av et problem eller en stressende situasjon. Denne strategien bygger på håp og optimisme samt regulering av en stressende situasjon og håndtering av egne følelser rundt sykdommen. I vanskelige situasjoner bruker en ofte begge strategiene, dette for å kunne regulere følelser som måtte oppstå og for å kunne endre situasjonen personen befinner seg i (Hanssen og Natvig, 2007).

2.4 Joyce Travelbee

Joyce Travelbee sykepleietenkning passer bra til min problemstilling, hvor hensikten er å hjelpe mennesker til å mestre sine lidelser. Travelbees definisjon på sykepleie:

Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene (Travelbee, 1999, s. 29).

Videre definerer Travelbee (1999) sykepleierens hensikt slik:

Sykepleiens mål og hensikt er å hjelpe enkeltindividet, familien eller samfunnet til å forebygge eller mestre sykdom, lidelse og om nødvendig finne mening i disse erfaringene (Travelbee, 1999, s. 41).

Profesjonell sykepleier har oppgave å etablere *et menneske til menneske* forhold som kjennetegnes ved at sykepleieren og den syke oppfatter og forholder seg til hverandre. Sykepleierens rolle og metode er å bruke seg selv som terapeut i samhandlingen med pasienten. Et menneske som trenger hjelp og som ikke klarer å mestre eller se mening med sykdom og lidelse, er i følge Travelbee et menneske som trenger sykepleie (Travelbee, 1999). Et menneske til menneske forhold etableres gjennom flere faser hvor *det innledende møtet* mellom sykepleier og pasient kjennetegnes ved at de ikke kjenner hverandre. Det er avgjørende at pasient og sykepleier overvinnet det stadiet hvor de betrakter hverandre som roller. Rolleoppfatningen blir etter hvert svakere og et kontaktforhold mellom pasient og sykepleier utvikles. Dette resulterer i at de ser og forholder seg til hverandre som unike personer (Kristoffersen, 2005).

Empati er evnen til å trenge inn eller ta del i og forstå den psykiske tilstanden til et annet menneske. (Travelbee, 1999). Evnen til empati må kontinuerlig utvikles både på grunnlag av sykepleierens livserfaring og i møte med andre mennesker. I den empatiske prosessen dannes et grunnlag av forståelse og innsikt, som resulterer i sympati som er et resultat av prosessen (Kristoffersen, 2005). Som sykepleier kan en formidle *Sympati* både verbalt eller nonverbalt gjennom holdning og væremåte. Pasienten vil være i bedre stand til å mestre sin situasjon dersom sykepleieren klarer å formidle sympati og støtte på en god måte. I noen tilfeller kan betydningen av dette bety forskjellen mellom vilje til å leve og vilje til å dø (Travelbee, 1999).

Den siste fasen i etableringen av et menneske til menneske forhold er *den nære og gjensidige forståelsen* mellom sykepleier og pasient. Dette er et resultat av det som har skjedd gjennom interaksjonen i de tidligere fasene. Den nære og gjensidige forståelsen utvikles når sykepleieren har vist forståelse, handling og et ønske om å hjelpe pasienten (Travelbee, 1999). For å nå dette nivået må sykepleier ha kunnskap og ferdigheter som er nødvendige for å iverksette sykepleietiltak i samsvar med pasientens behov. Pasienten kan oppleve sterk tillit til en sykepleier som gjennom sine handlinger viser seg som en pasienten kan stole på (Kristoffersen, 2005). Å være avhengig av andre kan i følge Travelbee (1999) være sterkt relatert til håp. Begrepet er sentralt knyttet til sykepleiens mål og hensikt, som et overordnet mål. Sykepleier kan bidra til mestring av pasientens lidelse ved hjelp til å styrke håpet (Travelbee, 1999).

3.0 METODE

3.1 Hva er metode

I følge Aubert i Dalland (2008) defineres metode som en fremgangsmåte å frembringe kunnskap eller etterprøve påstander som fremsettes med krav om å være sanne, gyldige eller holdbare.

”Metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener til dette formålet, hører med i arsenalet av metoder”(Aubert, 2007,s. 83).

Metode blir i Dalland (2008) beskrevet som et redskap som brukes til å innhente informasjon som trengs til en undersøkelse. Metoden kan være måten man går frem på for å innhente nye kunnskaper og løsninger (Dalland, 2008).

Det er to typer metoder som blir brukt hvor den ene er **kvalitativ** og den andre **kvantitativ** metode. Som tilnæringsmotiv velges metode utfra hva man ønsker å vite eller undersøke (Dalland, 2008).

Kvalitativ metode utdyper meninger og legger vekt på opplevelser som ikke er målbare i tall, kvalitativ metode går i dybden med mange opplysninger, men få undersøkelsesenheter. Metoden kjennetegnes ved at den får frem det mangfold og nyansersæregne/ spesielle (Dalland, 2008). En **kvantitativ** metode kjennetegnes ved å forme informasjonen om til målbare enheter noe som gir oss muligheten å kunne foreta regneoperasjoner, som å finne mengde og prosent av en større mengde (Dalland, 2008). Denne oppgaven er en litteraturstudie hvor det blir brukt både kvalitativ og kvantitativ artikler.

3.2 Litteraturstudie som metode

I følge Forsberg & Wengestrøm (2008) beskriver de en litteraturstudie som et systematisk søke, granske, vurdere og avkorte litteratur innenfor et bestemt tema eller problemområde som er valgt. Forsberg & Wengestrøm (2008) sier videre at hensikten med en litteraturstudie er å finne frem til kunnskap som kan bidra til kompetanseheving og utforming av retningslinjer som er gode og kliniske. I denne litteraturstudien blir innholdet basert på aktuell kunnskap fra bøker, fagartikler og forskningsartikler for å finne svar på problemstillingen (Olsson og Sørensen, 2003).

Forsberg og Wengstrøm (2008) beskriver positive sider ved en litteraturstudie som en metode hvor man innhenter mye kunnskaper om et emne på kort tid, en får breddeinnsikt hvor det er lett å spore opp kildene igjen. Vi kan benytte bøker, artikler og forskningslitteratur som kan sammenlignes med hverandre, granskes og hvor vi har muligheter til gjøre oss egne vurderinger (Friberg, 2006).

Negative sider ved en litteraturstudie som metode er at en har begrenset tilgang til relevant forskning. Ulike eksperter innen samme området kan komme frem til ulike resultater. Det vil alltid være en viss risiko for at artikler blir tolket eller oversatt feil (Forsberg og Wengstrøm, 2008).

