



Høgskulen  
på Vestlandet

# BACHELOROPPGÅVE

Meistring hjå pasientar med  
kronisk obstruktiv lungesjukdom

**Elisabeth Vollstad Hansen**

Bachelorutdanning i sjukepleie  
Faktuelt for helse – og sosialvitskap/Institutt for  
helse – og omsorgsvitskap/Sjukepleie Førde  
Mona Hamnes Christensen  
Innleveringsdato 30.11.2018

Eg stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10

## **Samandrag**

### **Tittel**

Meistring hjå pasientar med kronisk obstruktiv lungesjukdom.

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

I følgje Helsedirektoratet (2012, s. 9) har kronisk obstruktiv lungesjukdom utvikla seg til å bli eit folkehelseproblem, og førekomsten av sjukdomen aukar. Som sjukepleiar vil ein kunne møte kols pasientar i store deler av helse sektoren, og det er difor viktig å ha kunnskap om korleis sjukdomen verkar inn på livssituasjonen til pasienten og korleis sjukepleiar kan hjelpe pasienten til meistring.

### **Problemstilling**

Korleis kan sjukepleiar bidra til meistring hjå kols pasientar?

### **Metode**

Denne oppgåva er ein litteraturstudie som baserar seg på eksisterande forskning, pensum – og faglitteratur og egne erfaringar.

### **Funn og konklusjon**

Forskning viser at deltakarane hadde vanskar med å akseptere sjukdomen, og hadde lite kunnskap om den. Dei fleste opplevde angst i forbindelse med akutt andenød, og dette bidrog til lite sosial støtte. Å møte helsepersonell utan kunnskap og handlingskompetanse blei sett på som kritiske hendingar.

Ved å akseptere sjukdomen kan pasientane ha betre føresetnadar for å mestre sjukdomen. Å gje undervisning og rettleiing kan hjelpe pasienten til å få ei forståing av sin helsetilstand, og vurdere alvorsgrad. Kontinuerleg omsorg frå sjukepleiar viser seg å gje tryggleik og håp, to viktige faktorar for å mestre sjukdom. God undervisning og rettleiing av hjelpemiddel kan føre til at deltakarane har moglegheit for å delta sosialt og vere saman med familie og venner. Sosial støtte viser seg å vere viktig for meistring av sjukdom.

**Nøkkelord:** Kronisk obstruktiv lungesjukdom, meistring, angst, undervisning og sosial støtte.

## Innholdsfortegnelse

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1.0 Innleiing</b> .....  | <b>1</b>  |
| 1.1 Bakgrunn for val av tema .....  | 1         |
| 1.2 Presentasjon av problemstilling .....   | 1         |
| 1.3 Presisering og avgrensing av problemstilling.....   | 2         |
| 1.4 Løsning av oppgåva.....   | 2         |
| <b>2.0 Metode</b> .....   | <b>3</b>  |
| 2.1 Litteraturstudie.....   | 3         |
| 2.2 Søkeprosessen.....  | 3         |
| 2.3 Kjeldekritikk .....   | 4         |
| <b>3.0 Teoridel</b> .....   | <b>6</b>  |
| 3.1 Kronisk sjukdom.....  | 6         |
| 3.2 Kronisk obstruktiv lungesjukdom.....  | 6         |
| 3.3 Heimesjukepleie .....   | 7         |
| 3.4 Angst.....  | 7         |
| 3.5 Yrkesetiske retningslinjer .....  | 7         |
| 3.6 Tryggleik og håp .....  | 8         |
| 3.7 Sjukepleiar sin pedagogiske funksjon .....  | 8         |
| 3.8 Relasjon .....  | 9         |
| 3.9 Sosial støtte .....   | 9         |
| 3.10 Antonovskys salutogenesemodell .....   | 9         |
| <b>4.0 Resultat/Funn</b> .....  | <b>10</b> |
| 4.1 «Meaning of living with severe chronic obstructive lung disease: a qualitative study».....  | 10        |
| 4.2 «Experience of anxiety among patients with severe COPD: A qualitative, in-depth interview study». ...                                       | 10        |
| 4.3 «COPD transitions in health and self management: service users' experiences from everyday life». ....                                       | 10        |
| 4.4 «Creating a balance between breathing and viability: experiences of well-being when living with chronic obstructive pulmonary disease»..... | 11        |
| <b>5.0 Drøfting</b> .....   | <b>12</b> |
| 5.1 Å akseptere situasjonen .....   | 12        |
| 5.2 Dyspné og angst .....   | 13        |
| 5.3 Trygg – og kontinuerleg omsorg .....  | 15        |
| 5.4 Undervisning og rettleiing .....  | 16        |
| <b>6.0 Konklusjon</b> .....   | <b>19</b> |
| <b>7.0 Litteraturliste</b> .....  | <b>20</b> |

## 1.0 Innleiing

### 1.1 Bakgrunn for val av tema

I følgje nasjonale retningslinjer (Helsedirektoratet, 2012, s. 9) har kronisk obstruktiv lungesjukdom utvikla seg til å bli eit folkehelseproblem, og førekomsten er aukande både i Noreg og i resten av verda. Sjukdomen er i dag både nasjonalt og globalt den største gruppa av lungesjukdommar (Markussen, Wang & Norstein, 2001, s. 522). Omkring 400 000 menneske i Noreg har kols, og av desse er det omlag 300 000 menneske som ikkje er klar over at dei har diagnosen. Mange trur den dårlege pusten oppstår på grunn av alder og dårleg trening. Sjukdomen utviklar seg over fleire år, og dei fleste som blir ramma er over 40 år (Landsforeningen for hjerte – og lungesyke [LHL], 2014, 1. avsn.)

Kols har i dei seinaste åra fått meir oppmerksomheit i den norske befolkninga, og sjukdomen er, etter hjerte – og karsjukdommar og ondarta svulstar, ein av dei hyppigaste årsakene til død (Helsedirektoratet, 2012, s. 9). Rapport frå Statistisk sentralbyrå ([SSB], 2013, 1. avsn.) viser at omkring 41 900 menneske busett i Noreg døde i 2012. 10 % av desse dødsfalla skuldast lungesjukdommar. Kols vil i dei komande åra få stadig større betyding både for sjukelegheit og dødelegheit, og det er forventa at sjukdomen innan 2020 vil auke både i førekomsten og alvorsgrad, slik at den vil bli den femte største årsaka til tapte leveår på grunn av nedsett funksjonsevne og tidleg død (Markussen et al., 2001, s. 523).

Då kols rammar ein stor del av befolkninga, vil ein som sjukepleiar kunne møte pasientar med sjukdomen i både spesial – og kommunehelsetenesta. Under utdanninga har eg møtt få pasientar med kols og har difor lite erfaring med den omfattande sjukdommen. Det som midlertidig har gjort inntrykk på meg, er korleis sjukdommen opplevas for den einskilde pasient, og ønskjer gjennom denne oppgåva å lære meir om korleis kols kan påverke kvardagen og livssituasjonen deira, og korleis sjukepleiar kan bidra til meistring.

