

# BACHELOROPPGÅVE

## **KOLS – meir enn ei diagnose**

Korleis bidra til meistring av angst hos pasientar med kols?

Av

Kandidatnummer 75  
Ingrid Fridtun Vereide

## **COPD – more than a diagnosis**

Emnekode og namn: Bachelor i sjukepleie, SK 152

Innleveringsdato: 02.05.14

Tal Ord: 6794

Rettleiar Toril Irene Olesrud Fjørtoft



*«Angsten er ikke et problem i seg selv, men en konsekvens av at pasienten mister kontrollen over respirasjonen (Brodtkorb, 2008, s. 319 - 332)».*

## **Samandrag**

### **Tittel**

KOLS – meir enn ei diagnose

### **Bakgrunn for val av tema**

Då eg var i praksis på medisinsk avdeling møtte eg fleire pasientar med kols, spesielt pasientar med forverring. Mange var hjelpelause, og ofte følte eg det på same måte. Kols er eit folkehelseproblem, og mange slit med angst. Som sjukepleiar ønskjer eg å bidra til at pasientane kan meistre sjukdomen på ein best mogleg måte. Eg ønskte meir kunnskap om emnet og valde difor dette som tema.

### **Problemstilling**

Korleis bidra til meistring av angst hos pasientar med kols?

### **Framgangsmåte**

Dette er ei litterær oppgåve. Eg har brukt pensumlitteratur og anna litteratur, samt egne erfaringar frå praksis. For å underbygge drøftinga har eg brukt ein oversiktsartikkel og to enkeltstudiar. Desse fann eg ved å bruke kvalitetssikre databasar og relevante søkeord i fleire kombinasjonar. Andre kunnskapskjelder eg har brukt er mellom anna sjukepleieforbundet og helsedirektoratet sine retningslinjer.

### **Oppsummering**

Forskning viser at 9,3 – 58 % av pasientane som blir skrive ut av sjukehus etter ein forverringstilstand har angst. Sjølv om det ikkje finst noko kurerande behandling for dei som har kols, er det fleire tiltak som kan kvardagen lettare. I møte med denne pasientgruppa er det viktig med informasjon, tryggleik, god relasjon, gode haldningar, omsorg og tid. Studiar viser mellom anna at fysisk aktivitet kan vere ein aktuell intervensjon.

# **Abstract**

## **Title**

COPD – more than a diagnosis

## **Background of the choice of theme**

When I did an internship in the medical ward, I met several people diagnosed with COPD, especially patients with exacerbations. Many were helpless, and often I felt the same way. COPD is an important topic, since it is a public health problem and in some cases, causing anxiety too. My intention, as a nurse, is to help COPD patients to overcome the disease in the best way possible. I required more knowledge on this subject, and therefore I chose COPD as my topic.

## **Problem to be addressed**

How to contribute cope to anxiety with patients with COPD?

## **Methodology**

This is a literary thesis. I have used curriculum literature and other literature, as well as my own experiences from the internship. To support the discussion I've used one article with overview and two singular studies. I found these by using quality assured databases, and I searched with relevant keywords in several combinations. Other knowledge sources I have used are, guidelines from the Nursing Association and the Health Department of Norway.

## **Summary**

Research shows that 9.3-58 % of patients released from hospitals have an anxiety disorder. Even though there is no curing treatment for COPD, there are measures that can be implemented to make COPD patient`s life easier. Information, safety, good relations, good attitude, care and time, are important factors when meeting with this group of patients. Research shows that physical activity also can be helpful.

## **Innholdsliste**

<b>1.0 Innleiing m/ bakgrunn for val av tema</b> .....	<b>1</b>
1.1 Problemstilling m/avgrensing.....	1
1.2 Slik løyser eg oppgåva .....	2
<b>2.0 Metode for val av litteratur</b> .....	<b>3</b>
2.1 Framgangsmåte og val av litteratur .....	3
2.1.1 Bøker .....	3
2.1.2 Forskingslitteratur .....	3
<b>3.0 Teori</b> .....	<b>5</b>
3.1 KOLS.....	5
3.2 Dyspne .....	5
3.3 Å leve med kronisk sjukdom.....	6
3.4 Relasjon og tryggleik.....	6
3.5 Pedagogikk .....	7
3.6 Teoretikarar .....	7
3.6.1 Joyce Travelbee .....	7
3.6.2 Richard Lazarus og Susan Folkman.....	7
3.11 Yrkesetiske retningslinjer og pasient – og brukarrettighetslova.....	8
3.12 Presentasjon av relevante funn i studiar.....	8
3.12.1 Kvalitativ enkeltstudie 1 .....	8
3.12.2 Kvalitativ enkeltstudie 2 .....	8
3.12.3 Oversiktsartikkel 1 .....	8
<b>4.0 Drøfting</b> .....	<b>10</b>
4.1 Tryggleik – viktig for pusten og reduksjon av angst? .....	10
4.2 Å puste gjennom eit sugerør – berre mykje verre? .....	12
4.3 Pedagogikk – ein hjørnestein i pleie og omsorg? .....	15
<b>5.0 Veikskap og styrke</b> .....	<b>19</b>
<b>6.0 Konklusjon</b> .....	<b>20</b>
<b>Bibliografi</b> .....	<b>21</b>

## **1.0 Innleiing m/ bakgrunn for val av tema**

På 1950 til 1960 – talet var kronisk obstruktiv lungesjukdom (kols) ein sjukdom ein knapt visste kva var (Helse og omsorgsdepartementet, 2014). I dag er kols eit folkehelseproblem, og førekomsten i Noreg og resten av verda er aukande (Helsedirektoratet, 2012). I 2003, var det 43 000 sjukehusinnleggingar med kols som hovud- eller deldiagnose i Noreg, av desse vart 9000 lagt inn med kols som hovuddiagnose. Kvart år er det omlag 2000 personar i Noreg som døyr av kols, og talet er høgare når ein tenkjer på kor mange som døyr av tilleggssjukdomar knytt til kols. Sjukdomen dekker rundt 1 % av kostnadane for helsetenestene i dag. I følgje Helsedirektoratet er det mange som blir lagt inn på sjukehus med kolsforverring som slit med angst, dette blir ofte oversett og ubehandla. I Noreg har mellom 250 – 300 000 mennesker forskjellige helseplager på grunn av kols, under halvparten av desse veit ikkje at dei har sjukdomen. Fleire trur den dårlige pusten kjem av alder og dårlig fysisk form. Omlag 10 % over 70 år har kols (Mjell, 2011). I følgje WHO (udatert) har 65 millionar kols og det er blitt førespeglar at sjukdomen vil bli den tredje vanligaste dødsårsaka i verda innan 2020.

Kols er eit viktig sjukepleiefaglig tema fordi ein både no og i framtida vil møte denne pasientgruppa, og det er viktig med kunnskap for å ivareta pasientane på ein god måte. Då eg var i praksis på medisinsk avdeling såg eg kor redde pasientane var når dei var tunge i pusten. Dei var hjelpelause, og ofte følte eg det på same vis. Eg ønskte meir kunnskap om emnet og valde difor dette som tema.

