



Høgskulen på Vestlandet

Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKSB3001

Predefinert informasjon

Startdato:	26-02-2018 09:00	Termin:	2018 VÅR
Sluttdato:	26-04-2018 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)	Studiepoeng:	12
SIS-kode:	203 SYKSB3001 1 PRO-1 2018 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 547

Informasjon fra deltaker

Tittel *: Mestring av kronisk obstruktiv lungesykdom

Antall ord *: 8111

Navn på veileder *: Angelina Belova

Tro- og loverklæring *: Ja

**Jeg bekrefter at jeg har Ja
registrert oppgavetittelen
på norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:**

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

BACHELOROPPGAVE

Mestring av kronisk obstruktiv lungesykdom

Coping with chronic obstructive pulmonary disease

Kandidatnummer: 547

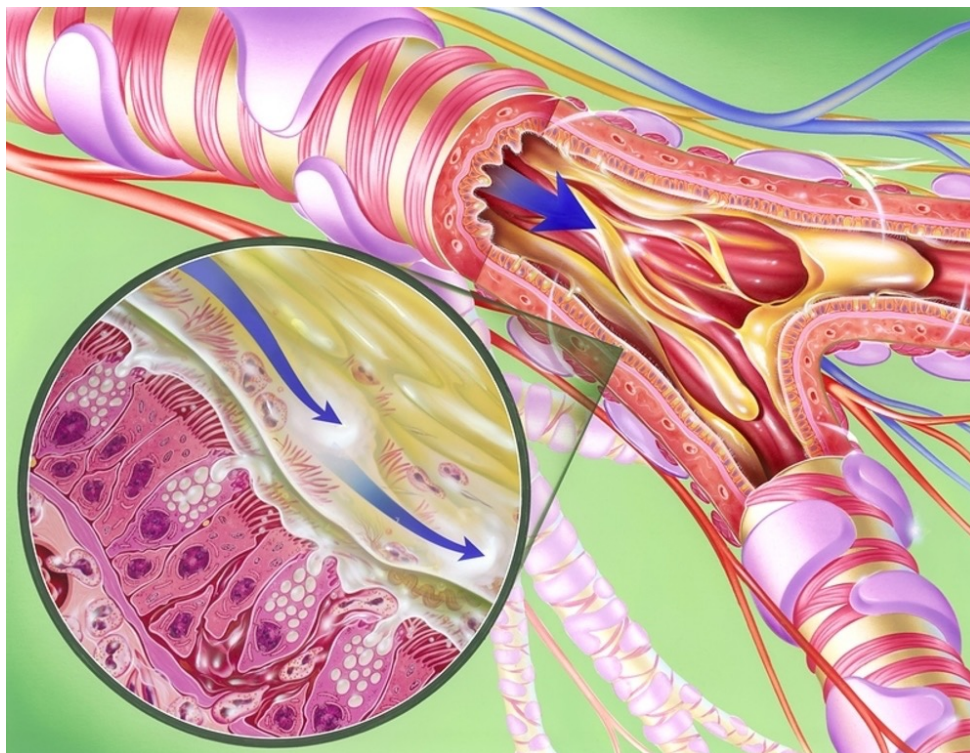
Bachelor i sykepleie, SYKSB3001

Avdeling for helsefag/ Høgskolen på Vestlandet / Campus Stord

Veileder: Angelina Belova

Innleveringsdato: 26.04.2018

Mestring av kronisk obstruktiv lungesykdom



Kilde: Illustrasjon av luftveiene ved KOLS, Science Photo Library. Hentet fra:
https://quest.eb.com/search/COPD/1/132_1482023/COPD-illustration

Bachelor i sykepleie

Høgskolen på Vestlandet, Campus Stord

Kull 2015

26.04.2018

38 sider

8111 ord

Sammendrag

Tittel: Mestring av kronisk obstruktiv lungesykdom.

Bakgrunn: De siste tiårene har kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) utviklet seg til å bli en folkesykdom (Almås, Bakkeland, Thorsen & Sorknæs, 2015, 123). KOLS rammer rundt seks prosent av Norges befolkningen over 40 år, noe som tilsvarer ca. 150 000 personer. Forekomsten er økende og i 2012 var det den tredje hyppigste dødsårsaken (Norsk Helseinformatikk, 2018).

Problemstilling: Hvordan kan sykepleier bidra til at pasienter med KOLS opplever mestring i hjemmet?

Hensikt: Hensikten med denne studien er å belyse hvordan sykepleier kan bidra til at pasienten med KOLS lidelse opplever mestring av sykdommen.

Metode: Litteraturstudie.

Resultat: Artikkelen viser til flere elementer som er viktig for å oppnå mestring av KOLS. Nedsatt livskvalitet i form av hjelpeløshet, angst og pustevansker kommer frem i artikkelen. God kommunikasjon, brukermedvirkning og sosial støtte utspiller seg som viktige elementer for å bidra til at pasienten mestrer KOLS.

Oppsummering: Sykepleieren har en viktig rolle for at pasienten skal oppleve mestring med sykdommen. Det kreves tillit, bruk av tid, tilpasset informasjon og undervisning og tilstrekkelig kunnskap hos sykepleieren.

Nøkkelord: Kronisk obstruktiv lungesykdom, mestring, hjemmesykepleie, brukermedvirkning, sosial støtte.

Abstract

Title: Coping with chronic obstructive pulmonary disease.

Background: Within the last decade, chronic obstructive pulmonary disease (COPD) has developed into a public disease (Almås, Bakkeland, Thorsen & Sorknæs, 2015, s. 123). COPD affects about six percent of people over 40 years old in Norway, which corresponds to approximately 150 000 people. The incidence is increasing, and in 2012 COPD was the third most frequent cause of death (Norsk Helseinformatikk, 2018).

Research question: How can nurses help patients diagnosed with COPD to experience coping when they live at home?

Aim: The purpose with this study is to illustrate how nurses can help patient's to cope their illness with COPD.

Method: Literature study.

Results: The articles points out several elements that are important for achieving coping with COPD. Reduced quality of life as helplessness, anxiety and breathing issues/difficulties appear in the articles. Good communication, patient participation and social support turn out to be important elements to help patients with coping their COPD.

Summary: As a nurse you have an important role when it comes to patient's experience of coping with COPD. It requires confidence, use of time, adapted information and education, and adequate knowledge from the nurse.

Keywords: Chronic obstructive pulmonary disease, coping, home nursing, patient participation, social support.

Innholdsfortegnelse

1.	Innledning.....	1
1.1.	Bakgrunn og mål med oppgaven.....	1
1.2.	Presisering og avgrensninger.....	1
1.3.	Problemstilling.....	2
1.4.	Begrepsavklaring.....	2
1.5.	Oppgavens oppbygging.....	2
2.	Teoretisk referanseramme.....	3
2.1	Joyce Travelbees sykepleieteori.....	3
2.2	Kronisk sykdom.....	4
2.3	Hva er KOLS?.....	4
2.4	Mestring.....	5
2.5	Sykepleie i hjemmet.....	6
2.5.1	Brukermedvirkning.....	7
2.5.2	Sosial støtte.....	7
2.5.3	Kommunikasjon.....	8
3.	Metode.....	9
3.1	Hva er metode?.....	9
3.2	Litteraturstudie.....	9
3.3	Fremgangsmåte/metode for søk etter litteratur.....	10
3.4	Metodekritikk.....	12
3.4.1	Vurdering av egen oppgave.....	12
3.4.2	Kritisk vurdering av forskningsartikler og litteratur.....	12
3.4.3	Etikk i oppgaveskriving.....	13
4.	Resultat.....	14
4.1	Sammendrag av artiklene.....	14
4.2	Samlet analyse av resultatene.....	16
5.	Drøfting.....	18

5.1	Å skape relasjon - kommunikasjon.....	18
5.2	Mestringsstrategier	20
5.3	Brukermedvirkning.....	21
5.4	Sosial støtte	23
6.	Avslutning	25
	Referanser.....	26
	Vedlegg 1	29

1. Innledning

1.1. Bakgrunn og mål med oppgaven

Tema i denne oppgaven handler om lungesykdommen kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS). Dette er et dagsaktuelt tema ettersom det er mange, spesielt eldre, som lider av denne sykdommen. Kronisk obstruktiv lungesykdom rammer rundt seks prosent av Norges befolkningen over 40 år, noe som tilsvarer ca. 150 000 personer. Forekomsten er økende og i 2012 var det den tredje hyppigste dødsårsaken (Norsk Helseinformatikk, 2018).

Det er også svært stor sannsynlighet for å møte denne pasientgruppen uansett hvor du jobber som sykepleier. Antall personer som lever med kronisk obstruktiv lungesykdom vil øke på grunn av økning av antall eldre (Nafstad, 2014).

Når jeg skulle velge tema for denne oppgaven tok jeg utgangspunkt i hva jeg har fått erfaring med gjennom de forskjellige praksisplassene jeg har vært gjennom. I sykehuspraksis var jeg på medisinsk post for lungesykdommer. Jeg har også vært i hjemmesykepleien og på sykehjem hvor jeg har fått erfaring med pasienter som har kronisk obstruktiv lungesykdom. I disse praksisene fikk jeg en del erfaring med hvordan det er å jobbe med personer med kronisk obstruktiv lungesykdom. I tillegg kjenner jeg privat personer med denne diagnosen. Dette gjør at tema er mer interessant for meg å sitte meg inn i. Formålet med oppgaven er å finne ut hva en som sykepleier kan gjøre for at pasienter som bor hjemme skal oppleve mestring med sin sykdom.