### 1.2 Presentasjon av problemstilling

*Korleis kan sjukepleiar bidra til meistring hjå kols pasientar?*

I problemstillinga har eg valt å bruke omgrepet «meistring». I følgje Benner og Wrubel kan meistring definerast på denne måten:

Det folk gjør når det de opplever som meningsfullt blir revet opp og deres vanlige fungeringer bryter sammen. Fordi målet med meistring er å finne mening igjen, er ikke meistring en rekke strategier som folk kan velge fritt blant uten begrensinger. Meistring er alltid begrenset av dei meningsinnholdene og konsekvensene som er knyttet til det som anses som stressende.

(henta frå Konsmo, 1995, s. 84)

### 1.3 Presisering og avgrensing av problemstilling

I følgje landsforeining for hjarte – og lungesjuka (LHL, 2014, KOLS) aukar førekomsten av sjukdomen, og dei fleste som får påvist kols er eldre enn 40 år. Difor ynskjer eg å rette problemstillinga mi til eldre personar over 40 år, og har avgrensa søket i databaser til 65 år +. Det er i heimen pasienten lever det daglege livet med sin sjukdom og si funksjonsvikt, eg vel difor å fokusere på kols pasientar i heimesjukepleie (Birkeland & Flovik, 2014, s. 28). I følgje GOLD- kriteria har sjukdomen fire stadium, og i oppgåva har eg valt å avgrense til pasientar med middels – til svært alvorleg kols, då det er på desse stadia symptoma utviklar seg og påverkar livssituasjonen i større grad (Almås, Bakkelund, Thorsen & Sorknæs, 2010, s. 123). I oppgåva har eg valt å utelukke medisinsk behandling og pårørande si rolle, ikkje fordi det ikkje spelar inn, men fordi det blir for omfattande å ha med i oppgåva. Då forskinga som eg har funne viser til både kvinner og menn har eg valt å ikkje avgrense til eit bestemt kjønn.

### 1.4 Løysing av oppgåva

Til no har eg lagt fram bakgrunn for val av tema og problemstilling med avgrensing og presisering. Vidare kjem metode kapittelet der eg skal gjere greie for søkeprosessen for utvalt litteratur. Her inngår òg kjeldekritikk. I teoridelen presentera eg teori knytt til problemstillinga, før eg i drøftingskapittelet drøftar problemstillinga opp mot dei ulike teoriane og forskingsresultata.

## 2.0 Metode

Metode kan fortelle oss noko om korleis vi burde gå til verks for å etterprøve og samle inn kunnskap. Sosiologen Vilhelm Aubert formulera metode på denne måte: «En metode er en framgangsmåte, 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» (henta frå Dalland, 2017, s. 51) Metoden er verktøyet vårt i møtet med noko vi vil undersøke, og kan hjelpe oss til å samle inn data, altså den informasjonen vi treng til undersøkinga vår. Vi har både kvalitative – og kvantitative metodar. I dei kvalitative metodane finn ein data som beskrive opplevingar og følelsar, medan ein i kvantitative metodar får data i form av målbare einingar (Dalland, 2017, s. 52). I denne oppgåva har eg brukt kvalitative data.

## 2.1 Litteraturstudie

Denne oppgåva er ein litteraturstudie. Thideman (2015, s. 79) beskrive litteraturstudie som «ein studie som systematiserer kunnskap fra skriftlege kilder». Hensikta med metoden er å gje lesarane ein god oppdatert og god forståing av kunnskapen på det område som problemstillinga etterspør, og vise korleis ein har funne fram til denne kunnskapen.

## 2.2 Søkeprosessen

For å finne gode engelske søkeord til å bruke i database brukte eg SveMed+. Starta med søkeordet «kols» og fekk opp 554 treff. Gjekk inn på den første artikkelen som kom opp, bladde heilt ned på sida og fant 15 MeSH termar på engelsk. Valte «Pulmonary Disease, Chronic Obstructive». Fann deretter ni synonym ord. Brukte tre av desse i søkeprosessen, «Chronic Obstructive Pulmonary Disease», «COPD» og «Chronic Obstructive Airway Disease». Søkta så opp «mestring» i same database og fekk opp 1929 treff. Gjekk inn på ein artikkel som kom opp og bladde heilt ned på sida til MeSH termane. Der valte eg «adaptation, psychological». Trykte på engelske synonymord og valte ut tre ord, «Coping», «Coping Skills» og «Behavior, Coping». Siste ordet eg søkte opp var «hjemmesykepleie». Fekk 56 treff, trykte inn på ein artikkel og bladde ned på sida, og valte «home health nursing».

Det første søket blei gjennomført i Academic Search Elite, der medline og cinahl var inkludert. Først kombinerte eg synonymorda «copd», «pulmonary disease, chronic obstructive» og «chronic obstructive, pulmonary disease» med «or». Dette gav 102 742 treff. Deretter søkte eg «coping», «adaptation psychological» og «home health nursing» med «or». Då fekk eg opp 223 305 treff. Eg kombinerte desse søka med «and» og fekk 799 treff. Vidare avgrensa eg til tidsperioden 2010-2018, engelskspråklege artiklar og 65 år +. Dette resulterte i 183 treff. Eg las over alle overskriftene, las 10 samandrag før eg vidare lasta ned og leste tre artiklar som eg har valt å bruke i oppgåva. Det var artikkel nr. 29, «Experience of anxiety among patients with severe COPD: A quality,, in-depth interview study», artikkel nr. 65, «Meaning of living with severe chronic obstructive lung disease: a qualitative study» og nr. 75, «Creating a balance between breathing and viability: experiences of well-being when living with chronic obstructive pulmonary disease».

Det andre søket gjennomførte eg i Oria. Eg søkte opp «copd» og «everyday life» med «and», avgrensa til 5 år og engelskspråklege artiklar. Dette gav 2028 treff. Før eg rakk å avgrense noko meir, la eg merke til overskrifta og forfattarane av artikkel to. To av forfattarane var Halding og Grov, lærarar på Høgskulen og overskrifta var «COPD transitions in health and self management: service users' experiences from everyday life». Eg las samandraget og vidare heile artikkelen. Denne artikkelen har eg valt å bruke i oppgåva, og avgrensa difor ikkje søket noko meir.

For å finne relevant og god faglitteratur til løysing av oppgåva mi, har eg brukt «Oria», som ligg på skulen si heimeside. Andre bøker har eg funne i pensum lister i ulike emne.

## 2.3 Kjeldekritikk

Kjeldekritikk har to sider ved seg. Den første handlar om å finne fram til kunnskap som ein ynskjer å bruke, altså søkeprosessen, som eg har beskrive ovanfor. Den andre delen handlar om å gjere greie for den litteraturen ein har valt å bruke i oppgåva. Det handlar om å karakterisere og vurdere den kunnskapen som ein har funnet (Dalland, 2017, s. 152).