### **1.1 Problemstilling m/avgrensing**

Eg utarbeida følgjande problemstilling:

Korleis bidra til meistring av angst hos pasientar med kols?

Kols er mest vanleg i aldersgruppa 60 – 74 år (Almås, Bakkeland, Thorsen, & Storknæs, 2011), eg vel difor å avgrense oppgåva mi til denne aldersgruppa. I oppgåva fokuserar eg på pasientar med kols grad 3 (alvorlig kols), som har hatt sjukdomen i fleire år, og er innlagt på sjukehus med behov for sjukepleie. I oppgåva brukar eg anonyme pasientsituasjonar frå ei medisinsk avdeling. Sjølv om eg har valt å skrive om diagnosen kols, trur eg lærdomen er nyttig for meg i møte med andre pasientgrupper.

## **1.2 Slik løyser eg oppgåva**

I kapittel 2 gjer eg greie for metodedel og framgangsmåte for val av litteratur. Då viser eg til kva faglitteratur og fagartiklar eg brukar for å underbyggje oppgåva, og kvifor eg har valt akkurat desse. I kapittel 3 belyser eg relevant teori. Vidare drøftar eg problemstillinga mi opp mot tid og andre utfordringar i helsesektoren, fordi eg ønskjer å sjå temaet i samfunnsperspektiv. I kapittel 5 tek eg for meg veikskap og styrke med oppgåva, før eg avslutningsvis i kapittel 6 kjem fram til ein konklusjon.

## **2.0 Metode**

«Metoden forteller oss noe om hvordan vi bør gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap (Dalland, 2012, s. 111)».

Eg har valt å bruke litteraturstudie som metode i bacheloroppgåva. Det vil seie at eg brukar kunnskap som fins frå før, mellom anna frå bøker og forskingslitteratur til å finne svar på problemstillinga (Dalland, 2012; Bjørk & Solhaug, 2008). Dette kan vere skriftlige kjelde, samt egne erfaringar. I følgje Dalland, er erfaring frå praksis viktige kjelde til kunnskap i møte med pasientar. Det kan gi viktige bidrag i ei oppgåve, eg har difor valt å trekke det inn i oppgåva. Kunnskap innan fagområder som er i stadig utvikling kan fort bli utdatert. Dersom ein arbeider med kliniske problemstillingar, kan det vere hensiktsmessig å avgrense litteratursøka. Dette gir oppdatert litteratur og forskning, eg har difor valt å avgrense søka til dei siste ti åra. I følgje Dalland, må ein vere kritiske til bruk av sekundærkjelder då dette er ein anna forfattar si tolking av den opphavlege kjelda. Difor har eg brukt mest mogleg primærlitteratur.

### **2.1 Framgangsmåte og val av litteratur**

#### **2.1.1 Bøker**

Når eg skulle finne bøker gjorde eg litteratursøk i høgskulen sin bibliotekbase, Bibsys Ask. Søkeorda var: kols, kols og meistring, kols og angst, kommunikasjon, pedagogikk i sykepleien, Maslow, Travelbee og Lazarus og Folkman. Boka «Syk, men frisk» av Ragnhild Brodtkorb Larsen (2004) fanga mi merksemd. Denne boka er praksisretta, forfattern er sjukepleiar, har kols sjølv og kjem difor med mange gode døme. Eg fann også inspirasjon i Eide og Eide (2011) som skriv om kommunikasjon i relasjonar. Når eg jobba med methodedelen drog eg mykje nytte av boka «Metode og oppgaveskriving» av Dalland (2012). Sidan eg skriv litteraturstudie er denne relevant og gjev korrekt informasjon om oppgåvestruktur og korleis ein bør formulere methodedel. Utanom dette har eg brukt relevant pensumlitteratur og anna litteratur.

#### **2.1.2 Forsking**

Eg søkte i databasane Cinahl, Medline, Pubmed og avgrensa søka mine til 10 år. For å finne engelske søkeord nytta eg Swemed+. Søkeorda mine var "COPD", "chronic obstructive



pulmonary disease”, “COPD AND anxiety”, “COPD AND coping” and “COPD AND stigmatization”.

På Pubmed brukte eg søkeorda «COPD AND anxiety» og fekk opp 547 treff. Av desse las eg gjennom fleire, og valde oversiktsartiklen «Treatment for anxiety and depression in patient with chronic obstructive pulmonary disease: A litterature review» av Cafarella, Effing, Usmani og Frith (2012). Fordelen med oversiktsartikkel er at dei viser ei samla oversikt over enkeltstudiane som er gjort tidligare om emnet (Dalland, 2012). Artikkelen vart valt ut fordi den viser kor mange som kjem frå ei kolsforverring med angst, og var relativt ny. Eg brukte også databasen Medline, og søkeorda «Chronic obstructive pulmonary disease». Då fann eg artikkelen «Chronic obstructive pulmonary disease: a phenomenological study of patients experiences» frå 2005. Artikkelen valde eg ut fordi den viser pasienterfaringar med tungpust og kva vi som sjukepleiar kan gjere for å betre symptom. Den siste artikkelen fann eg på databasen Cinahl, ved å bruke søkeorda «COPD og stigmatisation», avgrensa søket til ti år og fekk opp to treff. Artikkelen heiter “Experiences of self – blame and stigmatisation for self – infliction among individuals living with COPD” og er skrive av Halding, Heggdal og Wahl (2011). Denne omhandla fysisk aktivitet og pasientar si oppleving av stigmatisering, og vart valt ut fordi eg ønskte å ha forskning til å underbygge dette i drøftinga mi. Dei to siste artiklane er kvalitative forskingsartiklar som viser pasientar sine opplevingar og erfaringar knytt til angst og stigmatisering. I følge Dalland (2012) er kvalitative forskingsartiklar ikkje målbare i tal, men viser pasientane sine meiningar og opplevingar.

## 3.0 Teori

### 3.1 KOLS

I følge Almås (2011) er kols ei samlebetegning på sjukdomar som karakteriserast av auka luftvegsmotstand, då det er spesielt utpusten (ekspirasjon) som er tung for pasienten. Dei sjukdomane som kjem under kols- omgrepet er kronisk obstruktiv bronkitt og emfysem, men ein kan også ha ein kombinasjon av desse tilstandane. Kronisk bronkitt er auka slimproduksjon i luftvegane på grunn av kronisk inflammatorisk reaksjon og auka luftvegsmotstand. Ved emfysem har pasienten kronisk tungpust på grunn av lungevev og utvida alveolar (emfysemlærer). Dette betyr at mange alveolar smeltar saman slik at det blir færre og større alveolar, og elastisiteten på lungene blir dårligare.