3.3 Litteratursøk

For å finne svar på oppgavens problemstilling startet arbeidet med å søke etter aktuell litteratur samt forskningsartikler som kunne besvare problemstillingen. I følge Dalland(2008) er det en utfordring å se hva som er seriøst og kvalitetssikret. Høgskolen Stord/ Haugesunds helsefaglige databaser ble benyttet. For å bygge opp om teoretisk rammeverk ble bøker som inneholdt relevant litteratur lånt gjennom høgskolens bibliotek. Bestillinger og reservasjoner ble foretatt gjennom BIBSYS ,en felles bokkatalog for alle høyskoler og universitet i Norge (Dalland, 2008). Litteraturlister på aktuelle forskningsartikler, pensumlitteratur, rapporter, pensumlister ved videreutdanning til lungesyke i Bergen samt lenker knyttet til tema er gjennomgått .Det er gjennomført søk på begreper og forfattere på internett for å finne litteratur som kunne være relevant til oppgaven.

Etter å ha søkt i diverse søkemotorer endte jeg opp med å benytte Cinahl og Proquest, SweMed og Ovid. Cinahl var databasen som ble anbefalt av skolen. Det ble brukt engelske søkeord fordi det er mindre forskning som er publisert på norsk, noe som vil begrense muligheten til å finne relevante artikler. Søkord som ble benyttet var *COPD, chronic obstructive pulmonary disease, ethics, coping, quality of life, adults with chronic obstructive pulmonary disease, breathlessness, rehabilitation, home care og management*

Nedenfor blir det presentert en oversikt over søkemotorer, søkeord og aktuelle treff i en tabell.

Søkebase:	Søkeord	Treff
Cinahl:	chronic obstructive pulmonary disease and coping anv quality of life	6 treff
Cinahl:	adults with chronic obstuctive pulmonary disease	76 treff
Cinahl	adults with chronic obstuctive pulmonary disease and home care	3 treff
Proquest:	COPD and brethlessness	1145 treff
Proquest:	COPD and breathlessness and management	723 treff
Cinahl	COPD and etichs	4 treff
Cinahl	COPD and quality of life and rehabilitation	57 treff

3.4 Valg av litteratur og kildekritikk

Metoden som brukes for å fastslå om en kilde er sann, er kildekritikk. Kildene som brukes skal vurderes og karakteriseres. Hensikten med kildekritikk er å gi leseren del i de refleksjonene som er blitt gjort, samt se hvilken relevans og gyldighet litteraturen har når problemstillingen skal belyses. Kildekritikk betyr å vurdere og karakterisere litteratur som allerede er benyttet (Dalland, 2008).

Bøker og artikler prøver å holdes innenfor et tidsaspekt på ti år for å underbygge relevans og gyldighet, dette i form av fremgangsmåte, funn og utvalg samt at de var fagfellevurderte, som vil si at de er godkjente av to eller tre som er utpekt av tidsskriftes redaktører. Prosessen vil være aktuell i forbindelse med søk etter artikler som skal være av god kvalitet (Forskning.no, 2011). Noe eldre litteratur er brukt da den anses som relevant til oppgaven.

Etter søk av relevant litteratur er det i oppgaven vektlagt primærkilder, men noe sekundærkilder er også brukt eksempelvis Gjengedal og Hanestad (2007) som omtaler Mary Curtin og Ilene Lubkin sin definisjon på kronisk sykdom.

3.5 Etikk

Forskningsetikk handler om å vinne ny kunnskap og innsikt innen forskning som ikke må skje på bekostning av enkeltpersoners integritet eller velferd. Etske regler omkring frivillighet, anonymisering, ikke skade prinsippet, gjøre til nytte prinsippet samt fortrolighet sees som overholdt i oppgaven. Artklene som er valgt i oppgaven er godkjent av etiske komiteer (Dalland, 2008)

Primærlitteratur er å foretrekke, dette for å bevare det opprinnelige perspektivet fremfor en bearbeidet og fortolket sekundærlitteratur (Dalland, 2008). I denne oppgaven er det fortrinnsvis brukt primærlitteratur. Kildene er behandlet etter Høyskolen Stord/Haugesund retningslinjer for referanseliste og kildebruk for å unngå plagiering.

3.6 Funn

“Coping With symptoms of dyspnea in chronic obstructive pulmonary disease” (Baker og Scholz. 2002).

Studiens hensikt var å se på symptomer som oppstår ved dyspne og mestringsstrategier til pasienter med KOLS. 51 deltakere var med i undersøkelsen som bestod av både menn og kvinner i alderen 53-83 år. Det ble brukt måleinstrumenter, emfysem sjekk liste, mestringskala og en funksjonsinkapasitetet skala.

Det kommer frem i studien at dyspne, tretthet og søvnproblemer var de hyppigste fysiske symptomene, de psykiske symptomene var håpløshet, angst og irritasjon. Mestringsstrategier som å være optimistisk og selvrealistisk var viktige poeng, men også sykepleiers oppgave til å lære pasientene mestringsstrategier slik at de kan oppleve mestringsrelatert til dyspne.

“Belonging. Patients experiences of social relationships during pulmonary rehabilitation” (Halding, Wahl og Heggedal , 2009).

Studiens hensikt var å se om sosiale relasjoner, integritet og støtte, gjennomført gjennom et lungerehabiliteringsprogram hadde positiv innvirkning på pasienter med KOLS. Det kommer frem i studien at gruppeundervisning gitt av blant annet sykepleier og psykiatrier økte

kunnskap om sykdommen. Det var 18 deltakere hvor studien viser til at sosiale relasjoner, inkludert sosial integrering og sosial støtte, er viktige komponenter for en pasient-fokusert rehabilitering for pasienter med KOLS.

“Self- management for breathlessness in COPD: the role of pulmonary rehabilitation”
(Gysels og Higginson, 2009).

I denne studien var hensikten å finne ut hva KOLS pasienter mente ga best virkning ved lindring dyspne, samt kunne opprette best mulig kvalitet i hverdagen. Et strategisk utvalg av 18 pasienter med KOLS var med i undersøkelsen. På et sykehus og i samfunnet London ble data samlet inn under polikliniske konsultasjoner, deltakende observasjoner og dybdeintervjuer. Alle deltakernes data ble brukt i utredelsen, hvor det viste til at rehabilitering var en viktig del av egenomsorg for å opprettholde balanse av velvære. Studiens resultat var at lungerehabilitering spiller en viktig rolle i pasientenes rolle til egenomsorg.

“Living with chronic obstructive pulmonary disease at the end of life” (Ek og Ternestedt, 2008).

Studiens hensikt var å beskrive den essensielle strukturen av erfaringene en pasient med KOLS har i forhold til sykdommen. En sykepleier valgte ut deltakerne som var mellom 48-79 år og bestod av fem kvinner og tre menn.

Deltakerne opplevde at sykdommens forløp krevde stadig nye endringer og tilpasninger i livssituasjonen.

Tidligere aktiviteter, hobbyer og oppgaver som ga livet mening, opplevde de å måtte gi avkall på. Det var individuelle følelser rundt situasjonen. Noen var skamfulle andre aksepterte situasjonen. Derimot opplevdes sykdommen KOLS som en klar begrensning i livet, hvor familie og venner ble sett som lyspunkt.