For å finne forskning til oppgåva har eg brukt Academic Search Elite og Oria, dette er to databaser som skulen viser til på si heimeside. Kols er eit stort tema og det er mykje forskning på dette feltet. I søkeprosessen var eg difor bevisst på avgrensing når det gjeld tidsperiode, og valte å ikkje bruke forskning som var eldre enn 10 år. Fagfeltet endrar seg fort, og eg ynskjer fagleg oppdatert forskning i løysing av oppgåva mi. Mange av dei bøkene som eg har brukt i løysing av oppgåva er pensum bøker

og som difor er kontrollert av lærarar. Når det gjeld tidsperiode på pensum – og faglitteratur har eg ikkje valt bøker som er meir enn 10 år gamle, med unntak av nokre få bøker. Desse har eg likevel valt å ta med då dei er relevante og har blitt brukt i undervisning. Dei fire artiklane som eg har valt i oppgåva er engelskspråklege artiklar, og eg har difor måtte oversett artiklane etter beste evne. Det kan likevel ha blitt tolka på ein annleis måte. Sjølv om eg avgrensa søket til 65 år +, ser eg likevel at nokre få deltakarar er under 65 år, men eg vel likevel å bruke artiklane då deltakarane er over 40 år. Busituasjonen til deltakarane kjem ikkje klart fram i alle artiklane, men dei fleste kols pasientar bur heime. Eg meiner dei fire artiklane som eg har valt er relevante og pålitelege.

Å referere kjeldene som ein har brukt på riktig måte, er ein del av retningslinjene for oppgaveskriving. I oppgåva har eg prøvd å halde meg til primærkjelde, men nokre plassar har eg brukt sekundærkjelde. Dette gjeld i pensum – og faglitteratur, og i desse tilfella har eg valt å stole på sekundærkjelda.



## 3.0 Teoridel

### 3.1 Kronisk sjukdom

Gjengedal og Hanestad (2007) meiner det er vanskeleg å gje ein dekkande definisjon på kronisk sjukdom, både på grunn av at det stadig kjem fleire nye sjukdomar og fordi det er store variasjonar i sjukdomspanoramaet. Dei vel å bruke definisjonen til sjukpleiarane Mary Curtin og Ilene Lubkin: «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» (henta frå Gjengedal & Hanestad, 2007 s. 13).

### 3.2 Kronisk obstruktiv lungesjukdom

Kols er forkorting for kronisk obstruktiv lungesjukdom. Tidlegare blei kols betekna som ein samansett lungesjukdom kor astma, emfysem og kronisk bronkitt er til stades i varierende grad. WHO utforma i 2001 ein ny definisjon av kols, som ein sjukdomstilstand med luftrøyrers forsnevring som kan bli betre med behandling, men ikkje heilt bra. Luftrøyrers forsnevringane er vanlegvis både aukande og forbundet med unormal betennelsesprosess i lungene på grunn av giftige gassa eller partiklar. Det er i bronkiane og alveolane dei patologiske endringane oppstår (Hjalmarsen, 2012, s.71).

Den vanlegaste **årsaka** til kols er røyking (LHL, 2014, Årsaker og risikofaktorar). Likevel er det kun eit mindretal av dei som røyker som får sjukdomen. Dette er med på å styrke teorien om at det også er genetiske årsaker til utvikling av kols. Førekomsten av sjukdommen aukar med alderen, og høg alder og røyking har ein gjensidig forsterkande effekt på sjukdomsutvikling. Andre dokumenterte årsaker til kols er (Almås et al., 2010, s. 122):

- Passiv røyking
- Astma er ein risikofaktor for utvikling av kols
- Hyppige lungeinfeksjonar i barndommen gjev redusert lungefunksjon og hyppigare kroniske lungesjukdomar i voksen alder
- Langvarig og høg yrkeseksponering for kjemikaliar (gassar, irritantar og røyk) og støv.
- Innandørs forureining frå fossile brennstoff brukt til oppvarming i dårleg ventilerte boligar og matlaging.
- Utandørs luftforureining som bidreg til lungenes totale belastning av inhalerte partiklar.

**Symptom** på sjukdomen kjem ofte snikande over fleire år, samstundes som lungefunksjonen blir nedsett. Ein kan miste ein god del av lungefunksjonen før ein merkar at det hemmar dagleg aktivitet. Nokre pasientar oppleve at sjukdomen kjem brått, som regel i forbindelse med ein luftvegsinfeksjon. Ofte oppstår dyspné på grunn av den nedsette lungefunksjonen. Både symptom og plager avhenger av kor langt sjukdomen er komen. Dei vanlegaste symptomata er hoste og auka slimproduksjon, piping i brystet, aukande luftvegsinfeksjonar og dyspné (Markussen et al., 2001, s. 525).

### 3.3 Heimesjukepleie

Heimesjukepleie kan definerast på denne måten:

Hjemmesykepleie er helsehjelp, herunder pleie og omsorg, som utføres av profesjonelle til en pasient og dennes pårørende i pasientens eget hjem, der fokus primært er rettet mot å ivareta pasientens grunnleggende behov. Videre er fokus på trivsel, velvære, funksjonsnivå, helsetilstand og pasientens opplevelse av sin situasjon sentralt. En viktig funksjon for hjemmsykepleien er å være et alternativ til institusjonsomsorg. Hjemmesykepleien dekkes ellers en vid skala av oppgaver, fra besøk som har en ren forebyggende funksjon, til rehabilitering og terminal pleie. (Birkeland & Flovik, 2014, s. 14)

### 3.4 Angst

Angst og frykt er ein reaksjon på noko som kan opplevast truande. Frykta har ei klar kjelde medan angsten har ei uklar kjelde. Angsten kan kome raskt på oss, og det finnast fleire grader av angst. Tilbakevendande og sterk angst kan vere hemmande for livsutfoldinga og må takast på alvor. (Renolen, 2015, s. 193).

### 3.5 Yrkesetiske retningslinjer

Dei yrkesetiske retningslinjene gjelde for norske sjukepleiarar, og bygger på det internasjonale sjukepleiarrådet sine grunnprinsipp. Retningslinjene beskrive ideal for gode, moralske og praktiske handlingar innanfor sjukepleie, og desse vil vere eit reiskap for refleksjon og fagleg argumentasjon, og dei vil kunne gje retning for handlingar i praksis. Yrkesetikken bygger på verdiar som barmhjertigheit, omsorg og respekt for grunnleggande menneskerettigheitar. Sjukepleiaren si

fundamentale plikt kan beskrivast gjennom fire punkt, å fremme helse, å førebygge sjukdom, lindre lidning og sikre ein verdig død (Sneltvedt, 2016, s. 100).