Det er i hovudsak røyking som er årsaka til kols (i to av tre tilfelle), nokon opplever difor å ikkje bli akseptert og blir stigmatisert. Dette kan gje ekstra påkjenningar i tillegg til andre plager (Almås et al., 2011; Garsjø, 2008). Kva haldning ein møter desse pasientane med har stor betydning. Haldning er ein generell og varig eller negativ følelse overfor ein person, tema eller objekt (Renolen, 2008). Andre årsaker til kols er mellom anna eksponering av gass og forureining, passiv røyking og hyppige lungebetennelsar i barndomen (Almås et al., 2011). Røykeslutt er det viktigaste tiltaket dersom pasienten røyker, dette kan bremse eller stoppe ytterligere funksjonssvikt i lungene. I følge helsedirektoratet (2012) er symptoma ved kols kroniske, og forverrar seg i periodar. Dei vanligaste symptoma er langvarig hoste med eller utan oppspytt, tung pust ved anstrenging og at pasienten kan få ofte luftvegsinfeksjonar. Pasientar med alvorlig kols kan ha ein del tilleggssymptom, mellom anna tung pust i kvile. Det fins ingen kurativ behandling som kan betre lungefunksjonen ved kols, måla er symptomlindring og eit lenger liv med betre livskvalitet. Det er ulike grader av kols frå stadium ein til fire der pasienten har mild til svært alvorlig kols. Det er vanlig at pasienten får forverring i grad tre og fire. Ved forverring (eksaserbasjon) får pasienten auke i ulike symptom, til dømes tungpust, slimproduksjon og hoste. Ofte kjem forverringar av luftvegsinfeksjon.

### 3.2 Dyspne

Ved dyspne(tung pust) har pasienten besværa respirasjon, og kjem av auka luftstraumsmotstand på grunn av redusert diameter i luftvegane (Almås et al., 2011).

Dersom pasienten ikkje får tilstrekkelig luft kan han bli redd, oppkava og få panikk. Pasienten kan ved forverringstilstand kjenne at brystkassa snører seg saman, fordi han ikkje får pusten ned i lungene, noko som kan gje følelse av å bli kvalt. Pasienten kan vere sårbar fordi han har begrensa kontroll over tilstanden. Angst og tungpust er nært forbunde med kvarandre, då angst kan vere det første teiknet på tungpust. I følgje Hummelvoll (2012) er angst å ha diffus uro, og at ein er engstelig, usikker, nervøs og bekymra. Sjukepleiaren må snakke med pasienten om kva han er redd for. Nokon er redde for døden, men dei aller fleste er mest redd for måten dei skal dø, mange fryktar pinefull død ved kvelning.

Fysisk aktivitet er viktig for å få opp sekret og betre utlufting i lungene (Almás et al., 2011). Treninga handlar mykje om å bruke hensiktsmessige respirasjonsteknikkar til å klare ulike aktivitetar som mellom anna å kome ut av senga, sette seg opp og gå på toalettet.

### **3.3 Å leve med kronisk sjukdom**

Kronisk sjukdom vil seie å ha ein sjukdom som ein må leve med resten av livet. Den påverkar heile menneske (Heggdal, 2008). Symptoma kan opplevast skremmande og skapar angst og frykt for kva som kjem til å skje vidare. Dersom ein mistar kontrollen over respirasjonen kan dette vere ein stor trussel for livet og helsa til pasienten. Mellom anna kan det føre til angst og panikk, som igjen forverrar respirasjonsproblema.

### **3.4 Relasjon og tryggleik**

Relasjon kjem frå det latinske ordet «relatio» som kan bety forbinding mellom mennesker. I denne samanheng handlar det om sjukepleiaren sitt forhold til pasienten og omvendt (Eide & Eide, 2011). Kommunikasjonen kan då vidare i samhandlinga fungere betre dersom ein har bidrege til ein god relasjon med tryggleik og openheit. Tryggleik er eit av menneske sine grunnleggande behov. Maslow (1968) beskriv korleis behova er bygd opp. Med tryggleik meiner Maslow, behov for forutsigbarhet og beskyttelse og ligg på nivå to i pyramiden etter behova mat, drikke og søvn. Det er viktig med gode relasjonar som bidreg til kroppskontroll og tryggleik. Ulike typar tryggleik er «kunnskaps – og kontrolltryggleik», «stole-på andre tryggleik» og «relasjonstryggleik». Kunnskap – og kontrolltryggleik er å ha kunnskap, og vite korleis situasjonen er. Stole på andre tryggleik er å vere trygg på at ein får nødvendig hjelp når ein treng det. Relasjonstryggleik er å bli møtt med forståing, klarar å nå kvarandre, er open, slepp å vere aleine og aksepterar kvarandre (Thorsen, 2011; Fjørtoft, 2012).

### **3.5 Pedagogikk**

Pedagogikk ein del av sjukepleiarane sin kvardag og skal bidra til at personar med kols får ei betre forståing av sjukdomen og behandlinga. I følgje Tveiten (2008) er relasjon viktig for korleis veildninga blir. Det handlar om å hjelpe pasienten til å meistre sjukdomen og ivareta helse si, målet er at pasienten utviklar mestringskompetanse. Eksempelvis kan pedagogikk vere å gi informasjon, råd, instruksjon, veiledning og undervisning. Dette gjer det mogleg for pasienten å få brukarmedverknad. Det er vesentleg kva tidspunkt ein vel for veiledning, det kan gi innflyting på pasienten sin situasjon. I følgje helsedirektoratet (2012) skal helsepersonell bidra til at pasientar får kunnskap og forståing. Dette gjer at pasientane kan vurdere når symptoma utviklar seg, kva alvorlighetsgrad symptoma har, og kan setje i gang behandling på eigenhang.

### **3.6 Teoretikarar**

#### **3.6.1 Joyce Travelbee**

Travelbee (2001) er oppteken av dei mellommenneskelige forholda i sjukepleien, spesielt når det gjeld pasienten si oppleving av å vere sjuk. Ho meiner at tre av teorien sine viktigaste omgrep er liding, kommunikasjon og menneske– til menneske– forhold og at dei to siste omgrepa er ein føresetnad for at pasienten skal kunne meistre sjukdomen. I sin teori skriv Travelbee om non– verbal kommunikasjon. Non– verbal kommunikasjon er å formidle eit budskap utan å bruke ord. Ho seier det kan gi redsel å vere sjuk. I følgje Travelbee kan det vere å frykte det kjente, men også det ukjente.

#### **3.6.2 Richard Lazarus og Susan Folkman**

Lazarus og Folkman (1984) er kjent for sin stressmestringsmodell og ser på meistring som ein prosess der ein vekslar mellom ulike strategiar. Det finst to typar meistringsstrategiar, som er problem- og emosjonsfokusert meistring. Den førstnemnde blir kjenneteikna av tiltak som fokuserer på problemløysing, mellom anna å søke støtte og hjelp, endre livstil og redusere årsaker til stress. Andre problemfokuserte meistringsstrategiar kan vere å lære nye ferdigheite, søke kunnskap og informasjon. Emosjonsfokusert meistring vil seie at ein prøvar å endre det kjenslemessige ubehaget som oppstår i forbindelse med stress. Til dømes kan det vere å unngå informasjon eller situasjonar, drikke alkohol og vere fysisk aktiv.