“Self-management and symptom monitoring among older adults with chronic obstructive pulmonary disease” (Warwick, Gallagher, Chenoweth og Stein-Parbury, 2010).

Hensikten med denne studien var å beskrive egenomsorg, symptom overvåking og tilhørende påvirkninger blant eldre voksne med KOLS. I undersøkelsen deltok 78 pasienter med en

gjennomsnittsalder på 73,37år. Data ble samlet gjennom intervju hjemme hos de deltakende 1 uke etter en akutt forverring av KOLS. Studien viser at egenomsorg er viktig for at pasienter med KOLS skal oppnå optimal livskvalitet, og for å unngå sykehusinnleggelser. Studien viser til tidlig symptom overvåkning kan sikre tidlig oppdagelse av en forverring og dermed en rask oppstart av behandling. Dette vil igjen kunne redusere eventuelt forebygge sykehusinnleggelser.

“Living with chronic obstructive pulmonary disease: insiders`perspectives” (Fraser , Kee og Minick, 2006).

Studiens hensikt var å se hvordan livet til eldre pasienter med KOLS påvirkes av sykdommen og hvordan de integrerer den inn i livet sitt. Det ble samlet inn data gjennom intervjuer som ble utført på sykehusets rehabiliteringssenter eller i pasientenes hjem. Fem menn og fem kvinner som var involvert i et lungerehabiliteringsprogram deltok. Mange følte seg avhengig av andre, noe de opplevde som et nederlag. Identitet og roller var viktig å beholde, hvor egne mestringsstrategier ble utviklet for å mestre dyspne.

“Hope: a construct central to living with chronic obstructive pulmonary disease” (Milne, Moyle og Cooke, 2009).

Hensikten med denne studien var håpets betydning for mennesker som lever med sykdommen KOLS. Det kommer frem i studien at håpet ofte vedvarer selv med en kronisk sykdom. Studiens deltakere hadde et ønske om å leve så normalt som mulig, hvor et hjemmebasert vedlikeholdsprogramm økte muligheter for håp, velvære og aktivitet. Sykepleiers rolle er , kontroll, som igjen er en viktig del av mestringsfølelsen.

“COPD and coping with breathlessness at home: a review of the literature” (Harris, 2007).

Dette er en review studie hvor hensikten var å se hvordan pasienter med KOLS opplevde hjemmesituasjonen og hvilke faktorer som gjorde det vanskelig for dem. I artikkelen kommer det frem at pasientenes kontakt med sykepleier gjorde hverdagen bedre og enklere å mestre.

Hjemmeboende pasienter med KOLS følte også trygghet ved å bo hjemme, det kommer frem ved positiv innvirkning relatert til mestring av dyspne.

“Self-Management behaviors for patients with chronic obstructive Pulmonary Disease: a qualitative study” (Chen, Chen, Lee, Cho og Weng, 2008).

Studiens hensikt var hvordan pasienter med KOLS adferd ble vektlagt. Studien hadde 18 deltakere som i en periode fra november 2006 til april 2007. Studien ble utført på en poliklinisk klinikk og et lungerehabiliteringssenter, hvor deltakerne ble intervjuet.

Resultatet av studien viser at symptomkontroll, aktivitet og øvelse, miljømessig kontroll, følelse tilpassning og sunn livsstil påvirket selvkontroll adferden.

Pasientene er selv eksperter på eget liv, hvor opplevelser og kjennskap påvirket selvkontrollen. Det var også viktig å integrere symptom og sykdom inn i egne liv.

“What determines subjective health status in patients with Chronic Obstructive Pulmonary? Disease: Importance symptoms in subjective health status of COPD patient”

(Bentsen, Henriksen, Larsen, Hanestad og Wahle, 2008).

Studiens hensikt var å finne ut hva som bestemmer den subjektive helsetilstanden hos pasienter med KOLS.

100 deltakere deltok hvor instrumenter som spirometer, oksygenmåler og spørreskjema ble brukt i forhold til symptomer som dyspné, angst og depresjon. Det ble også gjennomført en gå-test samt et spørreskjema relatert til den fysiske og mentale helsen.

Resultatet av studien viser til at eldre pasienter opplevde mindre dyspné, kvinner opplevde mest angst, eldre kvinner med en depresjonslidelse hadde lavere fysisk funksjon. Subjektiv helsestatus opplevdes dårligst hos pasienter som hadde angst, dyspné eller depresjon.

Symptomer opplevdes viktigere for den subjektive helsen enn å være fysisk aktiv.

4.0 DRØFT

4.1 Mestring av tungpust

Tidligere forskning viser til mange symptomer ved sykdommen KOLS. I følge studienes funn var dyspne det som opplevdes viktigst og vanskeligst å mestre relatert til KOLS (Gysels og Higginson 2009, Baker og Scholz 2002, Fraser et al, 2006).

I Gysels og Higginson (2009) kvalitative studie blir dyspne definert som en subjektiv opplevelse av ubehagelig pust som varierer i intensitet hvor pasientene beskriver dyspne som stressende og skremmende. Et komplekst samspill mellom fysiske, psykiske følelsesmessige og funksjonelle faktorer. Dette resulterer i dårligere allmenntilstand hvor de følelsesmessige reaksjonene kan føre til flere symptomer og dårligere livskvalitet. Videre skriver Bentsen et al.,(2008) at symptomer har mye å bety for den subjektive helsen til pasienter med KOLS. Et lungerehabiliteringsprogram som retter fokus mot dyspne kan hjelpe den enkelte ved å styrke den subjektive helsetilstanden.

I studien til Fraser et al., (2006) kommer det frem at kunnskaper fra pasienter og sykepleiere kan bidra til en bredere forståelse av sykdom og symptomer. Som helsepersonell skal en bistå med fagkompetanse, pasienter og pårørende har derimot viktige kunnskaper om hvordan de opplever mestring av sykdommen i hverdagen. Det vil være vesentlig at helsepersonell og pasienter samarbeider om planlegging, gjennomføring og evaluering for å oppnå en så god hverdag som mulig (Nasjonalt Kompetansesenter, uå).

Sunde, Jacobsen og Benz (2008) påpeker at pasientene vil oppleve grader av dyspne hvor alle trenger individuell behandling. Ved en akutt situasjon vil en psykisk og støttende funksjon samsvare med den medisinske behandlingen. Pasientene må vises oppmerksomhet og trygghet i at noen er sammen med dem (Sunde et al., 2008). Dette bekrefter Travelbee ved å påpeke at en sykepleie oppgave er å møte den syke slik at han/hun ikke føler seg alene om sykdommen (Travelbee, 1999).