1.2. Presisering og avgrensninger

Videre i oppgaven kommer jeg til å benytte forkortelsen «KOLS» for kronisk obstruktiv lungesykdom. Pasientgruppen jeg skal ta for meg er eldre personer over 65 år. Grunnen til dette er at det er denne aldersgruppen jeg har møtt med KOLS i praksis. Videre har jeg avgrenset pasientgruppen til pasienter med alvorlig grad av KOLS, stadium III i GOLD-kriteriene. En av hovedutfordringene ved denne graden av KOLS er pustebesvær (Almås, Bakkeland, Thorsen & Sorknæs, 2015, s. 123). Derfor kommer jeg til å bruke pustebesvær som et eksempel når jeg drøfter om mestring ved KOLS og diskuterer tiltak som kan være relevant.

1.3. Problemstilling

Fokuset i oppgaven skal være på personer med KOLS som bor i hjemmet og hvordan disse pasientene ved hjelp av sykepleier kan oppnå mestring av sykdommen.

Problemstillingen blir derfor: ***Hvordan kan sykepleier bidra til at pasienter med KOLS opplever mestring i hjemmet?***

1.4. Begrepsavklaring

Mestring kan defineres på flere måter. Det kan beskrives som en positiv responsforventning til noe som skal skje. Ved mestring vil en være lite preget av stress, mens ved lite eller ingen mestringsfølelse vil det være motsatt (Harris & Ursin, 2014, s. 163-164).

Når en snakker om *hjemmesykepleie* kan en definere det som helsehjelp som utføres av profesjonelle til en pasient og dens pårørende i pasientens eget hjem (Birkeland & Flovik, 2014, s. 15).

Kronisk obstruktiv lungesykdom er en folkesykdom der luftstrømshindringen ikke er fullt reversibel. Det er en progredierende sykdom og som forårsaker pustevansker og gir gradvis dårligere lungefunksjon (Mjell, 2015, s. 230).

1.5. Oppgavens oppbygging

Jeg begynner første kapittel med å presentere valg av tema, presisering og avgrensninger av problemstillingen og en kort begrepsavklaring for begrepene i problemstillingen. I kapittel to presenterer jeg sykepleieteori som jeg skal bruke i oppgaven, samt begrep som er relevant for å forstå innholdet i oppgaven og problemstillingen. Kapittel tre viser til metode og hvordan jeg har funnet forskningen som er tatt i bruk i oppgaven. I kapittel fire presenterer jeg resultater av de valgte artiklene, samt en samlet analyse av disse artiklene. Kapittel fem er drøftingsdelen, hvor funnene i artiklene drøftes opp mot problemstillingen ved hjelp av sykepleieteori og annen teori. I kapittel seks kommer en avsluttende oppsummering av funnene fra drøftingen som skal belyse problemstillingen.

2. Teoretisk referanseramme

2.1 Joyce Travelbees sykepleieteori

Når jeg skulle velge en sykepleieteoretiker var det Joyce Travelbee sin interaksjonsteori som passet best til min problemstilling. Joyce Travelbee sin interaksjonsteori beskriver blant annet at sykepleie består i å hjelpe den syke og lidende til å mestre og finne en mening i den situasjonen han/hun er i (Travelbee, 2001, s. 29). Travelbee (2001, s. 36) understreker også at det er absolutt nødvendig å kjenne til pasientens egen opplevelse av sin situasjon for at sykepleieren skal kunne hjelpe den syke. Videre beskriver Travelbee (2001, s. 37) at det er viktig å vite hvilken mening pasienten selv tillegger sin situasjon for å kunne forholde seg til sykdommen.

Travelbee beskriver sykepleie som en mellommenneskelig prosess som skjer gjennom et menneske-til-menneske-forhold. Hun definerer sin sykepleietenkning slik:

«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, 2001, s. 29).

Travelbee (2001, s. 135) beskriver kommunikasjon som et viktig begrep som kan være på å etablere et menneske-til-menneske-forhold til pasienten. Dette kan bidra til å oppnå sykepleiens mål og hensikt, som er å hjelpe pasienter og pårørende med å forebygge og mestre erfaringer med sykdom og lidelse. Kommunikasjonen mellom pasienten og sykepleier står sentralt for å sikre at iverksatte sykepleietiltak samsvarer med pasientens behov.

Videre understreker Travelbee (2001, s. 41) at å bruke seg selv terapeutisk og ha en målrettet intellektuell tilnærming må være tilstede for å etablere et menneske-til-menneske-forhold.

Den som anvender intellektuell tilnærming, er i stand til å reflektere, resonnere, overveie og tenke logisk, og er i stand til å trekke ut mening i de enkelte sykepleiesituasjoner (Travelbee, 2001, s. 42). Å bruke seg selv terapeutisk beskriver Travelbee (2001, s. 44-46) at innebærer sykepleierens bruk av sin egen personlighet i samhandling med pasienten. Dette må utføres på en bevisst og hensiktsmessig måte. Ved å gjøre dette mener Travelbee at en kan fremme ønsket forandring hos pasienten som kan bidra til å redusere eller lindre plagene.

2.2 Kronisk sykdom

Gjengedal og Hanestad (2007, s. 13) beskriver forskjellige definisjoner av begrepet «kronisk sykdom». En av definisjonene de tar for seg er definert av sykepleierne Mary Curtin og Ilene Lubkin (1998) som skriver følgende:

«Kronisk sykdom er en irreversibel, konstant, tiltakende eller latent sykdomstilstand eller svakhet som virker inn på hele mennesket og dets omgivelser, og som fordrer omsorg, egenomsorg, opprettholdelse av funksjon og forebygging av videre funksjonssvikt».

Det oppstår livsendringer for mennesker som rammes av en kronisk sykdom. Dette medfører også endringer for familie og venner, i tillegg til at det har en innvirkning på arbeidssituasjonen og hverdagen til pasienten (Gjengedal & Hanestad, 2007, s. 10). I følge forskjellige studier vises det at pasienter med KOLS har lavere livskvalitet enn pasienter med andre kroniske sykdommer. I tillegg er også psykologisk stress, som depresjon og angst, utbredt hos denne pasientgruppen (Andenæs, 2007, s. 210-211).

2.3 Hva er KOLS?

De siste tiårene har KOLS utviklet seg til å bli en folkesykdom (Almås et al., 2015, s. 123). I 2012 var KOLS den 3. hyppigste registrerte dødsårsaken i Norge (Nafstad, 2014). Det kan anslås at rundt seks prosent av Norges befolkning som er 40 år eller eldre har KOLS (Norsk Helseinformatikk, 2018). Det er en manglende oversikt over hvor mange som faktisk har KOLS. Årsaken til dette ligger blant annet i at ikke alle som har KOLS har fått diagnosen og at en ikke vet antall KOLS pasienter i ulike geografiske området (Helseatlas, 2017).

KOLS er en sykdomstilstand med luftveismotstand som ikke er reversibel (Almås, et al., 2015, s. 122). Med behandling kan det derimot bedres eller senke progresjonen av sykdommen (Hjalmarsen, 2012, s. 71). Det å leve med KOLS er å leve med angst for åndenød og kvelning, redusert fysisk funksjon, redusert livsutfoldelse og redusert livskvalitet (Almås et al., 2015, s. 123). Mestring er et viktig mål i behandlingen av pasienter med KOLS.

Informasjon og veiledning om hvordan en kan mestre å leve med en kronisk lungesykdom er derfor viktig. Sykepleierens funksjon innebærer blant annet å fremme et personlig ansvar hos pasienten (Almås et al., 2015, s. 153).

Almås et al. (2015, s. 123) beskriver at KOLS kan dels i fire stadier etter GOLD-kriterier som klassifiseres etter alvorlighetsgrad:

Stadium I: Dette er en mild form for KOLS, hvor en har kronisk hoste, men ikke nødvendigvis alltid. På dette stadiet er ikke pasienten nødvendigvis klar over at lungefunksjonen er redusert.

Stadium II: Dette stadiet er en moderat form for KOLS. Pasienten har kronisk hoste og/eller slim fra lungene, men ikke nødvendigvis alltid.

Stadium III: Dette er en alvorlig grad av KOLS. På dette stadiet oppstår det akutte forverringer av symptomer, som har innvirkning på pasientens livskvalitet og prognose.

Stadium IV: Dette er en svært alvorlig form for KOLS. Dette stadiet innebærer respirasjonssvikt eller kliniske tegn til høyresidig hjertesvikt. Pasientens livskvalitet er betydelig redusert på dette stadiet, og forverringer kan være livstruende.

Almås et al. (2015, s. 122) skriver at tobakksrøyking er den viktigste årsaken til KOLS. Videre står det at i 2009 hevdet folkehelseinstituttet at i to av tre KOLS tilfeller var årsaken røyking. Andre årsaker til KOLS kan være eksponering av støv og kjemikalier, innendørs forurensning fra fossile brennstoffer, luftforurensning, passiv røyking eller astma. Symptomene på KOLS kommer gradvis. Kronisk hoste med ekspektorat er det mest typiske symptomet på KOLS (Mjell, 2015, s. 232-233). Andre symptomer som er typisk ved denne sykdommen er kronisk slimproduksjon i luftveiene, gjentatte episoder med akutt bronkitt og tung pust som blir verre over tid (Almås et al., 2015, s. 123).