### **3.7 Yrkesetiske retningslinjer og pasient – og brukarrettighetslova**

«Sjukepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetane, og være kunnskapsbasert (Norsk sykepleierforbund, 2011, s. 7)». I følge dei yrkesetiske retningslinjene som sjukepleierforbundet har lagt fram, skal pasienten ta eigne val ved at sjukepleiaren gjev tilpassa og nok informasjon, og forsikrar seg om at pasienten har forstått informasjonen.

Pasient – og brukarrettighetslova(1999) går ut på at pasientane har rett på informasjon som er nødvendig for å kunne sette seg inn i helsetilstanden sin og kva hjelp han får.

Informasjonen skal vere individuelt tilpassa etter føresetnader som mellom anna alder og erfaring, og skal bli gitt på ein måte som viser omsyn.

### **3.8 Presentasjon av relevante funn i studiar**

#### **3.8.1 Kvalitativ enkeltstudie 1**

Den første artikkelen er «Cronic obstructive pulmonary disease: a phenomenological study of patient`s experiences», av Margaret Barnett (2005). Den beskriv pasientar si oppleving av å leve med kols, der mange av deltakarane som var med i studien hadde alvorlig kols. Tung pust vart sett på som det mest plagsame symptomet som førte til angst og frykt. Studien viser at det er fleire tiltak helsepersonell kan gjere for å betre pasientsymptom. Vi kan mellom anna lytte til korleis symptoma deira påverkar dei, samt tilpasse meistringsstrategiar.

#### **3.8.2 Kvalitativ enkeltstudie 2**

Den andre forskingsartikkelen eg vil presentere er “Experiences of self – blame and stigmatisation for self – infliction among individuals living with COPD?” av Halding, Heggdal og Wahl (2011) viser at pasientar med kols blir stigmatiserte i samfunnet. Pasientane i studien opplevde mangel på empati hos helsepersonell og av resten av samfunnet, der dei blei skulda for at sjukdomen er «sjølvpåført». Dei følte dei var ei byrde for samfunnet som igjen auka deltakarane si oppleving av stress og frustrasjon.

#### **3.8.3 Oversiktsartikkel 1**

Den siste forskingsartikkelen er “Treatment for anxiety and depression in patient with chronic obstructive pulmonary disease. A literature review”, av Cafarella, Effing, Usmani og Frith (2012). Oversiktsartikkelen omhandla angst og depresjon, og viser at det er sparsamt med dokumentasjon når det gjeld behandling av psykiske helseproblem hos dei med kols.

Resultat viser også at det er høg førekomst av depresjon og angst hos pasientar med kols, og at depresjon og angst er forbunde med dårlege helseutfall. Funn i artikkelen viser at omlag 9,3 % - 58 % av pasientane som kjem frå ei kols i forverring har angst.

## 4.0 Drøfting

### *Korleis bidra til meistring av angst hos pasientar med kols?*

Røkenes og Hanssen(2012) påpeikar at vi forstår andre menneske på bakgrunn av egne kjensler, erfaringar og tankar og kallar dette for– forståing. Eg tenker det er eit viktig omgrep å ha i tankane når ein lagar seg meiningar om andre på bakgrunn av egne opplevingar. Det kan hjelpe meg å forstå kvifor andre tenkjer som dei gjer. For– forståing styrer vår måte å vere på i forhold til andre menneske. Resultat i forskingsartikkelen til Halding et al. (2011) viser at nokre med kols føler seg stigmatisert av samfunnet, men også av helsepersonell og opplever «skyldfølelse» og mangel på støtte. Sidan sjukdomen kan vere sjølvpåført følte pasientane seg difor til bry. Dette har også pasientar bekrefta til meg i praksis. Kva er grunnen til denne stigmatiseringa? Treng befolkninga meir kunnskap om kva kols er? I følge Norsk Sjukepleieforbund (2011), skal sjukepleiarar vise omsorg til alle som lider, uansett årsak til lidinga.

Pasientane tolkar mykje ut frå sjukepleiaren sitt kroppsspråk og veremåte. Dette understrekar også Travelbee (2001) i sin teori om non - verbal kommunikasjon. At ein viser interesse for å hjelpe, er avgjerande for om pasienten føler seg trygg og godt ivareteken. Av dette kan pasienten oppleve om sjukepleiaren meiner det han seier. Også Nortvedt (2012) hevdar dette, då pasienten oppdagar om haldninga ein viser, ikkje kjem rett frå hjartet og verkar falsk. Er også haldningar ein del av for- forståinga vår? Helsepersonell sin etiske kunnskap viser seg gjennom høflegheit, vennlegheit, evne til å lytte, er varsam i stellet og om ein har fast handlag. Dette viser at omsorg ikkje berre er den pleia vi gjev, men også korleis vi utfører den. Det Nortvedt meiner her er i tråd med det Norsk Sjukepleieforbund (2011) hevdar i yrkesetiske retningslinjer då dei påpeikar viktigheten av barmhjertighet, omsorg og respekt. Haldningane våre viser om vi har omsorg. Eg tenker at dersom vi har gode haldningar til pasientar med kols vil dei meistre sjukdomstiltanden på ein lettare måte.

### **4.1 Tryggleik – viktig for pusten og reduksjon av angst?**

Tryggleik er eit av menneske sine viktigaste behov. Dersom ein tek utgangspunkt i Maslow (1968) sin behovspyramide, er tryggleik på nivå to etter dei grunnleggande behova mat, drikke, oksygen og søvn. I lys av Maslow sin teori om behov er tryggleik viktig for at pasienten kan meistre ulike situasjonar og tileigne seg kunnskap. Dette er også i tråd med

det Travelbee (2001) ser i eit sjukepleiebehov. Ho meiner sjukepleiebehov er alle behova hos ein sjuk person, og dersom dette blir oppfylt hjelper det pasienten å førebyggje eller meistre sjukdom.

I praksis på medisinsk avdeling fekk eg innblikk i kor viktig tryggleik var for pasientar med kols. Ein av pasientane eg møtte var mykje inn og ut av sjukehus, som nokon kallar ein «svingdørpasient». Ho hadde så lang forverringsperiode at ho fekk tilbod om avlastningsplass på ein sjukeheim fleire kilometer frå heimen. Dette var ho svært skeptisk til sidan det var eit stykke frå ektemannen, men takka til slutt ja til tilbodet. Heile opphaldet på sjukeheimen var prega av utryggleik og ho var svært tung i pusten og engstelig. Pasienten fortalde ho var utrygg fordi ho opplevde sjukepleiarane som usikre i arbeidet, spesielt i samband med oksygen og ulike instrumentelle apparat. Det var ikkje lenge denne pasienten var på sjukeheimen før ho vart sendt tilbake på medisinsk avdeling med forverring av sjukdomen. Her kjem kunnskap og kontrolltryggleik inn. Sjukepleiarar må vite kva og kvifor vi gjer ulike handlingar (Thorsen, 2011). Det er også verdt å nemne «stole på andre tryggleik», då ein som pasient må kunne forvente at dei som hjelper skal kunne arbeidet sitt. Pasienten er sårbar og avhengig av hjelp, vi har difor eit stort ansvar. Denne situasjonen viser at det er svært viktig at sjukepleiar kan faget sitt og belyser kor viktig tryggleik er for oss menneske.