Kommunane er pålagt å tilby bestemte tenester, slik som helse - og omsorgstenestelova seier, og tenestene som blir gitt skal vere forsvarlege. Kravet om fagleg forsvarlegheit gjeld både for den enkelte tilsette, sjukepleiaren og verksamheita, heimesjukpleie. Kravet om forsvarleg yrkesutøving er delt i to; hjelpa skal vere innanfor fagleg aksepterte normer, og den skal ytast på ein omsorgsfull måte. Dette handlar om at sjukepleiehandlingane skal vere basert på vitskap og tiltak som har dokumentert effekt, som er allment akseptert innanfor sjukepleie faget (Lunde, 2016, s. 178).

### 3.6 Tryggleik og håp

Innan for sjukepleie har ofte tryggleik blitt sett på som eit behov. Den humanistiske psykologen Abraham Maslow skil mellom vekstbehov og mangelbehov. Behova er hierarkisk oppbygd, der grunnleggjande behov som behov for drikke, mat og søvn kjem først, så kjem behovet for tryggleik etter. Han meiner tryggleik handlar om behov for forutsigbarheit og beskyttelse. Han brukar også omgrepet «safety needs», som rommar meir enn det norske uttrykket. Her inngår også sikkerheit, til dømes at pasienten skal bli beskytta mot å få liggesår eller å dette ut av senga (Henta frå Thorsen, 2011, s. 110).

I følgje Travelbee (2001, s. 117) har håp lenge vore sett på som ein motiverande faktor bak menneskeleg åtferd. Håp er ein mental tilstand som karakteriserast ved eit ynskje om å nå fram til eller oppfylle eit mål. Renolen (2015, s. 174) deler håp inn i to typar, spesifisert og universelt håp. Eit spesifisert håp er knytt til noko bestemt som ein håpar på, til dømes at ei behandling skal fungere. Eit universelt håp er knytt til ei generell tru på framtida og kan hjelpe vedkomande med å kaste eit positivt lys over livet. Håp er sentralt for menneske si meistring, og det er håpet som gjer det meningsfullt for alvorleg sjuke å hente fram ytre og indre ressursar.

### 3.7 Sjukepleiar sin pedagogiske funksjon

Sjukepleiaren sin pedagogiske funksjon innebere alle oppgåver til hensikt å legge til rette for vekst, læring, utvikling og meistring hjå pasientar, klientar, pårørande og studentar. Dette kan både vere undervisning, rettleiing og informasjon. Det kan innebere å auke kompetansen slik at ein meistrar å leve med ei sviktande helse, meistrar å setje ein injeksjon, meistrar å måle blodsukkeret eller meistrar å bruke ein inhalasjon (Tveiten, 2008, s. 31).

### 3.8 Relasjon

Fagleg kompetanse er ein fagperson sin evne til å forstå og for halde seg til de krava som møter ein i yrkessamanheng. Fagfolk treng to bein å stå på, både den kommunikative relasjonskompetansen og den instrumentelle handlingskompetansen. Relasjonskompetanse handlar om å forstå og å samhandling med dei menneske ein møter i yrkessamanheng på ein hensiktsmessig og god måte (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 11). I følgje Eide & Eide (2004, s. 124) er hjelparen sin evne til å skape ein god relasjon viktig for behandlingsresultatet. Handlingskompetanse er kunnskap og ferdigheitar som gjer ein i stand til å gjere noko med den andre eller for den andre. Hjå ein dyktig fagperson er desse to fletta saman (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 11).

Å kommunisere i yrkessamanheng skil seg frå kommunikasjon i dagleglivet. God profesjonell kommunikasjon er kommunikasjon som er egna til å ivareta brukarar på ein god måte og til å fremme yrke sitt formål. Gode kommunikasjonsferdigheitar hjelpe oss til å forstå brukaren som person, til å yte betre støtte, omsorg og hjelp, og til å stimulere personen si utvikling på best mogleg måte (Eide & Eide, 2014, s. 23).

### 3.9 Sosial støtte

Kva er sosial støtte? Ein kan studere sosial støtte på to ulike måtar, personen si oppleving av sosial støtte og den objektive tilgjengelege støtta som til dømes venner, familie eller andre gjev. Sosial støtte er sentralt i meistring av ulike livshendingar, og for ein som er i ein vanskeleg situasjon er opplevd sosial støtte viktig (Renolen, 2015, s. 175).

### 3.10 Antonovskys salutogenesemodell

Antonovsky skapte omgrepet «salutogenese», som handlar om kva som helde eller gjer oss friske. Omgrepet er det motsette av «patogenese», årsaker til utvikling av sjukdom eller sjukelege tilstandar. I salutogenetisk tenking oppfattast helse som eit kontinuum, i staden for at vi enten er sjuke eller friske. Fokuset ligge på individets historie, kva meistringsevne har personen tidlegare vist? Opplevinga av samanhengen (OAS) er eit omgrep i teorien som består av tre komponentar; begrepelegheit, handterbarheit og meningsfyltheit. Begrepelegheit handlar om kognitiv forståing, personen må forstå kva som skjer. Handterbarheit handlar om ein følelse av at utfordringa kan handterast. Den siste, meningsfyltheit, skapar lyst til å finne meir forståing og dei ressursane ein har til rådighet. Desse tre komponentane heng saman. Høg meningsfyltheit gjer at motivasjonen aukar for å søke etter meistringsressursar (Henta frå Renolen, 2015, s. 172).

## 4.0 Resultat/Funn

### 4.1 «Meaning of living with severe chronic obstructive lung disease: a qualitative study».

Studien blei gjennomført for å utforske kva det betyr for personar å leve med kols som ein kronisk, ikkje kurativ og konstant presserande sjukdom. Studien er tysk, basert på intervju og det var totalt 17 pasientar med langt komen kols som deltok. I analysen kom det fram at deltakarane hadde vanskar med å akseptere livssituasjon. Over ein lenger periode hadde dei liten følelse av å vere sjuk, dette på grunn av lite kunnskap om sjukdommen, sein presserande og usikre kjenneteikn på kliniske symptom. Mange hadde også liten kunnskap om årsak til sjukdomen. I følgje deltakarane hadde legane forklart sjukdomen på ein utforståeleg måte, noko som gjorde til at dei tolka sjukdomen sjølv. Dette resulterte i at dei ikkje såg alvorsgrada (Marx et al., 2016, s.1).

### 4.2 «Experience of anxiety among patients with severe COPD: A qualitative, in-depth interview study».

Målet med denne studien var å undersøke alvorleg sjuke kols pasientar si erfaring med angst og deira strategiar for å lindre angst. Dette er ein kvalitativ studie som blei gjennomført ved hjelp av grundig intervjuundersøkingar. Totalt 31 pasientar var inkludert i studien. Resultata viste at fleire deltakarar hadde opplevd angst forbunde med sjukdommen sin. Resultatet gav tre hovudtema: dødsangst, livsangst og motvekt mot angst. Den mest openbare angsten var knytt til respirasjonsvanskar, og følelsen av å ikkje få puste var skremmande for mange og påverka kvardagen (Strang, Ekberg-Jansson & Hensch, 2014, s.465).