En kan ikke bli frisk fra KOLS, men behandling kan gi pasienten en bedre opplevelse av sykdommen ved å hindre videre utvikling av sykdommen, lindre symptomer og bedre pasientens arbeidskapasitet og kondisjon (Mjell, 2015, s. 233). Lungerehabilitering er blant annet viktig for å redusere symptomer og forbedre og bevare funksjonsevnen. I tillegg viser det seg at lungerehabilitering for KOLS-pasienter reduserer akutte sykehusinnleggelser med 50 % (Hjalmarsen, 2012, s. 17-18).

2.4 Mestring

Sykepleietjenesten i kommunene har kontakt med store grupper eldre og kronisk syke mennesker. Læring og mestring er her viktige temaer når det gjelder både pasienter og pårørende. Samhandlingsreformen omtaler blant annet kommunale lærings- og mestringstilbud som for eksempel kurs og selvhjelpsgrupper (Kristoffersen, 2011, s. 343).

Mestring ble definert i det Store norske leksikon som hvordan personer møter problemer, stress og utfordringer (Lode, 2016, s. 40). Lode (2016, s. 41) refererer også til Lazarus og Folkmanns teori om mestring fra 1984. De beskriver mestring som en tolkningsprosess mellom personen og situasjonen som deles inn i primær-, sekundær- og retolkning. Lazarus og Folkmanns (1984) teori på mestring er også beskrevet av Andenæs (2007, s. 211) hvor kognitive og atferdsmessige anstrengelser for å håndtere krav som overstiger pasientens ressurser kommer frem.

Utvikling av mestring er kun mulig når en opplever at en kontrollerer eller styrer noe. Dette kan være utfordrende for pasienter som får helsehjelp (Harris & Ursin, 2014, s. 169). Derfor er det viktig å se på hvilke faktorer som kan bidra til at pasienten opplever en viss kontroll over sin situasjon. Mestringsstrategier handler om hvordan den enkelte person har tro på sin egen evne til å mestre hverdagen (Bredland, Linge & Vik, 2011, s. 108).

2.5 Sykepleie i hjemmet

Hjemmesykepleie eller sykepleie i hjemmet kan beskrives som helsehjelp til pasienter hvor sykepleiere eller annet helsepersonell kommer til pasientens eget hjem for å ivareta grunnleggende behov (Birkeland & Flovik, 2014, s. 15). De som er ansatt i hjemmesykepleien må være pasientfokuserte, involverende og åpne for inntrykkene pasientene skaper gjennom det de uttrykker. Å kunne se og høre pasientene er også viktig for ansatte i hjemmesykepleien (Birkeland & Flovik, 2014, s. 26). Et overordnet mål for hjemmesykepleien er at pasienten skal kunne mestre hverdagen i sitt eget hjem så lenge det er ønskelig og forsvarlig (Birkeland & Flovik, 2014, s. 21).

Harris & Ursin (2014, s. 169) skriver at brukermedvirkning, forutsigbarhet og sosial støtte er viktige begrep som står sentralt for å påvirke en persons opplevelse av å styre eller kontrollere en situasjon. Videre skriver de at veiledning og tilpasset informasjon er viktig for at pasienten skal oppleve forutsigbarhet. For å oppnå dette beskriver de at pasientens brukermedvirkning står sentralt.

2.5.1 Brukermedvirkning

Brukermedvirkning kan forklares som at pasientene får delta eller samarbeide med fagfolk for å finne gode løsninger (Bredland et al., 2011, s. 45). Det er helsevesenet som har ansvar for å tilrettelegge for at pasienten har mulighet til å medvirke i den behandlingen som blir iverksatt (Kristoffersen, 2016, s. 246). For å oppnå brukermedvirkning er det en forutsetning at pasienten får informasjon og innsyn, slik at pasienten forstår situasjonen sin. Likevel må graden av brukermedvirkning ses i forhold til hvor i rehabiliteringsprosessen pasienten er. Pasientens evne til å ta avgjørelser avhenger av sykepleierens evne til å gi informasjon om valgmuligheter og konsekvenser når det gjelder pasientens situasjon (Bredland et al., 2011, s. 46). Brukermedvirkning beskrives blant annet som en demokratisk rettighet for brukeren. Det er også nødvendig for å oppnå god kvalitet og treffsikkerhet i tjenesten (Jenssen, 2012, s. 44).

I pasient- og brukerrettighetsloven §3-1 står det:

«Pasient eller bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester.

Pasient eller bruker har blant annet rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige tjenesteformer og undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon»

(Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999)

2.5.2 Sosial støtte

Sosial støtte kan defineres som en opplevelse eller erfaring med at en føler seg ivaretatt av andre, at en blir respektert og verdsatt og at en er en del av et sosialt nettverk med gjensidig hjelp og forpliktelse (Lode, 2016, s. 47). Denne typen støtte kan brukes som mestringsstrategi og kan bidra til at situasjonen blir håndterlig ved å endre personens følelsesmessige reaksjon av situasjonen, endre meningen med situasjonen eller endre den aktuelle situasjonen (Lode, 2016, s. 48).

Sosial støtte står sentralt for å oppnå mestring i ulike livshendelser. Ved stress er det tre støttemekanismer som har betydning og det er følgende: *håndgripelig støtte* som vil si at støtten må oppleves riktig akkurat der og da. *Vurderingsstøtte* handler om støtte som bidrar til at pasienten ser situasjonen sin fra en annen synsvinkel. *Emosjonell støtte* handler om å motta sympati, verdsettelse og aksept (Renolen, 2015, s. 175-176).

Det skilles tre ulike støttesystemer når vi snakker om sosial støtte: privat støtte, profesjonell støtte og likemannsstøtte (Renolen, 2015, s. 196). Privat støtte gjelder personer som kjenner pasienten og som bryr seg om pasienten. Dette kan være familie, venner og kolleger. Ved profesjonell støtte menes støtte fra helsepersonell, hvor faglig kompetanse bidrar til trygghet. Likemannsstøtte er derimot støtte fra medpasienter, støttegrupper og pasientforeninger. Dette er mennesker som har erfaring med sykdommen i motsetning til privat- og profesjonell støtte i de fleste tilfeller (Renolen, 2015, s. 196).

Det er dokumentert at sosial støtte kan redusere og regulere uønskede psykologiske konsekvenser av stressituasjoner (Lode, 2016, s. 47). Personer som opplever å ha sosial støtte, har bedre muligheter for å tilpasse seg sykdom. Den sosiale støtten kan bidra til å gi mestringfølelse for eksempel ved å tilføre manglede ressurser i en stressende situasjon gjennom nærmeste pårørende eller nære venner. Mange syke kan likevel oppleve at familie og venner blir for støttende slik at det går ut over pasientens selvstendighet og autonomi (Lode, 2016, s. 48).

2.5.3 Kommunikasjon

Når en utøver sykepleie til en hjelpetrequende pasient er det en forutsetning at en kommuniserer og samhandler med pasienten (Kristoffersen, 2016, s. 158). En definisjon på kommunikasjon kan være å formidle en mening ved å gi, motta og utveksle signaler på forskjellige måter. Det handler om å utveksle signaler, sosial samhandling og mellommenneskelig atferd (Samuelsen, 2010, s. 123)

Kommunikasjon er en nødvendig forutsetning for fellesskap i samhandling mellom mennesker. Dette gjelder uansett om det handler om samvær, samtale eller samforståelse. Menneskelig kommunikasjon skjer ved hjelp av symboler i form av ord og kroppsspråk. Sykepleieren trenger derfor innlevelse i pasientens situasjon for å kunne vite noe om hvilke symboler som er passende for å vise at en forstår pasienten. Når en vet hvilke symboler som er passende for den enkelte pasienten kan en formidle ideer og kunnskaper på en bedre måte (Hummelvoll, 2012, s. 421).

3. Metode

3.1 Hva er metode?

Metoder brukes til å få frem ny kunnskap og til å etterprøve påstander for å finne ut i hvilken grad de er sanne, gyldige eller holdbare (Dalland, 2017, s. 51). I boken *metode og oppgaveskriving* vises det til sosiologen Vilhelm Aubert som definerer metode slik: «*En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder*» (1985, s. 196) [referert i Dalland, 2017, s. 51].

En kan skille mellom kvantitative og kvalitative metoder. Kvantitative metoder presenterer data i form av målbare enheter, som statistikk, ved hjelp av spørreskjema med faste svaralternativer. Denne typen metode går i bredden av det som undersøkes, hvor en innhenter et lite antall opplysninger om mange undersøkelsesenheter. Dette skaper lite eller ingen direkte kontakt med det/dem som undersøkes. Denne metoden tar sikte på å formidle forklaringer (Dalland, 2017, s. 52-53).