Samvær med pasientene hvor sykepleier opptrer rolig og kontrollert bidrar til trygghet rundt en vanskelig oppstått situasjon (Hemel, 2008). Som sykepleiere kan en veilede og dirigere pasientene i puste og avslapningsteknikker som fremmer avslapning og reduserer stress. Sammen med pasientene kan en trene blandt annet i leppepusting ved å blåse kontrollert på et blafrende lys, uten at det slokkes eller pasienten kan blåse gjennom et sugerør. Gjennom veiledning og trening er nesten alle former for pusteøvelser målbare.

Klarer pasientene å mestre noen enkle pusteteknikker kan det bidra til en større kontroll over situasjonen, og pasientene kan oppleve mestring. (Berntzen og Skaug, 2005). Dette er i samsvar med teorien der Sunde et al., (2008) hevder tiltak som hjelper pasienter til å mestre over dyspne er blant annet pusteøvelser og pusteteknikk samt rolige omgivelser og en hand å holde i.

Lazarus og Folkmann hevder problemfokustert mestring innebærer handlinger rettet mot å forandre noe ved pasienten selv, eller en aktuell situasjon (Lazarus og Folkman, 1984). Det er nyttig å finne ut av situasjoner som kan skape stress og sammen med den enkelte pasient prøve å legge til rette for å unngå vanskelige situasjoner. Dette støttes av Hanssen og Natvig (2007) hvor problemfokustert mestring tar utgangspunkt i å ta bort eller endre det balastende i en situasjon. Det er viktig å påpeke at ikke alle situasjoner kan forandres eller løses (Andenæs, 2007).

Mange pasienter beskrev opplevelsen av dyspné som å ta fra dem evnen til å tenke og handle hvor handlinger ofte var preget av panikk. Som sykepleier kan en hjelpe pasientene til å sikre at pustefunksjonen fungerer, som er et overordnet mål i behandlingen av KOLS. Dovland (2011) skriver at det finnes en mengde av tiltak som skal være individuelt tilpasset. Noen pasienter bor hjemme andre på institusjon eller sykehus. Som sykepleier skal en opptre trygg og rolig med tilstedeværelse. Å være lydhør overfor pasienten samt lytte til hva han /hun ønsker, sørge for frisk luft, løse på eventuelt stramt tøy eller bare å legge en kald klut i pannen, kan føre til at pasientene føler seg ivaretatt. Andre ganger er det nødvendig å overta pasientene funksjoner for å spare pasientens energi (Dovland, 2011).

4.2 Mestring av angst

I studien til Bailey (2004) blir angst definert som en viktig indikator på sykdom. Videre påpekes viktigheten ved at sykepleiere igjennkjenner angst som et emisk tegn, ikke som en nødvendig årsak til dyspne, og hvordan sykepleiere kan bistå med støtte og omsorg som pasientene trenger. Derimot kan angst kan være et tegn på forverring av dyspne. Studien til Harris (2007) hevder at frykt og angst relatert til dyspne var det som opplevdes vanskeligst å mestre. Pasientene kan oppleve å ikke få trekt nok pust ned i lungene, brystkassen snører seg sammen og gir en følelse av kvelning. Opplevelsen skaper angst som forverrer dyspneen og pasientene kommer lett inn i en ond sirkel (Almås et al., 2010).

Angst er knyttet til å ikke få luft, ikke få hjelp eller angst for at sykdommen skal forverres. For noen kan en utløsende faktor være redsel for å ikke ha pust nok til å ringe etter hjelp, andre kan være redd for å være alene (Dovland,2011). I slike situasjoner er det viktig å ikke stille spørsmål som krever lange svar, men være konkret i informasjon som gis.

Å være lydhør overfor pasientens behov vil oppleves verdifullt for pasientens opplevelse av mestring (Hemel, 2008). Derimot kan sykepleiere tilby samtaler med pasientene på dager de anser som gode. Der kan en hjelpe den enkelte å sette ord på hva som utløser angsten. En kan sammen med pasientene prate gjennom et opplevd anfall, få konkret frem hva som hjalp og som indirekte påminner dem hva som gjorde at han/hun overlevde. Å sette seg inn i pasientenes situasjon kan være en utfordring, Travelbee (1999) påpeker at nær og gjensidig forståelse utvikles først når sykepleier har vist forståelse, handling og et ønske om å hjelpe pasienten.

Sammenhengen mellom KOLS og angst kan gi en nedadgående spiral i pasientenes funksjonsnivå, spesielt ved forverring. Dette kan resultere i passivitet, tiltaksløshet og nedsatt livskvalitet. Som sykepleier må en hjelpe pasientene til å gjenkjenne egne negative reaksjonsmønstre og motivere dem til å gripe fatt i egne positive ressurser. Det påpekes videre at dyspné kan være et symptom på angst eller et anfall av dyspné som kan føre til angst. Denne sirkelen er kalt angst, dyspné, angst, sirkelen og er vanskelig å komme ut av. Pasientene opplever den som håpløs, fordi de ofte ikke har lært å skille mellom de to faresignalene (Gjengedal, 2006). Dette kan føre til at pasientene velger å bruke trygghetssøkende strategier, som kan resultere i at de isolerer seg. På kort sikt kan pasientene oppleve at ved å unngå aktiviteter som krever mer lungefunksjon vil dyspné og angst symptomene dempes og pasientene opplever mer kontroll. På lang sikt vil dette ha motsatt virkning hvor angsten kan forsterkes, også i andre situasjoner (Markussen, 2009).

4.3 Håpets betydning for mestring

I studien til Milne et al., (2009) kommer det frem hvilken betydning håp har for å komme seg gjennom hverdagen. Deltakerne i studien hadde alle håp, som var av stor betydning for den enkelte. Videre skriver Renolen(2008) at håp er viktig relatert til mestring av sykdom, det gir styrke og energi til å takle vanskeligheter samt gjør det mulig å komme over hindringer i hverdagen. Mestring av sykdom og tap er knyttet til håp der grunnlaget for bevare og utvikle håp er knyttet til en trygg forvisning om å kunne motta hjelp fra andre når det trengs. Travelbee beskriver seks kjennetegn ved håp som omfatter avhengighet av hverandre,

framtidorientert, valg, ønsker, tillit, utholdenhet og mot. Disse seks blir svært tydelige når pasientenes ressurser er utilstrekkelige. Sykepleier kan utføre sykepleie ved styrking av håp til den enkelte pasient ved å understøtte håpet som i større grad kan hjelpe den syke til mestring av sykdommen (Travelbee, 1999).