### 4.3 «COPD transitions in health and self management: service users' experiences from everyday life».

Formålet med studien var å undersøke korleis kols pasientar opplever overgangen knytt til helse, sjølvforvaltning og oppfølging frå helsetenesta. Totalt 11 pasientar deltok i studien, fem kvinner og seks menn. Alle pasientane budde heime, og data blei samla inn gjennom intervju. Resultata viste to hovudtema «kampen for å forsette» og «behovet for kontinuitet og kompetent tilrettelegging». I følgje intervjuet var det mogleg å ha eit godt liv med kols, så lenge pasientane lærte å leve med den, og tilpasse seg endringane som oppstod som følgje av sjukdommen. Kontinuitet og tilgang til

kompetent helsepersonell verkar for å vere viktig. Møte med helsepersonell som ikkje kjente eller forstod deltakarane sin situasjon blei opplevd som kritiske hendingar (Halding et al., 2018, s. 2075)

#### 4.4 «Creating a balance between breathing and viability: experiences of well-being when living with chronic obstructive pulmonary disease».

Å leve med kols er knytt til ein kompleks livssituasjon, og formålet med denne studien var å beskrive opplevinga av velvære hjå personar med moderat til svært alvorleg kols. 10 personar deltok og blei intervjuet. Resultatet viste at deltakarane måtte akseptere sjukdomen, og at det bidrog til å gjere kvardagen enklare. På dei verste dagane, når pustevanskane var verre, kjende deltakarane på frykt for å kvelast. Lite kontinuitet i helsehjelpa bidrog til utryggheit og håplausheit. Å vere saman med familie og venner, og delta på sosiale arrangement blei sett på som meningsfulle aktivitetar. Dei handterte variasjonen i sjukdomen, stolte på sjølvtiliten og tilgjengelegheita til ein tillitsfull og kontinuerleg omsorg (Stridsmann, Zingmark, Lindberg & Skär, 2015, s. 42)

## 5.0 Drøfting

*Korleis kan sjukepleiar bidra til meistring hjå kols pasientar?*

### 5.1 Å akseptere situasjonen

Å leva med kols kan vere ei utfordring. Eldre har ein større tendens til å finne seg i og akseptere sin situasjon, enn det dei yngre har. Årsakene til dette kan vere mange, men eldre har gjerne ikkje overskot og energi til å verken gjere noko aktivt eller praktisk med situasjonen, og det å akseptere situasjonen slik han er kan vere det einaste alternativet (Birkeland & Flovik, 2014, s. 76). Det er ulike måtar å akseptere sjukdom på, og Roe med fleire legg fram tre ulike typar aksept. Nokre pasientar vil slå seg til ro med situasjonen slik han er, medan andre kan vere passive til situasjonen, og verken ha noko formeining om korleis ein ynskjer å ha det og korleis ein har det. Nokre pasientar er fornøgd med den hjelpa dei får, og ser at dei har god nytte av den (henta frå Birkeland & Flovik, 2014, s. 76). Det handlar om å tilpasse seg situasjonen, og denne prosessen kan ta lang tid, både veker, månadar og år (Birkeland & Flovik, s. 77).

Deltakarane i artikkelen til Halding et al. (2018, s. 2080) gav utrykk for at dei måtte tilpasse seg og gjere endringar i kvardagen då sjukdomen påverka både rolla og funksjonen deira. I byrjinga var det vanskeleg for deltakarane å akseptere situasjonen, men når sjukdomen kom på eit meir avansert stadium og førte til avgrensing i kvardagen, måtte dei finne ein måte å akseptere sjukdomen på. I følge deltakarane handla det om å finne ein balanse mellom å akseptere og slå seg til ro med situasjonen. Dei måtte roe ned tempoet, ekskludere nokre aktivitetar i kvardagen og akseptere hjelp frå andre. Nokre deltakarar meinte å akseptere sjukdomen gjorde kvardagen enklare (Stridsmann et al., 2015, s. 45).

Tar ein utgangspunkt i Antonovskys salutogenesemodell og omgrepet opplevinga av samanheng (OAS), handlar det om begripeligheit, handterbarheit og meiningsfullheit. Visst ein forstår det som skjer, forstår at ein har fått ein sjukdom ein må leve med, kan ein ta tak i livssituasjonen og bruke ressursar til å handtere den, som igjen kan føre til meining med sjukdomen. Høg meiningsfullheit og begripeligheit føre til at motivasjonen aukar for å søke etter meistringsressursar. Visst ein ikkje forstår at ein er sjuke, vil vedkomande ha vanskar med å finne ressursar til å handtere situasjonen og vil ikkje finne noko meining med det som har skjedd (Henta frå Renolen, 2015, s. 172).

Dei som akseptera lidinga vil i følgje Travelbee (2001, s. 109) kunne mestre på ein betre måte, men som sjukepleiar er det viktig å vite at sjølv om pasientane akseptera og slår seg til ro med situasjonen, betyr dette likevel ikkje at pasienten aldri er nedføre, aldri redd eller aldri treng nokon å snakke med eller treng ei oppmuntring. Det er ikkje slik at ein person som viser ein aksepterende reaksjon til lidinga ønskjer å vere sjuk, det er ingen som likar å lide. Slik eg forstår det handlar det om at sjukdomen blir motteke utan at pasienten protesterer, fordi pasienten forstår at det å vere menneske er sårbart og sjukdom og lidning er «uløysleg» knytt til det å vere eit menneske. I min praksis har eg møtt mange pasientar som er i vanskelege situasjonar, nokre eldre har fått omfattande sjukdomar tidleg. Sjukdomane verkar inn på kvardagen, og dei får ein heilt anna livssituasjon. Nokre mestrar sjukdomen på ein beundringsverdige måte og ein høyrer sjeldan noko negativt, medan andre har vanskar med å forstå situasjonen og synest det er vanskeleg å slå seg til ro slik det har blitt. Som sjukepleiar må ein kunne handle i alle situasjonar, og det er difor viktig å ha innblikk i korleis pasientar akseptera.

## 5.2 Dyspné og angst

«Det kjendes ut som om eg skulle dø. Det er denne frykta når du ikkje får tilstrekkeleg med luft. Det er vanskeleg å førestille seg. Det å ikkje få nokk luft. Det kjendes ut som eg blei kvelt» (Strang et al., 2014, s. 467).