Kvalitative metoder har som hensikt å fange opp mening og opplevelse. I motsetning til kvantitative metoder, går denne typen metode i dybden, hvor en innhenter mange opplysninger om få undersøkelsesenheter. Det er ingen faste svaralternativer og en får dermed frem det spesielle eller avvikende. Formålet ved denne metoden er å formidle forståelse (Dalland, 2017, s. 52-53).

3.2 Litteraturstudie

I denne oppgaven brukes litteraturstudie som metode. Det kan skilles mellom to ulike litteraturstudier, allmenn litteratur studie og systematisk litteraturstudie. En allmenn litteraturstudie kan være litteraturoversikter, litteraturgjennomgang eller forskningsoversikt. I denne typen studie beskrives og analyseres den valgte litteraturen (Forsberg & Wengström, 2013, s. 25). Magnus og Bakketeig (2000) beskriver litteraturstudie som en studie som systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder. Det innebærer å bruke gode søkeord, samle inn litteratur, kritisk vurdere litteraturen og til slutt sammenfatte dette (Thidemann, 2015, s. 79). For å kunne utføre en systematisk litteraturstudie er det en forutsetning at det finnes

tilstrekkelige studier av god kvalitet for å kunne foreta vurderinger og konklusjoner (Forsberg & Wengström, 2013, s. 26).

3.3 Fremgangsmåte/metode for søk etter litteratur

Når jeg skal gå frem for å samle inn forskningsartikler til oppgaven kommer jeg til å benytte meg av forskjellige databaser. Cinahl, PubMed og Sykepleien er databaser jeg kommer til å benytte for mine søk. Når jeg skal søke vil jeg bruke søkeordene: chronic obstructive pulmonary disease, COPD, KOLS, coping, mestring, home nursing, hjemmesykepleie, pasienterfaring og patients' experience. Noen ganger bruker jeg flere av søkeordene i samme søk for å finne mest mulig relevante artikler.

Den oppsummerte forskningen «*Helsepedagogisk kompetanse, læring og mestring*» (Vågan, Eika & Skirbekk, 2017) fant jeg på Sykepleien.no ved bruk av søkeordene: mestring og KOLS. Denne artikkelen anså jeg som relevant fordi den tar for seg viktige moment for å oppnå mestring hos pasienter. Forskningsartikkelen «*Older patients with late-stage COPD: Their illness experiences and involvement in decision-making regarding mechanical ventilation and noninvasive ventilation*» (Jerpseth et al., 2018) har jeg valgt fordi den tar for seg hvordan KOLS pasienter erfarer sin sykdom og hvordan de oppfatter helsepersonellens evne til å kommunisere med dem når det gjelder deres brukermedvirkning rundt behandling av sykdommen sin. Jeg fant artikkelen på Cinahl ved å kombinere søkeordene «COPD» og «experience». Ved disse søkeordene fant jeg også artikkelen «*Experiences of self-blame and stigmatisation for self-infliction among individuals living with COPD*» (Halding, Heggdal & Wahl, 2011). Jeg har vurdert denne artikkelen som relevant for min oppgave ettersom den inkluderer KOLS-pasienters egne erfaringer i dagliglivet, noe som kan bidra til bedre forståelse av deres situasjon, slik at en lettere kan finne en måte å bidra til mestring. Ettersom tobakk er et sentralt tema for personer med KOLS ser jeg artikkelen også som relevant.

Søk i CINAHL	22.03.18		
Nummer:	Søkeord/term	Avgrensning (limit)	Resultat (antall)
S1	COPD		8080
S2	Coping		35410
S3	Home nursing		52317
S4	S1 AND S2		109
S5	S1 AND S2 AND S3		5
S6	Patients' experience		77599
S7	S1 AND S6		322
S8	S1 AND S6	20070101-20181231	227

Jeg fant artikkelen «*Belonging. Patients' experiences of social relationships during pulmonary rehabilitation*» (Halding, Wahl & Heggdal, 2010) på Cinahl, som artikkel nummer 39, etter søk nummer 8. Denne artikkelen anså jeg som relevant for min oppgave fordi den tar for seg sosiale relasjoner som blant annet sosial støtte hos pasienter. Sosial støtte er et begrep jeg har fokusert litt ekstra på i besvarelsen min.

Søk i PubMed	22.03.18		
Nummer:	Søkeord/term	Avgrensning (limit)	Resultat (antall)
S1	COPD		75005
S2	Coping		144867
S3	Homenursing		58604
S4	S1 AND S2		426

Artikkelen «*A qualitative study of patients' experiences of participating in SPACE for COPD: a Self-management Programme of Activity, Coping and Education*» (Apps et al., 2017) fant jeg på PubMed etter søk nummer 4 som artikkel nummer 4. Denne artikkelen har

jeg ansett som relevant for oppgaven min da den fokuserer på pasienterfaringer ved et mestringstilbud.

3.4 Metodekritikk

3.4.1 Vurdering av egen oppgave

Når jeg har søkt etter forskning og funnet annen teori innenfor tema KOLS, har jeg prøvd å holde all teorien innenfor 10 års rekkevidde. Jeg har også prøvd å ta i bruk primærkilde der det har vært mulig. Som sykepleieteoretiker tok jeg i bruk Joyce Travelbee. Selv om boken hennes er fra 2001, anså jeg den som relevant, da det er primærkilden til hennes sykepleietenkning. Alle artiklene jeg har tatt i bruk bygger på kvalitativ metode, noe jeg mener styrker artiklene. Dette er fordi pasientens egne beskrivelser om å leve med KOLS kommer mer tydelig frem enn det ville gjort ved en kvantitativ studie. Hvis jeg hadde begynt søkeprosessen tidligere hadde jeg kanskje hatt bedre tid til å finne god forskning som kan belyse problemstillingen min. Hadde jeg tatt i bruk andre artikler med annet fokus, hadde kanskje konklusjonen min blitt litt annerledes.

3.4.2 Kritisk vurdering av forskningsartikler og litteratur

Kildekritikk brukes for å karakterisere og vurdere den litteraturen som er funnet. Det handler om kildesøking, som går ut på å finne frem den litteraturen som belyser problemstillingen. Kildekritikk handler også om å redegjøre for den litteraturen som er anvendt (Dalland & Trygstad, s. 152). En vitenskapelig artikkel innenfor medisin og helsefag bygger vanligvis på IMRaD-strukturen. IMRaD står for innledning, metode, resultat og drøfting/diskusjon (Thidemann, 2015, s. 68).

Når jeg ser etter forskning vil jeg se på artikkelens fremgangsmåte, i forhold til om den er bygd opp etter IMRaD-strukturen. Jeg har også benyttet sjekkliste for kvalitative studier som jeg hentet på Helsebiblioteket (2016). Dette var for å vurdere om artiklene jeg har tatt i bruk i oppgaven er kvalitetssikret.

3.4.3 Etikk i oppgaveskriving

Forskningsetikk dreier seg om vurdering av forskning i forhold til samfunnets normer og verdier. Dette omfatter alle sider ved forskningen, fra planlegging, valg av problemstilling, hvilken metode som skal brukes til hvordan resultatene er anvendt og rapporteres.

Forskningsetikk handler også om å ivareta personvernet og sikre at deltakere i forskningen ikke blir påført negative belastninger (Dalland, 2017, s. 236).

Når jeg søkte etter forskningsartikler ville jeg i utgangspunktet at artiklene skulle innebære etiske hensyn. Alle forskningsartiklene jeg har brukt i oppgaven min har blitt godkjent av en eller flere etiske komiteer. Ett unntak er Vågan, Eika og Skirbekk (2017) sin oppsummerte forskning som ikke nevnte etiske hensyn.

4. Resultat

4.1 Sammendrag av artiklene

Når jeg har søkt etter artikler til denne oppgaven har jeg prøvd å finne de som er mest relevant i forhold til fokuset i min oppgave. Noen av artiklene jeg har valgt kommer til å brukes i større grad enn andre i drøftingen. Artiklene jeg har brukt i mindre grad er for å underbygge annen teori og forskning.

«A qualitative study of patients' experiences of participating in SPACE for COPD: a Self-management Programme of Activity, Coping and Education» (Apps et al., 2017) handler om å få en oversikt over pasienters erfaringer ved å delta i et selvstyrende program for personer med KOLS. Programmet inkluderte en 176-sidet manual som pasientene kunne ta vare på. Manualen innebar blant annet informasjon om sykdommen, medikamenter, pusteøvelser, samt strategier for målsetting og mestringsstrategier. Artikkelen har et kvalitativt design med intervjuer etter seks uker og seks måneder etter oppstart av programmet og det deltok 36 deltakere. Studien viste at etter seks uker kunne pasientene bruke manualen som en ressurs i fremtiden til å mestre utfordringer med sykdommen. Etter seks måneder rapporterte de fleste deltakerne at de måtte lese i manualen igjen for å repetere den og lette på angsten. Det kom frem at informasjon om sykdommen var verdifullt for mange, men det kom også frem at det skapte mer angst fordi den type informasjon var overveldende. Når det gjelder livsendringer rapporterte deltakerne at de opplevde økt fysisk aktivitet og trening, bedre kontroll og bruk av medisiner og bruk av pusteøvelser og brystklareringsteknikker. Det ble også rapportert redusert åndenød, økt deltakelse i verdsatte aktiviteter, økt kunnskap og forståelse av KOLS, som igjen bidro til økt energinivå. I forbindelse med sosial støtte viste det seg at familien var viktig for å tilrettelegge for emosjonelle årsaker, hjelp med oppgaver og å motta råd ved gjennomføring av dette programmet. Mens familien var viktig for emosjonell støtte, ble helsepersonell sett på som viktig for informativ støtte.