Det motsatte av håp er håpløshet, dette kommer frem i studien til Milne et al. (2009) hvor alle deltakerne var enige om at deres prognose av sykdommen KOLS opplevdes som håpløs. Det var ingen sjans for å kunne bli bedre og sjokket av å finne ut at det ikke fantes noen kur som kunne hjelpe dem i forhold til sykdommen, gjorde det vanskelig for hver av deltakerene. I studien til Ek og Ternestedt (2008) beskrev deltakerne tap av sosialt nettverk, aktiviteter, hobbyer og aktivitet som tidligere hadde gitt livet mening, noe de måtte gi avkall på. Mange av deltakerne følte seg fastbundet i eget hjem og isolert fra omverden. Dette støttes av Brodtkorb Larsen (2004) der hun beskriver hvordan KOLS innebærer forskjellige former for tap, det kan være tap av funksjoner, nettverk, selvfølelse, uavhengighet og kontroll. Summen av disse tapene og den kronisk sykes fremtid, kan føre til håpløshet. En sentral faktor i alle menneskers liv er håp (Travelbee, 1999). Nære relasjoner til andre vil kunne gi trygghet og tro på at det finnes en fremtid og noe å leve for (Brodtkorb Larsen, 2004).

Videre i studien til Milne et al. (2009) ble deltakerne bedt om å leve så normalt som mulig etter sjokket av en bekreftende diagnose som KOLS. Hver deltaker erkjente at de hadde sine egne drømmer og håp, dette kom tydelig frem i progresjon av dybdeintervjuene. Å leve med en sykdom som er invalidiserende vil håp spille en sentral rolle. Hos de fleste deltakerne ble håp integrert i innsatsvilje og pågangsmot i hverdagen. For andre derimot var fremtidshåpet ikke anerkjent i deres fremtid. Gjennom en prosess med tilpasning fant også de belønning for gode øyeblikk i en god dag. Ved å hente ytre og indre ressurser hvor helbredelsesprosessen starter, vil kunne resultere i håp (Renolen, 2008).

Dermed kan det se ut til at håpets betydning for mestring kan se ut som en prosess som innebærer å tilpasse seg en ny virkelighet. Som KOLS pasient må være i stand til å se forskjellen på livet med en kronisk sykdom og endringer en er nødt å foreta for å kunne gjenvinne egenomsorg og kontroll. Å kunne integrere symptomer inn i livet vil aktiv og god mestring kunne hjelpe pasienten å tilpasse seg den nye virkeligheten (Steihaug & Hating, 2006).

4.4 Sosial støtte, deltakelse og psykososial mestring

Studien til Halding et al., (2009) viser til et rehabiliteringsprogram hvor det ble holdt foredrag om KOLS der sosial deltakelse og støtte fra andre var sentrale elementer. I følge Renolen (2008) opplever pasienter i vanskelige situasjoner at sosial støtte er det som betyr mest. Gjennom livet trenger vi noen å støtte oss til, dette blir mer tydelig når helsen svikter eller når vi utsettes for store påkjenninger. Videre påpeker Travelbee (1999) at mennesker er avhengig av hverandre og gjennom støtte kan oppnå tilhørighet og felleskap. Deltakerne i studien til Halding et al., (2009) informerte at gruppeundervisning og informasjon resulterte i økt innsikt og forståelse av sykdommen. Viktige komponenter for en pasientfokustert rehabilitering viser i studiens funn at sosiale-relasjoner, sosial integrering og sosial støtte er viktig. Deltakerne gav uttrykk for at rehabiliteringsprogrammet oppmuntret deres selvfølelse av tilhørighet, hvor støtte fra kolleger og helsepersonell i en uformell munter stemning skapte samhold. I studiene til Baker og Scholz (2002) og Milne et al., (2009) støttes teorien til Halding et al., (2009) om viktigheten av sosial støtte og dens betydning for pasienter med KOLS.

I praksis hadde jeg samtaler med pasienter der mange ubesvarte spørsmål om følelser angående liv og død ofte ble et diskutert tema. Dette bekrefter at pasientenes betydning for støtte til å bearbeide følelser og tanker rundt sin situasjon, er av stor betydning (Renolen, 2008). Fra mine praksisperioder i hjemmetjenesten og sykehjem erfarte jeg at tid sammen med pasientene var uerstattelig, de var mer mottagelige for informasjon og veiledning når de opplevde å ha en god dag. Pasientene uttrykte at det var godt å prate om annet enn sykdom, som resulterte i en følelse av å komme seg litt bort fra belastningen en kronisk sykdom medfører. I følge Smeby (2005) har støtte fra andre mennesker en direkte innvirkning på helsen. God støtte kan oppleves som stabilt, forutsigbart og resultere i en følelse av å bli verdsatt. Derimot kan mangel på sosial støtte føre til sykdom og pasientene kan føle seg ensom og forlatt. Et nettverk kan bestå av mange individer. I krisesituasjoner vises det ofte til hvem i nettverket som er virkelige venner. Motgang kan ofte føre til at enkelte trekker seg unna (Renolen, 2008)

Et viktig mål i behandling av pasienter med en kronisk sykdom er psykososial mestring. Dette støttes av Andenæs (2007) hvor hun påpeker viktigheten ved at sykepleierne ikke bare behandler symptomer, men tar hensyn til psykososiale forhold. Informasjon og veiledning om hvordan en kan mestre et liv med en kronisk lungesykdom og livsstilsendringer. Det blir anbefalt at informasjon og veiledning gis i alle faser av sykdomsutviklingen (Almås et al., 2010). Å fremme et personlig ansvar hos pasientene er en sykepleiers funksjon. Pasientene

kan være i en tilstand av fornektning, skyldfølelse eller skam knyttet til sykdommen som kan føre til utfordringer. Dette støttes i studien til Dager (2006) hvor det kommer frem at mange pasienter med sykdommen KOLS prøver å skjule symptomer og diagnose. Skyld og skam rundt sykdommen blir bekreftet av deltakerne. Fordi sykdommen KOLS i store trekk være en selvforskyldt sykdom hvor utfordringen blir å forholde seg til diagnosen. Det viktig å fokusere på det pasientene kan, ikke vektlegge det han/hun ikke kan (Almås et al, 2010).

I studien til Chen et al., (2008) gjennomførte deltakerne små turer enten inne eller utenfor huset, andre gjennomførte stillesittende aktiviteter. Deltakerne informerte at de merket forskjell på pusten etter aktiviseringen. Undervisning til pasienter i grupper viser gode resultater det vil også kunne bidra til en ny arena med likesinnede som vil kunne legge grunnlag for nye nettverk. Pasientene kan dele erfaringer samt hente kunnskap fra andre om mestring av sykdommen (Almås et al., 2010). Dette støttes i studien til Ek og Ternestedt (2008) som bekrefter positive opplevelser av pasienter som deltok i støttegrupper for KOLS, der pasientene opplevde tilhørighet, samhold og felleskap.