I følgje Helse – og omsorgsdepartementet (2006, s. 7) er kols karakterisert av hoste, oppspytt og tung pust med varig nedsett lungefunksjon. Ved fysisk anstrenging blir pasientane meir tungpusta og når sjukdomen kjem på eit meir avansert stadium vil det oppstå problem også i kvile, og dette gjev ei betydeleg og varig funksjonshemming. Mange av desse pasientane slit med angst, depresjon og isolasjon som må følgast opp av sjukepleier. I følgje Stubberud (2013, s. 22) kan angst oppstå på grunn av svikt i vitale funksjonar som respirasjon. Skaug og Berntzen (2011, s. 87) legg også vekt på angst hjå pasientar med dyspné, og meiner situasjonane med respirasjonsvanskar er angstskapande for mange pasientar. Pasienten kjem ofte inn i ein vond sirkel, der dyspné gjev angst, og angsten i andre omgang forverrar dyspnè, og slik forsette det. I følgje Renolen (2015, s. 193) kan frykt og angst vere ein reaksjon på noko som opplevast truande, der frykta kan vere relatert til ei klar kjelde medan angsten har ei meir uklar kjelde. Visst ein tenkjer på noko konkret kan frykta utløysast, medan angsten kan kome raskt på oss



Sitatet øvst er frå deltakarane i den eine studien der resultatet synte at dei fleste pasientane hadde opplevd angst assosiert med kols, og at den mest openbare angsten kvar knytt til tungpust. Deltakarane beskrev akutt andenød som ein følelse av å bli kvelt, og at det å ikkje få tilstrekkeleg med luft, førte til frykt og angst for døden. Dette gav avgrensing i kvardagen, då deltakarane ikkje visste kor tid neste episode med akutt andenød oppstod (Strang et al., 2014). Desse funna kunne deltakarane i ein studie gjort av Andenæs (2001, s.218) beskrive likedan. Dei opplevde pustevanskar som varierte frå følelsen av å puste gjennom bomull, til ei oppleving av nesten å bli kvelt eller drukne. Renolen (2015, s. 193) meiner det er lett å forstå at alvorleg sjukdom kan utløyse både frykt og angst – angst for smertefull behandling, smerter knytt til sjukdomen, angst for framtida og angst for å dø.

I følgje sjukepleiaren sine yrkesetiske retningslinjer har sjukepleiar ansvar for å yte omsorgsfull hjelp og lindre lidning (Sneltvedt, 2016, s. 111). Stubberud (2015, s. 432) meiner sjukepleiar også har eit ansvar for å hjelpe pasientar å redusere opplevinga av angst ved respirasjonsvanskar. Hummelvoll (2012, s. 164) legg fram tre behov som sjukepleiar må dekke for å hjelpe menneske med sterk angst: Tryggheit og sikkerheit, kunnskap og angstreduksjon. Stubberud (2015, s. 433) støttar Hummelvoll sitt første punkt, «tryggheit og sikkerheit», når han skriv at ein følelse av tryggheit er ei viktig oppleving for pasientar med respirasjonssvikt.

Det er viktig at sjukepleiar kartleggje kva kunnskap pasienten har både når det gjeld sjukdomen og om eigne tiltak ved forverring av symptom, som akutt andenød (Oksholm, 2013, s. 254). Ein handlingsplan der det står kva pasienten og pårørande kan gjere ved akutt respirasjonsvanskar kan vere nyttig (Oksholm, 2013, s. 254). Almås et al. (2010, s. 152) meiner også at det er viktig å hjelpe pasienten til å gjennomføre eigne tiltak, då kan angsten omdannast til frykt, som er handgripeleg. Som sjukepleiar er det viktig å ha kunnskap og erfaring, slik at vedkomande opptrer roleg, effektivt og omsorgsfullt på same tid. Dette vil gje pasienten tryggleik og tillit (Skaug og Berntzen, 2001, s. 87). Å snakke om det som skjer ved akutt andenød er viktig, dette kan hjelpe pasienten til å gå vidare og leve eit så godt liv som mogleg med sjukdomen (Almås, 2010, s. 153). Travelbee (2001, s. 123) meiner å vere til stades og lytte når pasienten snakka om angsten og korleis vedkommande opplever det, vil hjelpe pasienten til å oppretthalde håp. Håp er sentralt for menneske si meistring (Renolen, 2015, s. 174).

### 5.3 Trygg – og kontinuerleg omsorg

I følgje dei yrkesetiske retningslinjene skal ein god fagperson både ha relasjonskompetanse og handlingskompetanse. Sjukepleiar må forstå og samspele på ein hensiktsmessig og god måte med dei menneska ein møter i yrkessamanheng. Ein god relasjonskompetanse handlar om at sjukepleiar kommunisera på ein måte som gjev mening, som ikkje krenka pasienten og som i varetek den overordna hensikta med samhandlinga. Som sjukepleiar er det viktig å både kunne samspele og handle. For å handle treng ein ferdigheitar og kunnskap som gjer ein i stand til å gjere noko, handlingskompetanse. Visst sjukepleiar skal hjelpe kols pasienten med å setje ei vaksine, må sjukepleiaren ha kunnskap og ferdigheiter til å gje vaksine, og skal sjukepleiaren gjere ein god jobb, må vedkomande ha relasjonskompetanse til å forstå korleis pasienten oppleve det å få ei vaksine (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 9-10).

I studien til Stridsman et al. (2015, s. 42) kom det klart fram at pasientane blei frustrerte når helsepersonell var vanskeleg å nå, eller når dei blei møtt med ukjente helsepersonell som ikkje hadde kunnskap. Dette funne støttar deltakarane i studien til Halding et al. (2018, s. 2080), der dei beskrive desse situasjonane som kritiske hendingar og ein trussel mot ein god overgang. I følgje Molven (2016, s. 130) er eit av dei helserettslege hovudprinsippa at helsehjelpa skal vere fagleg forsvarleg. Kravet handlar om at helsehjelpa som blir gitt, baserar seg på kunnskap. Dette innebære at hjelpa må bygge på erfaringar og vitskap for kva som er nyttig å gjere og kva det er behov for å gjere ved ulike tilstandar, for på ein god måte å fremme og nå målet med helsehjelpa.

Deltakarane (Stridsmann et al., 2015, s. 42) gav vidare uttrykk for at liten eller ingen kontinuitet i helsehjelpa gav ein følelse av lite tryggleik og håplausheit. Ifølgje Travelbee (2001, s. 122) har pasientar som lever utan håp problem med å mestre vanskeleg situasjonar i livet, fordi vedkomande ikkje trur at forandring er mogleg. Håp er viktig for menneske si meistring, og det er dette som kan gjere det meningsfylt for sjuke menneske å hente fram ressursar (Renolen, 2015, s. 174). Dette støttar Stubberud (2015, s. 434) når han skriv at håp kan hjelpe pasientar å mestre deira livssituasjon, og gje ei oppleving av fridom i periodar med sjukdom. Håp har betydning for både pasientens fysiske og psykiske helse, og han meiner ein av sjukepleiaren sin habiliterande funksjon hjå pasientar med respirasjonssvikt vil vere å inspirere til håp. Samstundes må ikkje sjukepleiar gje pasienten håp om full gjenvinning av funksjonsnivå eller å oppnå helbreiding, men hjelpe pasienten til å gjere det beste ut av situasjonen, og bidra til at pasienten fokuserer på og helde på gode relasjonar til andre menneske, og gleder seg over positive situasjonar og enkle ting i kvardagen.