«'Belonging'. Patients' experiences of social relationships during pulmonary rehabilitation» (Halding, Wahl & Heggdal, 2010) handler om få innblikk i og tolke pasienters beskrivelser når det gjelder erfaringer med sosiale relasjoner under lungerehabilitering hos personer med KOLS. Studien er inspirert av en tolkende

fenomenologi og har et kvalitativt design med 18 deltakere. I studien kom det frem at deltakerne følte seg hjelpeløse, ensomme, dårlig forstått av andre og til tider forsømt av helsepersonell. Deltakerne mente at lungerehabiliteringen bidro til fellesskap og støtte fra helsepersonell og meddeltakere i en trygg atmosfære. Dette gav dem også en følelse av tilhørighet. Det kom også frem at deltakelsen og støtten fra sosiale relasjoner i rehabiliteringsgruppen bidro til å mestre og tilpasse seg situasjonen sin lettere, noe som igjen hevet deres livskvalitet. Programmet oppmuntret også til sosialisering, fellesskap og velvære til tross for deres sykdom. Et viktig element i studien var viktigheten av å ha mulighet til å gi og få råd fra andre. Rehabiliteringsprogrammet ble en god kilde for blant annet å mestre stress med KOLS og skape nye sosiale nettverk som gjorde at deltakerne opplevde sosial integrasjon. Sosial kontekst beskrives som viktig i form av positive følelser, sosial integrasjon og støtte. I denne studien viste dette seg å heve deltakernes selvsikkerhet, motivasjon for selvomsorg og mer aktiv samfunnsdeltakelse og tillit til helsevesenet.

«Experiences of self-blame and stigmatisation for self-infliction among individuals living with COPD» (Halding, Heggdal & Wahl, 2011) belyser forståelse av hvordan pasienter med KOLS erfarer dagliglivet i et samfunn med stor vekt på tobakkskontroll. Det er en kvalitativ studie med 18 deltakere. 11 av deltakerne var tidligere røykere, mens fem av dem var nåværende røykere. Hovedfunnene i studien var bekymringer rundt sykdomsrelaterte utfordringer i hverdagen som begrenset pasientenes muligheter for sosial interaksjon. Et annet tema som kom frem i studien var at de følte seg «utestengt fra den sunne verden». Deltakerne følte misnøye fordi samfunnet dømte deres diagnose for å være selvpåført og røykrelatert. Konsekvensene av dette var at pasientene ble rammet av negative følelser og behov for å gjemme seg eller unnskyldte seg. Mangelen på støtte fra helsevesenet hindret også deltakerne i å mestre utfordringer knyttet til selvtillit og skyld. Den overordnede årsaken til at deltakerne følte seg slik var mangel på empati og støtte fra samfunnet for å mestre en langsiktig og invaliderende sykdom som KOLS.

«Older patients with late-stage COPD: Their illness experiences and involvement in decision-making regarding mechanical ventilation and noninvasive ventilation» (Jerpseth et al., 2018) er en artikkel som handler om å utforske sykdomserfaring for eldre pasienter med en alvorlig KOLS diagnose og for å utvikle kunnskap om hvordan pasienter oppfatter at deres ønsker om å bli inkludert i beslutningsprosesser blir ivarettatt. Dette gjelder behandling av mekanisk ventilasjon og/eller ikke invasiv ventilasjon. Studien er av kvalitativ design med et

fenomenologisk og hermeneutisk perspektiv for å oppnå og skape en dypere forståelse av personers erfaring. Tolv pasienter mellom 63 og 87 år fra tre sykehus i Norge deltok i undersøkelsen. Ti av deltakerne ble intervjuet i hjemmet, mens to ble intervjuet på sykehjem. Det kommer frem at alle pasientene som deltok i undersøkelsen beskriver livskvaliteten deres som skjør og byrdefull hvor de la stor vekt på vanskeligheter med å puste, smerter, angst, sosial isolasjon og ensomhet. Pasientene erfarte at angst og deres pustebesvær hadde påvirkning på hverandre. I tillegg kommer det frem i studien at pasientene beskriver sykdommen, spesielt pustebesvær, som en viktig årsak til at de hadde lite energi i hverdagen. Flertallet av deltakerne ønsket informasjon om deres prognose og fremtidig mestring av sykdommen. Det kom også frem i studien at pasientenes behov for omsorg og kommunikasjon angående deres eksistensielle bekymringer, ikke var tilstede eller tilstrekkelig. Pasientene opplevde også mangel på kjennskap og samarbeid med både sykepleiere og leger, noe som resulterte i at pasientene hadde vanskeligheter for å etablere tillit. Studien beskriver for at helsepersonell skal kunne gi kompetent behandling til pasienter med alvorlig KOLS, er det essensielt at de forstår hvordan pasientene opplever sin sykdom. Det kommer også frem i studien at disse pasientene er svært sårbar og har komplekse behov for omsorg og behandling. I denne studien ble ikke pasientene møtt av sykepleiere når det gjaldt å få informasjon om sykdommen eller å bli inkludert i beslutninger som tas i henhold til sykdommen.

Artikkelen «**Helsepedagogisk kompetanse, læring og mestring**» (Vågan, Eika & Skirbekk, 2017) er en oppsummert forskning og har som hensikt å gi en systematisk litteraturoversikt over studier som beskriver sentral helsepedagogisk kompetanse. Det presenteres følgende seks kompetanseområder: gruppeledelse, medisinsk fagkunnskap om diagnose og behandling, kommunikasjon, mestring og mestringsstrategier, pedagogikk og personlige egenskaper og holdninger. Disse kompetanseområdene viste seg i studiene at er viktige for at helsepersonell skal oppnå gode lærings- og mestringstilbud for pasienter.

4.2 Samlet analyse av resultatene

I to av studiene kom det spesielt frem at deltakerne med KOLS lidelse hadde nedsatt livskvalitet. Hjelpeløs, ensomhet, lite forstått av andre, angst, pustebesvær, skjør og byrdefull er noen av begrepene som beskriver hvordan deltakerne følte seg med KOLS diagnosen.

Mangel på støtte fra helsevesenet viste seg å ha stor innvirkning på pasienter med KOLS, da det hindret pasientene å mestre sykdommen. Dette kom frem i tre av forskningsartiklene. Den oppsummerte forskningen beskrev også kompetanseområder for helsepersonell som er viktig for å gi gode lærings- og mestringstilbud. Det var også to artikler som la vekt på hvor hjelpsom støtten og behandling fra helsepersonell var. Det bidro blant annet til bedre mestring av utfordringer med sykdommen som blant annet pustebesvær. Støtte fra familie og sosialt nettverk kom også frem, i to av artiklene, som avgjørende for at pasientene opplevde mestring av sykdommen og motivasjon for selvomsorg og tillit til helsevesenet.

5. Drøfting

I oppgaven har jeg valgt å legge litt ekstra vekt på begrepene kommunikasjon, brukermedvirkning og sosial støtte når jeg skal løse problemstillingen. Jeg begynner å drøfte kommunikasjon og hvordan sykepleier kan skape relasjon og tillit til pasienter med KOLS når en kommer inn i hjemmet til pasienten. Videre drøfter jeg punktene mestringsstrategier, brukermedvirkning og sosial støtte for å finne ut hvordan pasienter med KOLS kan oppleve mestring av sykdommen sin.

5.1 Å skape relasjon - kommunikasjon

I den oppsummerte forskningen til Vågan et al. (2017) nevnes det at kommunikasjon er en av flere viktige kompetanseområder for å kunne gi lærings- og mestringstilbud til pasienter. De beskriver flere forskjellige former for kommunikasjon som er viktig: aktiv lytting, å snakke forståelig og å benytte verbal kommunikasjon for å skape trygge omgivelser. Å bidra til mestring av sykdom og lidelse er en av måtene sykepleiere bistår syke mennesker på. For å oppnå dette etablerer sykepleieren tilknytning til den syke (Travelbee, 2001, s. 35). Som sykepleier kan en bruke personlige gjenstander i hjemmet til pasienten for å skape god kommunikasjon med pasienten. Dette kan bidra til at fokuset på sykdommen ikke blir like stort, at sykepleieren og pasienten etablerer relasjon mer effektivt og at pasienten kanskje bygger mer tillit til sykepleieren. Ved å ta i bruk personlige tema eller gjenstander i husstanden kan det være lettere å treffe pasientens interesse. Erfaringsmessig har jeg opplevd at pasienter som bor hjemme ofte blir mer engasjert når de får spørsmål om private emner. Eksempler på dette kan være hva som henger på veggen, om ungdoms- eller voksen livet deres og lignende. Når en viser interesse og deltar aktivt i samtale med pasienter, viser en også at en bryr seg, er til stede hos pasienten og lytter til det som blir fortalt. Sykepleieren må skape et klima som gjør at pasienten føler seg trygg, en må være nærværende, varm og være åpen fremfor pasienten slik at en kan oppnå gjensidig effekt (Hummelvoll, 2012, s. 424). Å mestre livet i gode og dårlige perioder handler blant annet mye om innstilling og hvilke holdninger en har. Grunnleggende holdninger endres gjennom aksept og tillit, både kroppslig og emosjonelt, til en selv og til omgivelsene (Samuelsen, 2010, s. 54).