4.5 Aktivitet og kosthold

Ek og Ternestedt (2008) hevder i sin studie at tap av helse og redusert fysisk aktivitet innebærer tap av funksjoner. Deltakerne informerte om en tidligere aktiv livsstil til en nåværende passiv livsstil. Tidligere oppgaver som å delta i husarbeid, delta sosialt eller andre dagligdagse gjøremål var for mange av pasientene blitt uoverkommelige mål. I studien til Fraser et al., (2006) informerte deltakerne at tap av funksjoner førte til en dårlig, upålitelig fungerende kropp. Å måtte motta hjelp og assistanse fra andre, blir i studien beskrevet som en stor nedtur for selvfølelsen. Et menneske som trenger hjelp og som ikke klarer å mestre er i følge Travelbee et menneske som trenger sykepleie (Travelbee, 1999).

I følge Dovland (2011) innebærer også aktivitet gjennomføring av personlig hygiene, hvor mange trenger helt eller delvis hjelp. God tilrettelegging foran et stell kan bidra til at pasienten ikke bruker unødig energi. Det kan være nødvendig med inhalasjoner før stell, oksygen under stell og etappevis gjennomføring, samt et godt ventilert rom. Fra praksis opplevde jeg munnstell som svært energikrevende for pasientene. Ofte var det vanskelig å gjennomføre på egenhånd, derfor viktig å bidra med hjelp. Inhalasjonsmedisiner kan utsette dem for sopp og sårhet i munn og svelg samt et dårlig gjennomført munnstell utsetter dem for ytterligere infeksjonsfarer. Dette tilsier at ivaretagelse av den orale helsen er viktig, fordi den også påvirker velvære, funksjon og trivsel på en positiv måte.

Mange pasienter med KOLS tror det er farlig å trene, derimot spiller fysisk aktivitet en nøkkelrolle i alle lungerehabiliteringsprogram. Brodtkorb Larsen (2004) hevder at aktiviteter som før ble mestret, måtte avsluttes fordi det ble for anstrengende på grunn av nedsatt lungefunksjon. Dermed ble det viktig å finne en ny form for aktivitet som kunne erstatte den tapte. I studien til Dager (2006) konkluderer han viktigheten ved at også helsepersonell foretar tiltak til KOLS pasienters helsevaner deriblandt fysisk aktivitet.

Å motivere til fysisk trening er et viktig tiltak for å bygge opp og vedlikeholde musklene i kroppen. Hos KOLS pasienter er dette spesielt viktig relatert til respirasjonsmusklene som på sikt vil kunne resultere i dårligere respirasjonskvalitet om de blir svekket. Tverrfaglig samarbeid for å få helhet i pleien er viktig, deriblant kan betydningen av fysioterapi være av stor betydning. Det støttes av Brodtkorb Larsen som hevder at hjelp fra fysioterapeut var hensiktsmessig. Veiledning og korreksjon samt bevisstgjøring av pust og pusteteknikk var meget verdifullt (Brodtkorb Larsen, 2004).

I praksis opplevde jeg flere pasienter som hadde daglig trening med fysioterapeut. Det ble jobbet med pusteteknikker og støteteknikker som bidro til at sekret ble lettere å hoste opp.

I følge Dovland (2011) kan sykepleiere gi veiledning og informasjon relatert til sekretmobilisering. Pasientene kan eksempelvis puste dypt inn noe som fører en viss mengde luft bak sekretet, deretter kan en ved hjelp av støteteknikker enklere hoste det opp. Støteteknikker erstatter hosting og krever mindre energi av pasienten. Det viktigste er at pasienten får opp mest mulig sekret uten at det krever for mye energi.

Ernæringsstatusen påvirkes av sykdom som ofte gir nedsatt matlyst. Pasienter med KOLS har ofte utilstrekkelig inntak av energi, som kan skyldes dyspné, tretthet og fatigue. Dette bekreftes i studien til Odenrants, Ehnfors og Grobe (2005) som påpeker at energibehovet dobles ved dyspné. Pasientene trenger ofte lang tid ved måltidene og en sykepleie oppgave blir å tilrettelegge måltidene sammen med pasientene. Dette støttes av Dovland (2011) hvor hun påpeker at tilrettelegging av små måltider fordelt gjennom hele dagen er viktig. Det er energikrevende å få i seg mat. Mindre mengder fordelt utover dagen vil være mest hensiktsmessig. Noen vil være alene, andre ønsker å være sammen med flere hvor tidspunkter og appetitt også har en viktig rolle. Å spise kan ta lang tid derfor er det viktig å unngå tidspress som kan føre til stress og ubehag og kan resultere i dyspné. Det kan for noen være viktig å legge inn hvilepauser under og etter måltider. Mange av pasientene er utsatt for munntørrehet og soppinfeksjon. Dette kan føre til smertefulle måltider hvor en kan tilby

nærinsdrikker de første dagene etter et eventuelt soppoutbrudd. Det vil være viktig å informere og veilede i hvilke matvarer som kan være hensiktsmessige og som kan lindre, slik at en unngår ytterligere skade (Odenrants et al., 2005).

I følge Berntzen og Skaug (2005) går mange pasienter med KOLS ned i vekt, de trenger ofte ernæringsmessig vurdering og veiledning i forhold til sitt kosthold. Hensikten er et tilpasset kosthold der en unngår vekttap og opprettholder muskelmasse. Er pasientene derimot overvektige kan det hindre respirasjonsbevegelsene, enkle gjøremål blir vanskelige og den fysiske aktiviteten begrenses. Sykepleie tiltak vil være å gi støtte og veiledning til å gå ned i vekt der også ernæringsbehovet ofte krever samhandling mellom sykepleier, lege og ernæringsfysiolog (Almås et al., 2010).

4.6 Søvn og hvile

I studien til Baker og Scholz (2002) informerte deltakerne at noen av de hyppigste fysiske problemene var tretthet og søvnproblemer. Mestringsstrategier som å være optimistisk og selvrealistisk var viktige poeng. Fra praksis opplevde jeg at pasienter som hadde sovet dårlig om natten, gikk dagen etter til ”småsoving”. Dette medførte liten fysisk aktivitet, lite inntak av energi og ingen form for rutine. Slitne og uopplagte pasienter. Dette indikerer viktigheten i balansen mellom søvn og hvile. I følge Berntzen og Skaug (2005) kan en gjennom riktige prioriteringer bidra til en bedre balanse mellom søvn og hvile i pasientenes hverdag. Sykepleier kan tilrettelegge forholdene slik at den enkelte får best mulig hvile samt riktige hvilestillinger (Almås et al, 2010). Ligger pasienten i seng kan en regulere sengens hode og fotende slik at pasienten nærmest sitter i en stol godt støttet med puter under hode, nakke og under armene. Hensiktsmessig tilrettelagt sengeleie kan dermed bedre pasientens respirasjon også i hvile (Berntzen og Skaug, 2005).

I tillegg til hvilepausene gjennom dagen har pasientene et sterkt behov for søvn også gjennom natten. For noen er mobilisering av ekspektorat før leggetid nødvendig, andre må sekret mobiliseres også i løpet av natten. Dette tilsier at planlegging er nødvendig fordi sekret mobilisering om natten er ofte mindre slitsomt enn manglende sekret mobilisering, som kan føre til større mengder slim og fare for atelektaser (Almås et al., 2010).