Dersom sjukepleiarane er trygge, gjer det situasjonen lettare å meistre for pasienten. Viss ikkje kan pasienten bli utrygg, og angsten kan bli forverra som igjen kan føre til at pusten blir dårlegare. Dette er i tråd med Travelbee (2001) som seier at angst opplevast når behov truast. I følgje Røkenes og Hanssen (2012) er det i ein trygg relasjon lettare å forstå kvarandre. Også Heggdal (2008) bekreftar dette då ho seier at det er viktig med gode relasjonar som bidreg til kroppskontroll og tryggleik. Pasienten bli trua dersom relasjonane ikkje er prega av forståing og kunnskap. Sjukepleiarane på den aktuelle sjukeheimen kan sprørje om å få opplæring i bruk av oksygen, slik at pasientane føler seg trygge på den hjelpa dei får, dette vil nok også gjere sjukepleiarane meir trygge. Dette er i tråd med yrkesetiske retningslinjer (2011) som hevdar arbeidet skal bygge på oppdatert kunnskap. Eg tenker denne situasjonen frå sjukeheimen også kan overførast til medisinsk avdeling og alle andre stadar. Tryggleik er viktig for at pasienten skal meistre sjukdomstilstanden sin.



Pasientar har fortalt til meg i praksis at dei er trygge når vi er til stades, har kunnskap og er rolige. At vi såg at pasientane trengde hjelp utan at dei måtte gi beskjed var noko fleire sette pris på. Nokon pasientar seier sjølv i frå, men i følgje Travelbee (2001) har sjuke menneske problem med å kommunisere behova sine til sjukepleiaren. Det er viktig at helsepersonell bekreftar at ein ser at pasienten har det vondt og er redd. Dersom pasienten er redd og har angst, skal sjukepleiaren eller andre fagpersonar vere hos pasienten og gjere han trygg, handle sikkert og vere rolig (Hummelvoll, 2012; Almås et al., 2011). Eg opplevde kor viktig dette var i praksis då ein pasient sa til meg «vær så snill, ikkje gå frå meg slik at eg er her aleine». Det er ikkje alltid ein treng å seie noko i slike situasjonar, viktige moment er å vere til stades og vise omsorg. At sjukepleiar har empati (innlevingssevne) i ein slik situasjon kan bety mykje. Å bli møtt med empati kan gi pasienten oppleving av å bli forstått, bli verdsatt og tatt på alvor. I lys av dette kan pasienten oppleve å få bekrefting på egne opplevingar og følelsar.

I praksis erfarte eg at pasientane hadde angst fordi dei var redde for å få akutt forverring på nytt eller engstelig for å plutselig døy, og då vere aleine. Dette er i tråd med Travelbee (2001) som seier at det kan gi redsel og vere sjuk, og bekreftar at ein kan frykte både det kjente, men også det ukjente. I det Travelbee skriv om relasjonskompetanse hevdar ho at vi må formidle til pasienten at han ikkje er aleine. Sjølv sagt forstår vi at pasienten ikkje ønskjer å vere aleine, men vi veit at det er fleire som treng hjelp og som er i same situasjon. Her kjem rettferdighet – og velgjørenhetsprinsippet inn. Vi vil gjere godt mot pasienten, samtidig som vi veit at vi må behandle like tilfeller likt i følgje rettferdighetsprinsippet (Nortvedt, 2012). Dette er i tråd med det Eide og Eide (2011) hevdar, rettferdighet er ikkje berre å behandle alle likt, men å behandle like tilfeller likt og ulike tilfeller ulikt. Dette kan på den eine sida vere greit å forholde seg til, medan det på den andre sida kan det vere vanskelig i praksis då vi mennesker er forskjellige med ulike behov og livserfaringar. Det som trygga ein pasient trengjer nødvendigvis ikkje å trygge ein anna. Tryggleik er viktig då det har positiv effekt på pusten og bidreg til å redusere angstkjensla til pasienten.

#### **4.2 Å puste gjennom eit sugerør – berre mykje verre?**

Fysisk aktivitet kan ikkje helbrede kols, men er viktig for å mestre sjukdomen. Ulike aktivitetar kan vere svært energikrevjande for pasientane. Sjølv har eg prøvd å puste i eit sugerør medan eg går opp ei trapp, for å prøve å forstå korleis det er å ha kols. Dette var

tungt. Er det egentleg mogleg å forstå korleis det er å ha kols utan å ha det sjølv? I tråd med dette sa ein pasient til meg at det ikkje går an å beskrive korleis det er å ha kols, det må opplevast.

I følgje Lazarus og Folkman (1984) kan fysisk aktivitet vere emosjonsfokusert meistring. Det kan redusere angsten til pasienten og gjere han i betre humør. Det er kanskje ein måte for pasienten å «flykte» vekk frå angsten som ein slags forsvarsmekanisme. Eg tenker også at det kan vere ein meistringsstrategi ved at pasienten kjem seg over «dørstokkmila». Ofte er pasientar med kols trøyte(fatigue) og har lite energi, som følgje av sjukdomen. Fysisk aktivitet kan ha ein positiv effekt på dette. Det er også kjent at trening har stor dokumentert effekt i forhold til psykisk helse (Helsedirektoratet, 2012). Dette er i tråd med Cafarella et al. (2012), som påpeikar at lungerehabilitering kan redusere symptom på angst og depresjon hos pasientar med moderat til alvorlig kols. På den andre sida viser funna i forskingsartiklen at lungerehabiliteringa berre er tilgjengelig for få pasientar og det er difor ikkje så mange som får glede av det.

Pasientar kan trenge bekræfting på at det ikkje er farlig, men at det kan vere ubehagelig å bli tungpusten ved fysisk aktivitet (Brodtkorb, 2008). I følgje Göransson (2002) må pasientar prøve å anstrenge seg og gje så mykje kreftene klarar, istaden for å stoppe opp på grunn av redsel for tungpust. Helsedirektoratet (2012) understrekar viktigheita av fysisk aktivitet til kolspasientar som er innlagt med forverring. Det kan då bli lettare å takle kvardagsaktivitetar og pasienten kan oppnå meistring. Resultatet i oversiktsartikkelen til Cafarella et al. (2012) viser at fysisk aktivitet kan redusere tungpust og utmatting. Funn frå studien viser også at fysisk aktivitet kan redusere symptom på angst og depresjon. Andre positive effektar kan vere å få opp slim frå luftvegane og utluffing i lungene blir betre (Almåset al., 2011). Dersom ein ikkje er i fysisk aktivitet kan ein konsekvens, i følgje Mjell (2011), vere at ein er meir utsette for lungebetennelse ved at pasienten ikkje får opp slim. Dette er i tråd med yrkesetiske retningslinjer som seier at sjukepleiaren skal fremje helse, samt førebygge sjukdom (Norsk sykepleierforbund, 2011). I teorien til Lazarus og Folkman (1984) står det at problemfokusert meistring kan vere å lære nye ferdigheter og utføre tiltak som reduserer årsaker til stress. I lys av dette og ut i frå det eg har skrive tidligare i avsnittet meiner eg sjølv at fysisk aktivitet også kan vere problemfokusert meistringsstrategi.