I følgje den humanistiske psykologen Abraham Maslow er tryggleik eller sikkerheit eit av dei grunnleggande behova som vi menneske har. Tryggleik er behov for forutsigbarheit og beskyttelse (Henta frå Thorsen, 2011, s. 110). For ein kols pasient som bur heime, kan tryggleik handle om dei planlagde besøka, der han får hjelp av helsepersonell som har kunnskap og handlingskompetanse til å hjelpe i vanskelege situasjonar. I eigen praksis har eg opplevd pasientar som føler seg trygge, fordi sjukepleiar kjem ved faste tilsyn og kan hjelpe etter behov.

Det andre punktet i forsvarlegheits kravet handlar om at det skal ytast «omsorgsfull hjelp» (Molven, 2016, s. 131). I følgje Benner og Wrubel (Henta frå Konsmo, 1995, s. 182) er omsorg ein nødvendig og grunnleggande del av sjukepleie på fleire måtar. Kunnskapen og makta som sjukepleiar har, kan verke skremmande og undertrykkande på pasienten, om vedkomande ikkje viser omsorg ovanfor pasienten. For å gje omsorg er det viktig at sjukepleiar gjer ein innsats for å setje seg inn i situasjonen til pasienten og viser at ein bryr seg. På denne måten kan sjukepleiar få tak i moglegheitene og ressursane som ligg i situasjonen både for pasienten og seg sjølv. I følgje Travelbee (2001, s. 141) må sjukepleiaren kjenne til dei pasientane som ein har omsorg for, på denne måten kan ho hjelpe kvar enkelt av dei til å mestre sjukdom og liding. Visst sjukepleiar ikkje kjenner til pasienten og situasjonen er det vanskeleg for sjukepleiar å gje meiningsfylthjelp. Det vil og vere enklare for pasienten å ta i mot hjelp, visst sjukepleiaren er kjent for pasienten og oppfattar hennas intensjon om å hjelpe. I denne prosessen vil god profesjonell kommunikasjon mellom sjukepleiar og pasienten vere avgjerande.

## 5.4 Undervisning og rettleiing

Deltakarane i den eine studien gav uttrykk for å ha lite kunnskap om sjukdomen, både når det gjaldt definisjon, årsak, sjukdomsprosess og det faktumet at sjukdomen var ulækjeleg. Pasientane måtte difor danne seg ei forståing av sjukdomen på eiga hand, noko som førte til at dei ikkje såg alvorsgrada (Marx et al., 2016, s. 4). I følgje Nasjonale faglege retningslinjer for kols (Helsedirektoratet, 2012, s. 17) skal helsepersonell bidra til at pasientar får kunnskap og forståing slik at dei kan vurdere symptomutvikling, alvorsgrada og iverksetjing av eiga behandling. Pasient – og brukarrettigheits lova seier også noko om at pasienten har rett til den informasjonen som skal til for at vedkomande får ei innsikt i sin helsetilstand (Syse, 2016).

Ein kols pasient er i ein vanskeleg situasjon, og det dreiar seg om behov for integrering, tileigning og anvending av kunnskap, om haldningar og ferdigheiter, og behov for mestring. Slike situasjonar gjer til at sjukepleiar må nytte sin pedagogiske, etiske og sjukepleiefaglege kompetanse for å ivareta sin

funksjon (Tveiten, 2008, s. 16). Rettleiing og undervisning har som hensikt å leggje til rette for å styrke meistringskompetansen, førebygge sjukdom, fremme helse, mestre konsekvensar av sjukdom og behandling, og for medverknad (Tveiten, s. 157). Både å fremme helse og å førebygge sjukdom, er to av dei fire punkta som formulera sjukepleiarar si fundamentale plikt (Sneltvedt, 2016, s. 100).

I følgje Hummelvoll (2012, s. 164) er «kunnskap» eit av dei tre viktige behova i møte med pasientar som opplever angst. For ein kols pasient er det viktig å få informasjon og kunnskap om kva som er årsaka til pustevanskane, og at det er vanleg å oppleve angst i forbindelse med dyspné. Pasienten kan også få informasjon om at målet med sjukepleie er bidra til å minske pustevanskane. Denne informasjonen kan dempe angsten til det ukjente som pasienten står ovanfor, og kan bidra til at pasienten meistrar betre. Det kan vere lurt å gjenta informasjonen då kols pasientar kan ha dårlegare hukommelse grunna utmatting og stress (Stubberud, 2015, s. 433). For nokre pasientar kan det vere vanskeleg å sjå behovet for kunnskap og rettleiing. I følgje Kristoffersen (2011, s. 358) er ei viktig føresetnad for at pasienten skal lære, at han sjølv ønskjer å tileigne seg kunnskap og at han opplever eit behov for det. Når ein ikkje sjølv er bevisst på at ein treng rettleiing og undervisning, kan det hende motivasjonen er låg, og at sjukepleiar i fyrste omgang må stimulere pasienten sin motivasjon (Tveiten, 2008, s. 162).

Ein av grunnane til at deltakarane på eiga hand måtte tolke årsak til sjukdomen og situasjonen rundt , var då legane ikkje greidde å forklare informasjonen på ein forståeleg måte. Dette bidrog til at pasientane ikkje forstod alvorsgrada av sjukdomen (Marx et al., 2016, s. 4). I følgje pasient – og brukarrettighetslova skal den informasjonen som blir gitt vere tilpassa pasienten sin alder, kultur – og språkbakgrunn og erfaring (Syse, 2016). Å vurdere pasienten sin lære føresetnad handlar om å vurdere kor budd pasienten er, til dømes kva utdanningsnivå pasienten er på, kva lese- og skriveferdigheitar pasienten har eller kva pasienten veit om emnet frå før. Språkleg forståing er ein del av føresetnaden for å lære (Tveiten, 2008, s. 162). Informasjonen og rettleiinga må bli gitt på ein forståeleg måte, slik at ein unngår det som deltakarane i studien hadde opplevd. Sjukepleiar i heimesjukepleie har betre moglegheita til å både kartlegge og informere pasienten enn kva ein lege gjerne har på ein kort legekonsultasjon.