Skal pasienter være villig til å ta i mot hjelp fra en sykepleier for å oppnå mestring, er det en forutsetning at det foreligger relasjon og tillit mellom sykepleieren og pasienten. Hummelvoll (2012, s. 424) beskriver at det er viktig med gjensidig tillit og akseptasjon i forholdet mellom

sykepleieren og pasienten, for at pasienten skal ønske å åpne seg. Kommunikasjon viser seg å være en viktig del for å kunne skape relasjoner og tillit. Travelbee (2001, s. 135) beskriver kommunikasjon som en prosess som kan bidra til et menneske-til-menneske-forhold og dermed oppnå sykepleiens mål og hensikt. I denne situasjonen vil god kommunikasjon være viktig for at sykepleieren skal oppnå å hjelpe pasienten med å forebygge og mestre utfordringer med KOLS.

En konsekvens av lite eller ingen relasjon og tillit til den syke, kan være at pasienten ikke vil ta i mot behandling eller kanskje pasienten får en dårlig opplevelse av behandlingen som blir gitt. Dette kan igjen medføre konsekvenser som for eksempel mistillit til helsevesenet i senere tid. En annen konsekvens av lite tillit, kan være at pasienten blir stresset av at sykepleieren kommer inn i hjemmet. På grunn av stress kan pulsen gå opp og pasienten merker kanskje mer ubehag når det gjelder pustebeviset som oppstår ved KOLS.

I det første møtet med pasienten og pårørende bør det settes av ekstra tid til å skape kontakt, ettersom den kontakten og relasjonen pasienten og pårørende etablerer med helsepersonell er veldig sensitiv i denne fasen (Birkeland & Flovik, 2014, s. 45). I artikkelen til Jerpseth et al. (2018) kom det frem at mangel på kjennskap og samarbeid mellom helsevesenet og pasienten gjorde det vanskelig å etablere tillit til helsepersonell. Artikkelen til Halding et al. (2010) beskrev at sosial integrasjon og støtte bidro til at pasientene fikk tillit til helsevesenet. Etter å ha sett på disse artiklene kommer det frem at godt samarbeid, kunnskap hos helsepersonell og sosial støtte er viktige elementer for at pasienten skal etablere tillit til helsepersonell. Tillit er med andre ord viktig for at pasienten og pårørende skal være villig til å ta i mot hjelp og dermed viktig for at helsepersonell skal kunne hjelpe pasienten til å mestre sykdommen sin.

Når en vet hvilke verdier og symboler som er passende for den enkelte pasienten kan en formidle ideer og kunnskaper på en bedre måte (Hummelvoll, 2012, s. 421). Det vil derfor være hensiktsmessig å skape gode relasjoner tidlig i forløpet slik at en kommer effektivt i gang med å oppnå målet og hensikten med behandlingen, som er å bidra til mestring ved KOLS. Erfaringsmessig har jeg opplevd at når relasjonen med pasienten er bygd opp blir det bedre flyt i hele behandlingsforløpet. Det vil si at både kommunikasjonen og samarbeidet fungerer bedre. Jeg opplevde også at pasientene ble tryggere på meg som sykepleierstudent ved at de fortalte om erfaringer rundt diagnosen sin på eget initiativ.

5.2 Mestringsstrategier

Mestringsoppfattelse og mestringsstrategier handler om å tro på egen evne til å mestre hverdagen. Tidligere erfaringer, personlighet, reaksjoner og støtte fra omgivelsene er også med på å avgjøre hvordan en person tolker hendelser og takler utfordringer (Bredland et al., 2011, s. 108). Valg av mestringsstrategier vil variere fra person til person (Lode, 2016, s. 44). Både personlighet og situasjon har betydning for valg av mestringsstrategier og hvordan en mestrer noe (Lode, 2016, s. 46). Skal en sykepleier kunne hjelpe den syke til å oppleve mestring, er det viktig å sette seg inn i hvordan den enkelte oppfatter sin egen sykdom (Travelbee, 2001, s. 36). Å få en oversikt over hvordan pasienten med KOLS selv ser på sin sykdom, kan for eksempel gjøres gjennom samtale med pasienten. I samtalen kan en for eksempel spørre om hvilke tanker pasienten med KOLS har om sykdommen, hvilke begrensninger pasienten har og kanskje hvilke mål pasienten vil oppnå. Denne samtalen går kanskje over en lengre periode, slik at det ikke blir for mye informasjon på en gang. For mye informasjon på en gang kan føre til at pasienten med KOLS ikke klarer å ta inn over seg det som blir sagt. Dermed er det sannsynlig at pasienten ikke oppnår målet om å mestre KOLS når en bor hjemme. Gjennom samtale kan sykepleieren og pasienten sammen komme frem til en plan med mål for å oppnå bedre mestring av KOLS, som for eksempel hvordan få bedre kontroll over pusten.

Det kan være utfordrende for pasienter å føle mestring og kontroll over noe når en får helsehjelp (Harris & Ursin, 2014, s. 169). Fra erfaring har jeg opplevd at noen pasienter ønsker at helsepersonell skal gjøre alt for eksempel under stell, selv om pasienten egentlig er i stand til å gjøre noe selv. Noen pasienter forklarte at det var fordi de var så vandt med at helsepersonell gjorde alt. Informasjon og undervisning kan være med på å styrke pasientens ressurser, slik at pasienten etter hvert kan ta ansvar for forebygging og behandling av sin egen sykdom (Almås, et al., 2015, s. 108). Det er derfor viktig at sykepleieren inkluderer pasienten i planlegging av mestring ved KOLS. Sykepleieren må være bevisst på at mestring, hjelpeløshet og håpløshet generaliseres. Derfor bør pasientens tidligere mestringserfaring benyttes i behandlingen (Harris & Ursin, 2014, s. 169).

I artikkelen til Apps et al. (2017) fikk deltakerne utlevert hver sin beskrivende manual som inneholdt blant annet informasjon om sykdommen, informasjon og administrering av medikamenter, strategier for målsetting og mestringsstrategier. Det viste seg at manualen

bidro til at deltakerne ble mer aktiv, fikk mer energi og mestret utfordringer med KOLS bedre. Det vil sannsynligvis være forskjell fra person til person i hvor stor grad en slik manual vil bidra til mestring. Utvikling av mestring er kun mulig når en opplever at en kontrollerer eller styrer noe (Harris & Ursin, 2014, s. 169). Det er derfor viktig å se på hvilke faktorer som kan bidra til at den enkelte pasienten opplever en viss kontroll over sin situasjon. Noen deltakere rapporterte i studien at den informasjonen de fikk gjennom samtale med sykepleiere og bruk av manualen var overveldende og skapte mer angst. Andre deltakere rapporterte at den var til stor hjelp for å bli bedre kjent med sykdommen og dermed kunne mestre utfordringer som pustebesvær, administrering av medikamenter og mestringsstrategier av sykdommen bedre (Apps et al., 2017). Dette viser at det kan være forskjell på folk. Som sykepleier bør en derfor tilpasse informasjon og undervisning til den enkeltes behov. På den måten kan en oppnå at pasienten håndterer utfordringer med KOLS som pustebesvær bedre og dermed oppleve bedre mestring og kontroll med sykdommen.

5.3 Brukermedvirkning

For at pasienten skal oppnå brukermidvirkning og være i stand til å medvirke er det for det første viktig at sykepleieren gir god informasjon om sykdommen til pasienten. Dette kan bidra til at pasienten tar mer fornuftige avgjørelser på bakgrunn av mer kunnskap. I praksis har jeg erfart at pasienter får grunnleggende informasjon om sykdommen som de forteller at de ikke har hørt før. Dette eksempelet erfarte jeg langt ut pasientens sykdomsforløp. Ved slike situasjoner kan det vurderes om pasienten har fått nok informasjon til å forstå hvilken betydning ulike avgjørelser om sykdommen har.

I studien til Jerpseth et al. (2018) kom det frem at flertallet av deltakerne ønsket informasjon om prognose og mestring av sykdommen, men at de ikke ble møtt av sykepleiere når det gjaldt informasjon eller å bli inkludert i beslutninger som ble tatt i henhold til sykdommen deres. Sykepleieren må være i stand til å forstå hva den syke kommuniserer og kunne bruke informasjonen til planlegging av sykepleie til pasienten (Travelbee, 2001, s. 135). For å oppnå dette vil det være viktig å ha et godt samarbeid mellom sykepleieren og pasienten. Opplever pasienten samarbeid, vil kanskje pasienten åpne seg mer og dermed kommunisere bedre og være villig til å gi mer informasjon om sin egen erfaring med sykdommen. Sykepleieren har ansvaret for tilrettelegging for pasientens medvirkning i den behandlingen som iverksettes (Kristoffersen, 2016, s. 246). Som fagperson kan en ikke legge bort fagkunnskapen og ikke ta

ansvar. Likevel er det den profesjonelle som må gi fra seg makten til brukeren (Bredland et al., 2011, s. 47). Det vil med andre ord være viktig å finne en balanse mellom å ivareta pasientens brukermedvirkning og bruk av sykepleierens fagkunnskap. Noen ganger må en bygge på brukerens evne til å medvirke, for eksempel når en person ikke har hatt ansvar på lenge (Bredland et al., 2011, s. 47). Når en person ikke har hatt ansvar på lenge kan det medføre at deres evne til å ta beslutninger er redusert. En konsekvens av dette kan være at pasienten tar valg som kanskje medfører for mye ansvar for tidlig i forløpet, eller at pasienten ikke opplever mer kontroll over sykdommen og mestring av utfordringer som pustebesvær. Mislykkes pasienten med valget som ble tatt kan det medføre at pasienten mister motivasjon til å prøve å oppnå mestring igjen. Dette underbygges også i pasient- og brukerrettighetsloven (1999) §3-1 hvor det siteres at «*medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon*».

I pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 3-1 legges det også vekt på retten pasienten har til å medvirke i planlegging og behandlingsmetoder. Som sykepleier er det derfor viktig å tenke på hvilke rettigheter pasienten har til blant annet å medvirke. Erfaringsmessig har jeg opplevd at pasientenes brukermedvirkning har en tendens til å bli «overkjørt» av sykepleiere som heller bruker sin fagkunnskap til å bestemme helsehjelpen. Definisjoner av brukermedvirkning varierer fra arbeidsplass til arbeidsplass (Jenssen, 2012, s. 51). Det kan derfor være nødvendig å orientere seg på den aktuelle arbeidsplassen hva de legger i ordet brukermedvirkning. Dette er blant annet for å hindre opplevelse av avvik når det gjelder brukermedvirkning. Brukermedvirkning er en forutsetning for en god mestringsprosess (Lode, 2016, s. 49). For at sykepleierne skal bidra til at pasienten med KOLS skal oppnå mestring av sykdommen er det nødvendig at pasienten får medvirke. Eksempler på dette kan være hva pasienten selv mener hjelper for å kontroll over pusten. Eventuelt kan sykepleieren gi informasjon om ulike metoder og teknikker som kan bidra til å lette på pusten, slik at pasienten kan være med å ta beslutninger på bakgrunn av tilstrekkelig informasjon og kunnskap om sykdommen.

Et alternativ for å gi god behandling til pasienten, kan være å lage en individuell plan. For det første gir dette mer personsentrert behandling, i stedet for generell behandling hos en person med KOLS. For det andre kan den individuelle planen lages sammen med pasienten og dermed inkludere pasientens ønsker, slik at en opplever brukermedvirkning. Med en individuell plan er det også større sannsynlighet for at pasienten gjennomfører behandlingen,

ettersom pasienten får være med å bestemme. På den måten kan en også tenke seg at det er større sannsynlighet for at pasienten opplever mestring. I tillegg til at en individuell plan kan være et godt alternativ for å oppnå mestring av sykdommen, har personer med behov for langvarige helsetjenester rett på å få utarbeidet en individuell plan (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 2-5). Målet med en individuell plan er at pasienten skal få et koordinert, helhetlig og individuelt tilpasset helsetilbud som baseres på pasientens situasjon, ressurser, behov og mål (Kristoffersen, 2016, s. 248).

5.4 Sosial støtte

Sosial støtte handler om å bli ivaretatt av andre og være en del av et nettverk med gjensidig hjelp og forpliktelse (Lode, 2016, s. 47). Ved alvorlig KOLS lever en med angst for åndenød, kvelning og redusert livskvalitet (Almås et al., 2015, s. 123). Dette er symptomer som ofte kan føre til stressituasjoner hos pasienten. Sosial støtte kan redusere og regulere uønskede psykologiske konsekvenser av stressituasjoner (Lode, 2016, s. 47). Pustebeviser var en av utfordringene deltakerne i studien til Apps et al. (2017) opplevde i en hverdag med KOLS. Andenæs (2007, s. 219) skriver at tidligere studier har vist at emosjonsfokusede mestringsstrategier som for eksempel distansering, å uttrykke følelser, selvvalgt isolasjon og spenningsreduksjon har blitt mye brukt for å lette på ubehag eller psykologisk stress i forhold til pustebeviser. Erfaringsmessig har jeg vært hos pasienter med KOLS som har fortalt at de er mindre engstelig når de har noen rundt seg, i hovedsak fordi de visste at det var noen tilstede hvis de skulle få store problemer med pusten. Disse pasientene uttrykte trygghet når de hadde sosial støtte i form av tilstedeværelse av familie og/eller helsepersonell.

I forbindelse med sosial støtte viste det seg i studien til Apps et al. (2017) at familien var viktig for tilrettelegging av emosjonelle årsaker, hjelp med oppgaver og å motta råd ved gjennomføring av dette programmet. Programmet bestod av en manual med innhold blant annet om bruk av pusteøvelser, brystklareringsteknikker og annen informasjon om sykdommen, som skulle bidra til at pasienter med KOLS skulle få bedre kontroll og mestring over sin egen sykdom. Sosial støtte er blant annet viktig for å oppnå mestring av sykdom som KOLS (Renolen, 2015, s. 175). Familien var viktige støttespillere for å hjelpe pasienten til å bruke manualen mer aktivt og dermed fikk de bedre kontroll over utfordringer ved KOLS som pustebeviser. Dette bidro også til at deltakerne opplevde større grad av mestring og kontroll over pusten sin. En av deltakerne kommenterte blant annet at aktiv bruk av manualen bidro til

at denne deltakeren kunne løpe til bussen, til tross for en alvorlig grad av KOLS (Apps et al., 2017). Gjennom den sosiale støtten fra familien om å bruke manualen mer aktivt oppnådde flertallet av deltakerne i studien mestring. Mens familien var viktig for emosjonell støtte, ble helsepersonell sett på som viktig for informativ støtte. I tillegg spilte helsepersonell en viktig rolle i denne studien hvor de ble beskrevet som viktig og tilgjengelig støtte.

I artikkelen til Halding et al. (2011) kom det frem at mangelen på støtte fra helsevesenet hindret deltakerne i å mestre utfordringer knyttet til selvtillit og skyld. Den overordnede årsaken til at deltakerne følte seg slik var mangel på empati og støtte fra samfunnet for å mestre en så langsiktig og invaliderende sykdom som KOLS. Samfunnet dømte deres sykdom til å være selvpåført på grunn av røyking. Ettersom røyking er en hovedårsak til KOLS, kan det være utfordrende for sykepleierens holdninger. Likevel skal ikke pasienten føle skyld eller at en ikke fortjener helsehjelp. Derfor må sykepleieren ha kunnskaper om hvilke tilbud som finnes, som for eksempel røykeavvenning og om hva som passer best for den enkelte pasient (Almås et al., 2015, s. 108).

Å være en del av et sosialt nettverk kan virke inn på tilpasning og mestring ved sykdom (Lode, 2016, s. 48). Skal sykepleieren kunne etablere et hjelpende forhold til pasienten er det viktig å engasjere seg seg følelsesmessig i den sykes liv. Dette bidrar blant annet til å skape et menneske-til-menneske-forhold (Travelbee, 2001, s. 205). Røyking er som nevnt tidligere en av hovedårsakene til KOLS (Almås, et al. 2015). På tross av det må sykepleieren se pasienten og det som er bak sykdommen, og ikke se på den syke med KOLS som noe personen har påført seg selv. Dette kan skape uenigheter og dårlig relasjon mellom pasient og sykepleier. Det kan da gå ut over pasientens motivasjon til å mestre sykdommen. Personer som opplever sosial støtte har større mulighet for å tilpasse seg sykdom. I tillegg kan det ha betydning for valget av mestringsstrategier (Lode, 2016, s. 48).

6. Avslutning

Ved å jobbe med denne oppgaven har jeg sett at både forskning og teori viser at det er mange som har utfordringer med KOLS. I mange tilfeller er det angst knyttet til pustebesvær som er den største utfordringen å mestre ved sykdommen. Det kan nevnes flere elementer som er nødvendig for at sykepleieren skal kunne hjelpe pasienten til å mestre sykdommen KOLS. I artiklene viste resultatene at det kreves tillit, bruk av tid, tilpasset informasjon og undervisning, og tilstrekkelig kunnskap hos helsepersonell. Sykepleieren må være nærværende, varm og åpen fremfor pasienten, og skape et klima som gjør at pasienten føler seg trygg. I tillegg må sykepleieren sette seg inn i hvordan den enkelte pasienten oppfatter sin egen sykdom, for å kartlegge hva som må til for at den enkelte skal oppleve mestring. Brukermedvirkning står også sentralt for å oppnå mestring, for eksempel ved å bli inkludert i å lage en individuell plan. Sosial støtte viser seg å være viktig for at pasienten skal oppleve mestring av KOLS. Sykepleieren må engasjere seg følelsesmessig i den sykes liv og være tilstede som støtte og motivasjon for å oppnå mestring av KOLS og selvomsorg.