Sjukepleiar kan motivere pasienten til å vere fysisk aktiv. Når pasienten er i ein forverringstilstand er det viktig at helsepersonell hjelper pasienten med å finne god balanse mellom aktivitet og kvile. Sjukepleiaren må i samråd med pasienten planlegge kvilepausar i løpet av dagen, då det er svært travelt for pasienten og få opp sekret frå luftvegane. For å redusere tungpust bør pasienten bevege seg i rolig tempo, meir langsomt enn tidlegare og bruke rett pusteteknikk (Göransson, 2002). I slike situasjonar kan det vere hensiktsmessig at sjukepleiar har eit tverrfaglig samarbeid med fysioterapeut, som har fysisk aktivitet som eit av sine fagfelt. Eg har erfart i praksis at sjukepleiaren tek seg av kvardagsrehabiliteringa med pasienten, då sjukepleiarane er på avdelinga heile dagen og fysioterapeutane er hos pasienten ein kort periode om dagen.

Når det gjeld pasientane sitt forhold til trening, fortalde ein pasient i praksis at han ikkje greier å auke lungekapasiteten, men han kan trene slik at musklane greier seg med lite oksygen. Dette kan igjen føre til at pasienten får oksygen til andre handlingar som gjer kvardagen lettare. Denne historia er i tråd med det Almås et al. (2011) hevdar, at lungekapasiteten som regel ikkje aukar ved trening, men den fysiske yteevna blir gradvis betre, fordi hjertet og musklane utnyttar oksygenet meir effektivt. Larsen (2008) hevdar at sjukepleiaren må legge til rette for at pasienten skal kunne utføre ulike aktiviteter på måtar som reduserer kravet til oksygen mest mogleg.

Mykje av kolspasientane sin energi og fokus går med til å puste, og det kan bli lite energi igjen til andre aktivitetar. Som følgje av dette er det fleire som unngår aktivitetar som gjer dei meir tungpusten og blir meir inaktive enn nødvendig (Brodtkorb, 2008). Dette er i tråd med resultatane i forskingsartikkelen til Halding et al. (2011) som viser at mange begrensar fysisk aktivitet for å unngå å bli meir tungpusten. Mi oppleving er at mange som er innlagt på medisinsk avdeling med kols i forverring er lite motiverte til fysisk aktivitet. Dette kan vere fordi dei har lite energi og er trøytte, og kanskje er angsten med på å hindre dei i å vere fysisk aktiv. Eg har også opplevd å møte pasientar i praksis som var motiverte til aktivitet fordi dei ønskte å auke funksjonsnivået sitt. Det kan vere realistisk å tenke at all form for aktivitet er betre enn ingen aktivitet. Det kan vere stor variasjon på kva som er aktivitet for pasientar med kols. For nokre kan det vere ein krevjande aktivitet å stelle seg, for andre kan det vere å gå tur i gangen. Ved at pasienten får vere med å påverke kan dette gi meistring. Eg trur brukarmedverknad er viktig fordi det gjev meistring å utføre situasjonar i sitt tempo

som vil lette pusten til pasienten. For å ivareta brukarmedverknad bør pasienten vere med å planlegge og bestemme ulike aktivitetar. Dette har eg god erfaring med frå praksis då pasientane synes det var kjekt å gjere aktivitetar dei likte og opplevde då meistring, samt reduserar angsten.

Men kva med «tida som spring frå oss»? Når ein ser heile helsetenesta som eit system er det mange arbeidsoppgåver som skal utførast i løpet av ein arbeidsdag. Spesielt under morgonstellet kan det vere lett å ta over oppgåver pasienten klarar på eigenhand. Orvik (2004) tek til orde for at ein må kunne gje rom for det som ikkje er forutsigbart og det som ikkje går slik ein trudde. I følgje Fjørtoft (2012) vil ein då gjere pasienten ei «bjørneteneste» om ein gjer oppgåve han klarar sjølv. Nokon gongar opplevde eg i praksis pasientar som var så dårlige at dei trengte hjelp til nesten alt. For å unngå å gjere dei ei «bjørneteneste» kan ein lage avtale med pasienten å vente med morgonstellet til etter frukost då helsepersonell kanskje har betre tid til å hjelpe pasienten. Å ta seg god tid under stell har positiv verknad på pusten til pasienten og bruken av tid. I praksis opplevde eg at god planlegging og pausar under stell var viktig. Ut i frå dette drøftingspunktet ser ein at studier, teori og egne erfaringar viser at fysisk aktivitet er viktig mestringsstrategi for dei som har kols og kan hjelpe både på pusten og angsten til pasienten. Sjukepleiar må i tverrfaglig samarbeid med fysioterapeut legge til rette for at pasienten kan vere i aktivitet. Fysisk aktivitet kan vere bra både fysisk og psykisk for pasientar med kols.

### **4.3 Pedagogikk – ein hjørnestein i pleie og omsorg?**

Pedagogikk har mange sider. I følgje Hummelvoll (2012) har ein behov for informasjon når ein er sjuk. Utan informasjon kan pasienten bli utrygg og få auka liding. Pasientar med kols treng informasjon, opplæring og veiledning for å betre forstå sin sjukdom, behandling og kunne mestre sjukdomen. Helsedirektoratet (2012) tek også til orde for at helsepersonell skal bidra til kunnskap for at pasientane kan sette i gang med eigenbehandling og vurdere symptomutvikling og alvorlighetsgrad. Tveiten (2008) understrekar at ein kan oppnå dette ved hjelp av kunnskap, nye haldningar og at ein lærer noko nytt. Han seier også at det er viktig at sjukepleiar viser omsyn, fordi pasienten er i ein situasjon der han kan kjenne seg skamfull og sårbar. I lys av dette blir det tilrådd at pasientane får veiledning og informasjon i alle fasar av sjukdomen. Dette kan vere med på å trygge pasienten og gje meistring. Når pasienten er engstelig er han ikkje i stand til å ta imot så mykje informasjon. Då kan det vere

hensiktsmessig å gje hjelpande informasjon som er å formidle kunnskap som pasienten har behov for og klarar å ta imot. Dette er i tråd med det Christiansen (2013) hevdar når han seier at angst og uro kan påverke evna til å tileigne seg informasjon. Christiansen understreka også at uansett alder vil sjukdom påverke evna til læring og meistring. Her er det mange omsyn ein må ta. Kanskje må vi vente til pasienten er blitt betre slik at han kan tileigne seg den informasjon som han kan bruke til å meistre situasjonen vidare?

Nokre gongar må vi også gjenta informasjonen vi gjev, dette er i tråd med Eide & Eide (2011) som hevdar at gjentakning er ein måte som kan klargjere situasjonen til pasienten. Dette kan igjen redusere angst og gi god oppleving av meistring. I nokre tilfeller kan pasientar i tillegg til munnleg informasjon trenge skriftleg informasjon. Dei har då noko handfast å slå opp i om det er noko dei lurar på eller ikkje hugsar.