Balansen mellom søvn og hvile kan være vanskelig. Derfor viktig å være oppmerksom på de vanligste årsakene til søvn forstyrrelsene hos denne pasient gruppen. Mestringsstrategier kan veiledes og gjennomføres for å bedre natte søvn. Dette vil hjelpe pasienten til å bli sterkere og bedre rustet til å bekjempe symptomene på KOLS (McCoy, 2011).

Dette tilsier at balansen mellom ernæring, aktivitet, søvn og hvile er avgjørende faktorer, som er med for å oppnå kontroll over sykdom og symptomer. Dette er et helsefremmende tiltak som pasientene har god nytte av.

6.0 AVSLUTNING

Litteraturstudiets hensikt var å finne ut hvordan sykepleiere kan bidra med hjelp til mestring av sykdommen KOLS. Et liv med en kronisk sykdom gir pasientene individuelle behov for psykiske og fysiske tilpasninger. Gjennom sykdommens forløp tilegner pasientene seg særegne mestringsstrategier hvor de tilpasser seg sykdommen. En viktig sykepleie oppgave til denne pasientgruppen er veiledning, tilrettelegging og samarbeid. Behandlingens utgangspunkt er å skape en god tilværelse for den enkelte, noe som innebærer forebygging av forverring, forebygging og behandling av symptomer samt bedre mestring av symptomer. Som sykepleier vil det å se mennesket som helhet være det ideelle for behandling hvor normer og verdier gir gode resultater. All informasjon bør være tilpasset den enkelte og vil etter hvert kunne lede til økt mestring av symptomer og sykdom.

7.0 KILDER

Almås, H., Bakkelund, J., Thorsen, B. H. & Sorknæs, A. D. (2010). Sykepleie ved lungesykdom. I: H. Almås, D. G. Stubberud & R. Grønseth (Red), *Klinisk sykepleie 1* (4. Utg.) (s.107-164). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Andeneæs, R. (2007). Stress, mestring og livskvalitet hos pasienter med kronisk obstruktiv lungelidelse (KOLS). I: E. Gjengedal & B. R. Hanestad (Red). *Å leve med kronisk sykdom-en varig kursendring* (2.utg.) (s.208-232). Oslo: Cappelens Akademiske Forlag AS.

Bailey, P. (2004). The dyspnea-anxiety-dyspnea cycle-COPD patients' stories of breathlessness: "It's scary/when you can't breathe". *Qualitative Health Research*, 14(6), 760-778.

Baker, C. F. & Scholz, J. A. (2002). Coping With symptoms of dyspnea in chronic obstructive pulmonary disease [*Elektronisk versjon*]. *Rehabilitation Nursing*, 27(2), 67-8

Bentsen, S. B., Henriksen, A. H., Larsen, T. W., Hanestad, B. R. & Wahle, A. K. (2008) "What determines subjective health status in patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Importance symptoms in subjective health status of COPD patients". Health and quality of life outcomes 6. Hentet 07. 02.21012. Fra: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1477-7525-6-115.pdf>

Berntzen, H. & Skaug, E. A. (2005). Respirasjonen. I: N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E. A. Skaug. (Red). *Grunnleggende sykepleie*. (bind 2) (s.45-88). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Birkeland, A. & Flovik, A. M. (2011). *Sykepleie i hjemmet*. Oslo: Akribe AS.

Boye, N. P. (2001). Lungesykdommer. I: D. Jacobsen, S. E, Kjeldsen, B. Ingvaldsen, K. Lund, K. Solheim (Red). *Sykdomslære- Indremedisin, kirurgi og anestesi*. Gyldendal Akademisk Forlag AS.

Brodtkorb Larsen, R. (2004). Syk men frisk om å leve med og mestre en kronisk sykdom. Oslo: MEDLEX Norsk Helse informasjon.

Brodtkorb, K. (2008) Respirasjon og sirkulasjon I: *Geriatrisk sykepleie*. Kirkevold, M., Brodtkorb, K & Ranhoff, A. H. (Red) (s.319-332) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Chen, K.-H., Chen, M.-L., Lee, S., Cho, H.-Y. and Weng, L.-C. (2008), Self-management behaviours for patients with chronic obstructive pulmonary disease: a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 64: 595–604. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04821.x

Dager, T. N. (2006). ”Jeg har vel ikke direkte sagt til noen at jeg har KOLS” – Rapport fra en kvalitativ studie om KOLS-pasienters opplevelse av å leve med sykdommen. Oslo: LHL Gittrelinikken. Hentet fra:
http://www.lhl.no/Global/KLINIKKENE/Glittrelinikken/Dokumenter/FoU/Kvalitativ_rapport.pdf

Dalland, O. (2008). *Metode og oppgave-skriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Den Norske Lægeforenings Strategigruppe for KOLS.(2002 2005). *Veileder til diagnose, behandling og forebygging av kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS)*. Oslo: Den Norske Lægeforening. Hentet fra: http://www.legeforeningen.no/asset/13573/1/13573_1.pdf

Dovland, A. (2011). *Sykepleie til pasienter med alvorlig og svært alvorlig grad av KOLS*. Hentet 18.02.2012. Fra: http://www.google.no/search?sourceid=navclient&hl=no&ie=UTF-8&rlz=1T4ADFA_noNO377NO447&q=Lungesykepleier+Anne+Dovland+Lungeseksjonen+S%3%b8rlandet+Sykehus%2c+Kristiansand

Ek, K., & Ternstedt, B. (2008). Living with chronic obstructive pulmonary disease at the end of life: a phenomenological study. *Journal Of Advanced Nursing*, 62(4), 470-478.

Forskning.no (2011). *Fagfelle vurdering med plettet rykte*. Hentet 09.01.2012. Fra: <http://www.forskning.no/artikler/2011/mars/281227>

Forskning.no (2012). *Sliter med KOLS*. Hentet 20.01.2012. Fra: <http://www.forskning.no/artikler/2005/desember/1135079822.64>

Forsberg, C & Wengstrøm, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur och kultur.

Fraser, D., Kee, C., & Minick, P. (2006). Living with chronic obstructive pulmonary disease: insiders' perspectives. *Journal Of Advanced Nursing*, 55(5), 550-558.

Friberg, F. (2006). *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Sverige: Författarna och Studentlitteratur.

Giæver, P. (2008). *Lungesykdommer*. 2. utgave. Oslo: Universitetsforlaget

Gjengedal, E. & Hanestad, B.R (2007) Innledning – om kronisk sykdom. I: E. Gjengedal & B.R. Hanestad (Red.), *Å leve med kronisk sykdom – En varig kursendring* (2. utg.), (s. 10–26). Oslo: Cappelens Akademiske Forlag AS.