Referanser

- Almås, H., Bakkelund, J., Thorsen, B. H. & Sorknæs, A. D. (2010). Sykepleie ved lungesykdommer. I H. Almås, D.-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.). *Klinisk sykepleie 1*. (4.utg, s. 107-164). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Andenæs, R. (2007). Å leve med lungelidelser. I E. Gjengedal & B. R. Hanestad (Red.). *Å leve med kronisk sykdom: en varig kursendring* (s. 208-232). Oslo: Cappelen Forlag AS.
- Apps, L. D., Harrison, S. L., Mitchell, K. E., Williams, J. E. A., Hudson, N. & Singh, S. J. (2017). A qualitative study of patients' experiences of participation in SPACE for COPD: a Self-management Programme of Activity, Coping and Education. *ERS Open Res*, 2017; 3: 00017-2017. doi: 10.1183/23120541.00017-2017
- Bredland, E. L., Linge O. A. & Vik, K. (2011). *Det handler om VERDIGHET og DELTAKELSE: Verdigrunnlag og praksis i rehabiliteringsarbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. & Trygstad, H. (2017). Kilder og kildekritikk. I O. Dalland. *Metode og oppgaveskriving* (6. utg., s. 148-165). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Bokförlaget Natur & Kultur.
- Gjengedal, E. & Hanestad, B. R. (2007). Om kronisk sykdom. I E. Gjengedal & B. R. Hanestad (Red.). *Å leve med kronisk sykdom: en varig kursendring* (s. 10-26). Oslo: Cappelen Forlag AS.
- Halding, A.-G., Heggdal, K. & Wahl, A. (2011). Experiences of self-blame and stigmatization for self-infliction among individuals living with COPD. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*: 2011; 25: 100-107. doi: 10.1111/j.1471-6712.2010.00796.x

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

Harris, A. & Ursin, H. (2014). Stress og mestring i et helsefremmende perspektiv. I Å. Gammersvik & T. Larsen (Red.). *Helsefremmende sykepleie: i teori og praksis* (s. 159-172). Bergen: Fagbokforlaget.

Helseatlas. (2017). *Forekomst av kols*. Hentet fra:

<http://www.helseatlas.no/sites/default/files/helseatlas-kols-forekomst.pdf>

Helsebiblioteket. (2016). Sjekklistor. Hentet fra:

<http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>

Hjalmarsen, A. (2012). *Lungerehabilitering: KOLS og andre lungesykdommer*. Oslo: Cappelen damm akademisk.

Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt - ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Jenssen, A. G. (2012). Brukermedvirkning — hva er så det? I A. G. Jenssen & I. M. Tronvoll (Red.). *Brukermedvirkning: likeverd og anerkjennelse* (s. 42-53). Oslo: Universitetsforlaget.

Kristoffersen, N. J. (2011). Den myndige pasienten. I N. J. Kristoffersen, P. Nortvedt & E.-A. Skaug (Red.). *Grunnleggende sykepleie 3: Pasientfenomener og livsutfordringer* (2. utg. s. 337-385). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J. (2016). Sykepleie — kunnskapsgrunnlag og kompetanseutvikling. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.). *Grunnleggende sykepleie 1: Sykepleie — fag og funksjon* (3. utg. s. 139-191). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Kristoffersen, N. J. (2016). Sykepleierens ansvar og arbeidsområder i helsetjenesten. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.). *Grunnleggende sykepleie 1: Sykepleie — fag og funksjon* (3. utg. s. 193-265). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Leivseth, L., Husebø, G. R., Melbye, H., Gronseth, R. Byhring, H. S., Olsen, F., ... Bakken, T. (2017). *Helseatlas kols: Bruk av helsetjenester ved kronisk obstruktiv lungesykdom i 2013-15*. (SKDE rapport Nr. 3/2017). Helse- og omsorgsdepartementet og Helse Nord RHF.
- Lode, K. (2016). Mestring. I A. K. T. Heggstad & U. Knutstad (Red.). *Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie* (4. utg. s. 40-55). Oslo: Cappelen damm.
- Mjell, J. (2015). Sykdommer i respirasjonsorganene. I S. Ørn, J. Mjell & E. Bach-Gansmo (Red.) *Sykdom og behandling* (2. utg. s. 209-242). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Nafstad, P. (2014, 30. juni). *Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) i Norge*. Folkehelseinstituttet. Hentet fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/helse-og-sykdom/kronisk-obstruktiv-lungesykdom-kols/>
- Norsk Helseinformatikk. (2018, 12. mars). *Kronisk obstruktiv lungesykdom*. Hentet 23. april 2018 fra: <https://legehandboka.no/handboken/kliniske-kapitler/lunger/tilstander-og-sykdommer/obstruktive-sykdommer/kols/>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Samuelsen, A. G. (2010). *Kunsten i tilstedeværelse*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Vedlegg 1

Artikkel	Hensikt	Metode og datainnsamling	Utvalg	Resultat
Apps et al., (2017) <i>«A qualitative study of patients' experiences of participating in SPACE for COPD: a Self-management Programme of Activity, Coping and Education»</i>	Hensikten med denne studien er å få en forståelse over pasienters erfaringer når det gjelder deltakelse gjennom et selvstyrende program, om aktivitet, mestring og utdanning, for pasienter med KOLS.	Det er en kvalitativ studie hvor det ble holdt intervjuer både seks uker og seks måneder etter programmet startet. Alle intervjuene ble tatt opp digitalt.	40 intervjuer ble utført med 36 deltakere i studien. 16 intervjuer ble utført etter 6 uker og 24 intervjuer ble intervjuet etter 6 måneder.	Etter seks uker mente deltakerne at de kunne bruke manualen som en ressurs for å mestre sykdommen. Etter seks måneder måtte en del finne tilbake til manualen for å repetere og bli mer berolig.
Halding, Wahl & Heggdal (2010) <i>«'Belonging'. 'Patients' experiences of social relationships during pulmonary rehabilitation»</i>	Hensikten med studien er å få et innblikk i og tolke pasienters beskrivelser av erfaringer med sosiale forhold under lunge-rehabilitering for personer med KOLS.	Studien er inspirert av tolkende fenomenologi og bruker kvalitativ metode. Det ble gjennomført intervju to ganger hos hver deltaker. Det ble tatt opp lydopptak av	Studien bestod av 13 menn og fem kvinner, hvor alle bodde hjemmet. 12 av dem bodde med familie, mens seks bodde alene.	Deltakerne rapporterte at rehabiliterings-programmet bidro til en følelse av tilhørighet. De beskrev også barrierer som hindret dem i å få en følelse av tilhørighet.

Artikkel	Hensikt	Metode og datainnsamling	Utvalg	Resultat
		alle intervjuene, med ett unntak.		
Halding, Heggdal & Wahl (2011) <i>«Experiences of self-blame and stigmatisation for self-infliction among individuals living with COPD»</i>	Studiens hensikt er å få en forståelse over hvordan pasienter med KOLS erfarer hverdagen med et samfunn som har et stort fokus på tobakkskontroll.	Studien benytter kvalitativ metode. Deltakerne består av 13 menn og fem kvinner, hvor alle har KOLS. De ble alle invitert fra lunge-rehabiliteringsenheter.	Det deltok 18 deltakere hvor 13 var menn og 5 var kvinner. De var alle i alderen mellom 52-81 år.	Deltakerne opplevde stor misnøye mot samfunnet som følge av mangel på empati og støtte fra samfunnet.

Artikkel	Hensikt	Metode og datainnsamling	Utvalg	Resultat
Jerpseth et al. (2018) <i>«Older patients with late-stage COPD: Their illness experiences and involvement in decision-making regarding mechanical ventilation and noninvasive ventilation»</i>	Hensikten med studien er å utforske sykdoms-erfaringen for eldre pasienter med alvorlig KOLS og for å utvikle kunnskap om hvordan pasienter oppfatter å at deres ønsker blir inkludert når det gjelder beslutnings-prosesser angående mekanisk- og ikke-invasiv ventilasjon.	Studien følger et kvalitativ design med et fenomenologisk og hermeneutisk perspektiv. Alle deltakerne var informert skriftlig og muntlig om alt som innebar å delta.	Syv kvinner og fem menn fra et universitets-sykehus og to distriktsykehus deltok i undersøkelsen. Alle deltakerne var 65 år eller eldre og hadde diagnosen alvorlig KOLS. Ingen av deltakerne var innlagt på sykehus under intervjuene.	Tre hovedtema kom frem i studien: ensomhet knyttet til sykdommen, skjørt liv som følge av pustebesvær, smerter og angst, og det tredje hovedtema handlet om hvordan pasientens erfaring med bruker-medvirkning i forbindelse med beslutninger om omsorg og behandling.

Artikkel	Hensikt	Metode og datainnsamling	Utvalg	Resultat
Vågan, Eika & Skirbekk (2017) « <i>Helsepedagogisk kompetanse, læring og mestring</i> »	Hensikten med studien er å gi en oversikt over studier som beskriver sentral helsepedagogisk kompetanse for å styrke læring og mestring blant brukere, hvor bruker-medvirkning står sentralt.	Det er inkludert både kvantitative og kvalitative studier. Artiklene som er brukt er internasjonale artikler og er skrevet på engelsk.	Totalt 16 forskjellige studier ble inkludert i denne forskningen etter kvalitetsvurdering av artiklene.	Det kom frem seks kompetanse-områder som er viktig for lærings- og mestringstilbud: gruppeledelse, medisinsk fagkunnskap om diagnose og behandling, kommunikasjon, mestring og mestringsstrategier, pedagogikk og personlige egenskaper og holdninger.