Sjukepleiar må vere rolig og bruke enkle og korte setningar, i tillegg til å svare konkret på spørsmål. Ein må ta omsyn til kva tid pasienten best kan tileigne seg informasjon og dette bør skje på pasienten sine premissar for å få til god formidling. Andre omsyn ein må ta er å tenke på kor lenge ein skal informere, då må ein ta utgangspunkt i tilstand, symptom og behandling. Orvik (2004) gir uttrykk for at omsorga må vere tilpassa tidspunkt som passar pasienten sin dagsform og rytme, men understrekar at det å kunne individualisere på denne måten krev nok tid. Også Fjørtoft (2012) meiner tid er avgjerande for å kunne gje god omsorg tilpassa kvar enkelt pasient.

Informasjon er både ein rett og ei plikt. I følgje helse - og omsorgsdepartementet (2014) har pasientar rett på informasjon som er nødvendig for å få innsikt i helsetilstanden og kva helsehjelpa inneheld. I lys av dei yrkesetiske retningslinjene som sjukepleieforbundet (2011) har lagt fram, kan pasienten ta eigne val ved at sjukepleiaren gjev tilpassa og nok informasjon og at ein er sikker på at pasienten har forstått informasjonen. Dette er i tråd med pasient- og brukarrettighetslova (1999), ein skal sikre at pasienten har forstått innhaldet. I følgje Eide og Eide (2011) skal pasienten forstå, hugse og høyre det som er nødvendig, og oppleve å bli tatt hand om på ein god måte. Dette kan igjen gje meistring og redusere angsten til pasienten.

Lazarus og Folkman (1984) sin problemfokuserte meistringsstrategi går mellom anna ut på at ein kan lære noko nytt, få tak i informasjon og tileigne seg kunnskap. Dei fleste pasientar

treng både teoretisk kunnskap og praktisk kunnskap. I praksis lærte eg at praktisk kunnskap kan vere å lære korleis ein brukar utstyr som pep – fløyte som kan få opp slim og korleis ein sitter for å spare pusten mest mogleg. For at pasienten skal oppnå meistring må han også få teoretisk kunnskap. Ein må mellom anna informere om at det er vanleg å få angst (Almås et al., 2010). I praksis opplevde eg at pasientane hadde behov for informasjon om at stressande situasjonar kunne forverre pusten. I følge Hummelvoll (2012) trenger pasientane også kunnskap om angst og verknaden den har. Det kan både vere positive og negative sider med problemfokustert meistringsstrategi. Lazarus og Folkman (1984) hevdar informasjon kan gje kontroll, som er i tråd med Tveiten (2008) om at pedagogikk skal ha positiv effekt.

Ein må tilpasse mengda etter pasienten sin tilstand. Pedagogikk kan i nokre tilfeller også ha negativ effekt ved at det kan føre til forvirring, usikkerheit og auke stressnivået. Dersom ein ikkje tek omsyn til dette kan angstnivået til pasienten auke (Tveiten, 2008). Ein bør difor planlegge informasjonen ein gjev og ikkje gi for mykje informasjon på ein gong. For nokre kan denne meistringsstrategien fungere på ein god måte, medan det for andre vil vere hensiktsmessig med emosjonsfokustert meistring. Emosjonsfokustert kan i pedagogisk samanheng vere å unngå informasjon. I praksis erfarte eg at det var individuelt kva meistringsstrategi som passar for kvar enkelt pasient, det som er hensiktsmessig for ein pasient er ikkje gitt at det passar for andre. Dette er i tråd med Lazarus og Folkman (1984) sin teori om at dei fleste vekslar mellom dei ulike strategiane. I nokre situasjonar vil ingen av strategiane passe. Ein kan også oppleve at vårt forsøk og ynskje om å hjelpe pasienten ikkje når fram.

Ein kan seie at brukarmedverknad er eit pedagogisk instrument. Med dette meiner eg at for å få noko ut av pedagogikken må vi ha pasienten med oss på lag, han må sjølv vere delaktig dersom dette er mogleg. Kva ønskjer pasienten informasjon om og kva har han behov for? I følge Tveiten (2008) kan ein måte vere å be pasienten fortelje det han veit om kols og angst som kan gi eit godt grunnlag for sjukepleiaren å vurdere informasjonen vidare. For pasienten kan dette føre til meistring. Det kan vere viktig å spørje pasienten kva han er redd for. Resultata i forskingsartikkelen til Barnett (2005) viser at det er viktig å lytte til pasientane. Almås et al. (2011) tek til orde for at nokon er redde for døden, men dei aller fleste er mest redd for måten dei skal døy på og at det blir ein pinefull død ved kveling. Her igjen kan også tid vere ein avgjerande faktor, dersom sjukepleiar skal få til ein god samtale med pasienten

tek det tid som igjen kan gå utover andre pasientar (Orvik, 2004). I følgje Tveiten(2013) kan det vere utfordrande for sjukepleiarar å gjennomføre informasjon og opplæring. Det kan vere fordi det er mange pasientar inn og ut av avdelinga og det er forskjellige personale. Det blir kortare liggetid for pasientane, som kan føre til at sjukepleiar ikkje får tilfredstilt informasjonsbehovet. Ein kan seie pedagogikk er ein hjørnestein i pleie og omsorg. Dette kan vere fordi pedagogikk er med på å trygge pasienten og bidra til mestring, dette er spesielt viktig i behandlinga av kols pasientar.

## 5.0 Veikskap og styrke

Artiklane eg har nytta i oppgåva kan ha ulike veikskapar. Eg har ikkje funne forskning som går spesifikk på informasjon til pasientar med kols. Det at forskingsartiklane er på engelsk er ein styrke i seg sjølv sidan fleire kan nytte dei. Eg har prøvd å forstå forskingsartiklane etter beste evne, men sidan dei er på engelsk kan det vere eg har tolka teksten feil og unnlatt noko av det som står der. Å bruke oversiktsartikkel er ein styrke. Ei svakheit i oppgåva kan vere at eg skulle hatt fleire oversiktsartiklar, men fann ikkje fleire som var relevant i mi oppgåve.

Boka til Joyce Travelbee frå 2001, og boka til Lazarus og Folkman frå 1984 har eg nytta fleire stadar i oppgåva. Eg har også nytta Maslow si bok frå 1968. Desse bøkene er av eldre karakter, men det at dei er primærlitteratur er ein styrke. Eg ser på dei som framleis gjeldande i sjukepleiepraksis då eg ser at andre og nyare forfattarar har referert til dei og er like nyttige i dag. Eg ønskte heller ikkje å risikere nyare sekundærlitteratur, der teksten kan vere skriven på nytt og tolka. Boka til Göransson frå 2002 er av eldre karakter, men er ei god bok som omhandla mellom anna aktivitet og kols, så eg valde likevel å ta den med. Det at desse bøkene er av eldre karakter kan sjåast på som ein veikskap då ein helst skal nytte oppdatert kunnskap.