Gjengedal , K. (2006). *Tar angsten på alvor*. Forskning. no. Hentet 11.02.2012. Fra:

<http://www.forskning.no/artikler/2006/januar/1138616132.39>

Gysels, M. H. & Higginson, I. J. (2009). Self-management for breathlessness in COPD: The role of pulmonary rehabilitation. *Chronic Respiratory Disease*, 6(3), 133-40.

doi:10.1177/1479972309102810

Halding, A., Wahl, A., & Heggdal, K. (2010). 'Belonging'. 'Patients' experiences of social relationships during pulmonary rehabilitation. *Disability & Rehabilitation*, 32(15), 1272-1280. doi:10.3109/09638280903464471

Hanssen, T. A., Natvig, G. K. (2007). Stress og mestring. I:E. Gjengedal & B. R. Hanestad (Red). *Å leve med kronisk sykdom-en varig kursendring* (2. utg), (s. 40-59). Oslo:Cappelens Akademiske Forlag AS.

Harris, S. (2007). COPD and coping with breathlessness at home: a review of the literature. *British Journal Of Community Nursing*, 12(9), 411.

Helse og Omsorgsdepartementet (2006). *Nasjonal strategi for KOLS-området 2006-2011*.

Hentet 01.01.2012.Fra:

http://www.regjeringen.no/Upload/kilde/hod/rap/2006/0041/ddd/pdfv/299286-nasjonal_strategi_for_kols_24-11-06_forord.pdf

Hemel, V. D. M. (2008). Videreutdanning i lungesykepleie. *Alt jeg hvet er at det vil ta livet av meg til slutt*. Hentet 07.02.2012. Fra:

<http://rokildeush.files.wordpress.com/2010/02/presentasjon-alt-jeg-vett-22-04-2009-power-point1.pdf>

Høgskolen Stord/Haugesund (2012). *Kildebruk og litteraturlister*. Hentet 20.02.2012. Fra:

<http://www.hsh.no/biblioteket.htm>

Jacobsen, D., Kjeldsen, S. E., Ingvaldsen, B., Buanes, T & Røise, O. (2009). *Sykdomslære, Indremedisin, kirurgi og anestesi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Kristoffersen, N. J. (2005). Stress, mestring og endring av livsstil. I: N. J. Kristoffersen., F. Nortedt & E. A. Skaug (Red). *Grunnleggende sykepleie*. (bind, 3) (s. 206-270). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

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 AS.

Landsforeningen for hjerte og lungesyke, LHL. *KOLS – patruljen*. Hentet 03.02.2012 fra:

<http://www.lhl.no/no/diverse/kolspatrujlen/fakta-om-kols/aktiv-med-kols/>

Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. Hentet fra:

[http://www.google.no/books?hl=no&lr=&id=i-ySQQuUpr8C&oi=fnd&pg=PT6&dq=Lazarus,+R.+S.+%26+Folkman,+S.+\(1984\).+Stress,+Appraisal,+and+Coping.+Springer+Publishing+Company.&ots=DdEVmtkeSh&sig=AmA43Q-UGd-c9uvpywOWU71Geek&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false](http://www.google.no/books?hl=no&lr=&id=i-ySQQuUpr8C&oi=fnd&pg=PT6&dq=Lazarus,+R.+S.+%26+Folkman,+S.+(1984).+Stress,+Appraisal,+and+Coping.+Springer+Publishing+Company.&ots=DdEVmtkeSh&sig=AmA43Q-UGd-c9uvpywOWU71Geek&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false)

Markussen, K. (2009). *KOLS gir angst*. Sykepleien.no Hentet 13.02.2012.Fra:

http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/vis/artikkel/nyhet?p_document_id=198990

McCoy, K. (2011). *Getting to Sleep With COPD, Don't let COPD keep you from getting the rest you need*. Hentet 13.02.2012. Fra:

<http://www.everydayhealth.com/copd/sleep-and-copd.aspx>

Milne, L., Moyle, W., & Cooke, M. (2009). Hope: a construct central to living with chronic obstructive pulmonary disease. *International Journal Of Older People Nursing*, 4(4), 299-306. doi:10.1111/j.1748-3743.2009.00185.x

Nasjonalt Kompetansesenter for læring og mestring ved kroniske sykdommer. (uå). Hentet 10.01.2012. Fra:

http://mighealth.net/no/index.php/Nasjonalt_Kompetansesenter_for_l%C3%A6ring_og_mestring_ved_kronisk_sykdom

Norsk Sykepleier Forbund (2007). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, ICNs etiske regler. Hentet 03.01.2012. Fra:

<https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/304808/Yrkesetiske%20retningslinjer.pdf>

Odenrants, S., M. Ehnfors, og Grobe, S. J (2005). Living with chronic obstructive pulmonary disease: Part I. Struggling with meal-related situations: experiences among persons with COPD. Department of Caring Sciences, Örebro University, Örebro, Sweden and School of Nursing, University of Texas at Austin, TX, USA. Hentet fra:

<http://ezproxy.hsh.no:2052/doi/10.1111/j.1471-6712.2005.00345.x/pdf>

Olsson, H & Sørensen, S. (2003). *Forskningsprosessen*. Oslo:Gyldendal Norsk Forlag AS.

Renolen, Å. (2008). *Forståelse av mennesker: Innføring i psykologi for helsefag*. Bergen: Fakkbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Smeby, K. I. (2005). Kontakt med andre I. N. J., Kristoffersen, F. Nortvedt & E. A Skaug (Red), *Grunnleggende sykepleie 3*, (159-189). Oslo. Gyldendal Norsk Forlag AS

Steihaug S. & Hatling T. (2006). SINTEF Rapport. Evaluering av Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk sykdom.

Aker universitetsykehus HF. A6. 07. Hentet 17.02. Fra:

<http://www.helsekompetanse.no/files/Gjennomgang%20av%20NK%20LMS,%20rapport.pdf>

St. prp. nr. 1 (2006-2007). Nasjonal KOLS strategi. *Helse og omsorgsdepartementet*. Hentet 06.01.2012. Fra:

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

Sunde, K., Jacobsen & Benz,B. (2008). *Akutt dyspne*. Hentet 13.02.2012. Fra:

<http://innhold.legesiden.no/fulltekstboker/turnuslegeboka/akuttmedisin/akutt-dyspnoe-1>

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Hentet 04.01.2012.Fra:

http://www.nb.no/utlevering/contentview.jsf?&urn=URN:NBN:no-nb_digibok_2008100804021

Warwick, M., Gallagher, R., Chenoweth, L., & Stein-Parbury, J. (2010). Self-management and symptom monitoring among older adults with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal Of Advanced Nursing*, 66(4), 784-793. doi:10.1111/j.1365-2648.2009.05238.x

WHO (u.å.). World Health Organization. Hentet 07.01.2012. Fra:

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