Ei styrke for oppgåva er at den er brukarorientert og praksisretta då eg kjem med fleire døme frå praksis. Eg har erfaring med denne pasientgruppa både i praksis- og jobb samanheng som kan gjere det lettare å sjå alt i heilskap. Ein anna styrke for oppgåva er at emnet er dagsaktuell og behovet for kunnskap innan dette emnet er aukande. I oppgåva har eg også nytta nasjonale retningslinjer, desse er godt dokumenterte og kvalitetssikra. Det at eg har trekt tid og utfordringar gjennom drøftinga gjorde at oppgåva også kan sjåast på frå samfunnsperspektiv. Eg har jobba jamt gjennom skriveprosessen og slapp difor å ta skippertak som kan vere ein styrke. Hadde oppgåva vore på større omfang hadde eg også skrive om pårørande då det kan vere med på å trygge pasienten.



## 6.0 Konklusjon

Når pasientar blir innlagt på sjukehus med kols i forverring kan tilstanden vere livstruande og mange er engstelege. Det trengst meir kunnskap i forhold til psykososiale behov når det gjeld pasientar med kols, då særleg angst. Sjølv om det ikkje finst noko kurerande behandling, for dei med kols er det fleire tiltak ein kan gjere for å gjere kvardagen lettare. I møte med denne pasientgruppa er det viktig at sjukepleiarar har fokus på demping av angst og bidrar til at pasientane meistrar angsten, ved å legge til rette for at pasienten har kontroll i ulike situasjonar og har fagkunnskap.

Fysisk aktivitet kan vere ein aktuell intervensjon. All aktivitet er betre enn ingen aktivitet og kva som er aktivitet for ein pasient kan variere veldig. Ved at pasienten får vere med å påverke behandlinga kan det gi auka meistring. Sjukepleiar må i møte med denne pasientgruppa bidra til meistring ved å fremje tryggleik, informasjon, gode haldningar, relasjon, kunnskap og omsorg. Å få til dette på ein tilfredstillande måte kan vere utfordrande med tanke på politisk oppbygning, tidsressursen til sjukepleiarar og helsetenesta som system. Ut i frå det eg har funne ut gjennom arbeid med oppgåva kan eg seie at kols er meir enn å behandle ei diagnose. Kols er så mykje meir enn kols.

## Bibliografi

- Almås, H., Bakkelund, J., Thorsen, B. H., & Storknæs, A. D. (2011). Sykepleie ved lungesykdommer. I H. Almås, D. G. Stubberud, & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 1 (4.utg.)* (s. 107 - 164). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Barnett M., (2005). Chronic obstructive pulmonary disease: a phenomenological study of patients` experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 805 – 812. doi: org/1111/j.1365-2702.2005.01125.x
- Bjørk, I. T., & Solhaug, M. (2008). *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie*. Oslo: Akribe AS.
- Brodtkorb, K. (2008). Respirasjon og sirkulasjon. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff, *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (s. 319 - 332). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Cafarella P. A., Effing T.W, Usmanii Z.-A., & Frith P. A. (2012). Treatments for anxiety and depression in patient with chronic obstructive pulmonary disease. A literature review. *Respirology*, 17, 627 – 638. doi: 10.1111/j.1440-1843.2012.02148.x
- Christiansen, B. (2013). Didaktiske perspektiver på helseveiledning. I B. Christiansen (Red.), *Helseveiledning: Fagkunnskap, pedagogisk kompetanse og kommunikasjon* (s. 42 - 63). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Christiansen, B. (2013). Tilrettelegging, metodikk, endringsarbeid. I B. Christiansen (Red.), *Helseveiledning: Fagkunnskap, pedagogisk kompetanse og kommunikasjon* (s. 67 - 76). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving (5.utg.)*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Eide, H., & Eide, T. (2011). *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk (2.utg.)*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Fjørtoft, A. -K. (2012). *Hjemmesykepleie: Ansvar, utfordringer og muligheter (2. utg.)*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmonstad & Bjørke AS.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Garsjø, O. (2008). *Institusjon som hjem og arbeidsplass: et arbeidstaker - og brukerperspektiv (2.utg.)*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Gjengedal, E., & Hanestad, B. R. (2007). Om kronisk sykdom. I E. Gjengedal, & B. R. Hanestad (Red.), *Å leve med kronisk sykdom: en varig kursending* (ss. 10 - 29). Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Göransson, C. (2002). Omvårdnad av patient med Kronisk Obstruktiv Lungsjukdom - KOL. I U. Kylberg, & E. Lidell, *Omvårdnad vid langvriga sjukdomstillstånd* (s. 81 -101). Lund: Studentlitteratur.
- Halding A.G., Heggdal K., & Wahl A. (2011). Experiences of self – blame and stigmatisation for self – infliction among individuals living with COPD. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(1), 100 – 107. doi: 10.1111/j.1471-6712.2010.00796.x
- Heggdal, K. (2008). *Kroppskunnskaping: Pasienten som ekspert i helsefremmende prosesser*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Helse og omsorgsdepartementet. (2014, Januar 1). *Lovdata*. Hentet fra Lov om pasient - og brukerrettigheter: [http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL\\_4?q=samtykkekompetanse\\*#KAPITTEL\\_4](http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_4?q=samtykkekompetanse*#KAPITTEL_4)
- Helsedirektoratet. (2012, November). *Kols: Nasjonal faglig retningslinje og veileder for forebygging, diagnostisering og oppfølging*. Hentet fra <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-og-veileder-for-forebygging-diagnostisering-og-oppfolging-av-personer-med-kols/Documents/IS-2029Revidert.pdf>
- Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt - ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse(7.utg.)*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kromann, J., & Beyer, N. (2010). Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOL). I N. Beyer, H. Lund, & K. Klinge (Red.), *Trøning: i forebyggelse, behandling og rehabilitering (2.utg.)* (s. 309 - 317). København: Munksgaard.
- Larsen, R. B. (2004). *Syk, men frisk: Om å leve med og mestre en kronisk sykdom*. Kolbotn: MEDLEX Norsk Helseinformasjon.
- Maslow, A. H. (1968). *På vej mod en eksistenspsykologi (2.utg.)*. Viborg: Nyt nordisk forlag - Arnold Busck.
- Mjell, J. (2011). Sykdommer i respirasjonsorganene. I S. Ørn, J. Mjell, & E. B- Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (s. 209 - 241). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Norsk sykepleierforbund. (2011, November). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra [https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf)
- Nortvedt, P. (2012). *Omtanke: En innføring i sykepleiens etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Orvik, A. (2004). *Organisatorisk kompetanse: i sykepleie og helsefaglig samarbeid*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Pasient – og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient – og brukerrettigheter (pasient – og brukerrettighetsloven). Henta frå: <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Renolen, Å. (2008). *Forståelse av mennesker: innføring i psykologi for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Røkenes, O. H., & Hanssen, P. -H. (2012). *Bære eller breste: Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker (3. utg.)*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.
- Thorsen, R. (2011). Trygghet. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E. -A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie, Bind 3 (2. utg.)* (s. 105 - 126). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Tveiten, S. (2008). *Pedagogikk i sykepleiepraksis (2.utg.)*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- World Health Organization. (u.d.). *Burden of COPD*. Hentet fra World Health Organization: <http://www.who.int/respiratory/copd/burden/en/>