Deltakarane i studien til Stridsman et al. (2015, s. 46) beskrev å delta på sosiale aktivitetar og å sosialisere seg med familie og vennar, som meningsfulle aktivitetar, som gav følelsen av velvære. Dette samsvarar med det deltakarane i studien til Strang (2014, s. 470) gav uttrykk for, dei syntes kontakt med familie og vennar var viktig og gav livet mening. Resultatet i studien til Halding et al. (2018, s. 2078) viste at pasientane brukte tid på å tilpasse seg den nye sosiale rolla. I følgje Oksholm

(2013, s. 254) kan pasientar med alvorlege lungesjukdomar ofte føle at dei blir isolert i heimen sin. Det kan vere vanskeleg å oppretthalde eit godt nettverk, då variasjonar i sjukdomen gjer til at dei stadig må bryte avtalar, noko som kombinert med angst føre til at pasientar oppleve at nettverket forsvinner. Sosial isolasjon kan forverre psykiske problem, som til dømes angst.

Birkeland og Flovik (2014, s. 68) legg stor vekt på den sosiale situasjonen for heimebuande pasientar i si bok, nettopp på grunn av at dei blir overlat til seg sjølve i heimen, og spesielt for dei som bur aleine heime. Mykje kan tyde på at fleire tilsette i heimesjukepleie opplever at grunnleggande fysisk stell ofte blir ivareteke, men at det er eit større problem knytt til ivaretaking av dei sosiale behova som pasientane har. I følgje Renolen (2015, s. 175) er sosial støtte sentralt i mestring av ulike livshendingar. Gjennom heile livet treng vi nokon å støtte oss til, og denne sosiale støtta blir enda viktigare når eit menneske oppleve at helsa sviktar, eller når ein blir utsett for store påkjenningar. Sosial støtte bidreg til velvære og gjev ressursar til å mestre belastning som fører til sjukdom og psykisk liding. Eit godt sosialt nettverk aukar personars livskvalitet og redusera sjukelegheit og dødelegheit (Smebye & Helgesen, 2011, s. 45).

Mange kols pasientar kan ha god nytte av ulike hjelpemiddel som kan bidra til å gjere kvardagen enklare. Sjukepleiar kan kartleggje og vurdere behov, og hjelpe pasienten og eventuelt pårørande med undervisning og rettleiing om bruken av hjelpemiddel. Gjennom god undervisning og rettleiing kan dette fremme pasienten si mestring og kontroll i livssituasjonen, som vidare kan bidra til at pasienten har større forutsetningar for å delta på sosiale aktivitetar som oppfattast som meningsfylt (Stubberud, 2015). Det er viktig at sjukepleiar tar utgangspunkt i den enkelte pasienten. Alle menneske er ulike, og sosial meistring vil vere ulikt for alle. For nokre kan sosial meistring handle om å få besøk av nokre familiemedlemmar eller venner, medan for andre kan sosial meistring handle om å kunne gå på konsert saman med familie og venner. Gjennom sosiale aktivitetar kan pasienten føle sosial støtte, noko som har vist seg å bidra til betre meistring. Sosial støtte er også ein av dei motstandsressursane i Antonovskys salutogenesemodell som kan fremme effektiv meistring av ein situasjon. Dess fleire motstandsressursar, dess høgare grad av OAS og helse. Ei undersøking viste også at forhold til familie og venner var viktig for å fremme håpet hjå pasientar, og som eg var inne på tidlegare, er håp sentralt for menneske si meistring (Renolen, 2015, 173-174).

## 6.0 Konklusjon

Å akseptere sjukdomen er viktig for å kunne mestre situasjonen på best mogleg måte. Dette kan vere ein krevjande prosess, og sjukepleiar må vere til stades for å hjelpe pasienten. Å akseptere viser seg å gjere kvardagen enklare. Ved at sjukepleiar undervise om sjukdomen, vil deltakarane kunne få kunnskap som er viktig for å få ein innsikt i sin helsetilstand, og vil hjelpe dei til å sjå alvorsgrada av sjukdomen. Det er viktig at informasjonen som blir gitt er forståeleg for pasienten. Dei fleste deltakarane opplevde angst i forbindelse med respirasjonsvanskar, og kunnskap er eit viktig behov å dekkje i møte med pasientar som opplever angst. Kunnskap kan også hjelpe dei å setje i verk egne tiltak ved akutt dyspné, noko som kan gjere situasjonen betre og tryggare. Kontinuerleg omsorg vil gje pasienten tryggleik og håp, to sentrale faktorar i meistring av sjukdom. God undervisning og rettleiing av hjelpemiddel i kvardagen kan gje pasienten betre føresetnadar for å delta på sosiale tilsetningar, og vere saman med familie og venner. Det blei sett på som meningsfull aktivitet, og kan gje pasienten sosial støtte, noko som viser seg å vere viktig i meistring av ulike situasjonar.

Hensikta med denne oppgåva var at både eg og andre sjukepleiarar skulle få innsikt i korleis det er å leve med kols og korleis sjukdomen verkar inn på livssituasjonen til pasientane. Kunnskapen som kom fram i denne oppgåva vil hjelpe sjukepleiarar til å vere betre forberedt i møte med kols pasientar. Dette kan føre til at sjukepleiar i større grad greier å bidra til meistring hjå kols pasientar.

## 7.0 Litteraturliste

- Almås, H., Bakkeland, 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 – 163). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Andenæs, R. (2007). Å leve med lungelidelser. I E. Gjengedal & B. R. Hanestad (Red.), *Å leve med kronisk sykdom* (s. 208-221). Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Birkeland, A. & Flovik, A. M. (2014). *Sykepleie i hjemmet* (2. utg.). [Oslo]: Cappelen Damm akademisk.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Eide, T. & Eide, H. (2004). *Kommunikasjon i praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Erikson, M. G. (2010). *Riktig kildebruk*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Gjengedal, E. & Hanestad, B. R. (Red.). (2007). *Å leve med kronisk sykdom*. Oslo: Cappelen akademisk.
- Halding, A.-G., Aarsheim, E. I., Dolmen, N. M., Jensen, A. J., Stavøstrand, S. & Grov, E. K. (2018). COPD transitions in health and self-management: service users' experiences from everyday. *International Journal of COPD*, 13, 2075-2088. <https://doi.org/10.2147/COPD.S158058>
- Helsedirektoratet. (2012). *Kols. Nasjonal faglig retningslinjer og veileder for forebygging, diagnostisering og oppfølging*. Henta frå <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/847/Nasjonal-faglig-retningslinje-og-veileder-for-forebygging-diagnostisering-og-opp%C3%B8lging-IS-2029.pdf>
- Helse – og omsorgsdepartementet. (2006). *Nasjonalstrategi for KOLS-området 2006-2011*. Henta frå <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/vedlegg/kols.pdf>
- Hjalmarsen, A. (2012). *Lungerehabilitering. KOLS og andre lungesykdommer*. Oslo: Cappelen Damm.
- Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt – ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Konsmo, T. (1995). *En hatt med slør....* Otta: Tano.

Kristoffersen, N. J. (2011). Den myndige pasienten. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3* (s. 338-381). Oslo: Gyldendal akademisk.

Landsforeining for hjarte – og lungesjuka. (2014). Kols – kronisk obstruktiv lungesykdom. Henta frå <https://www.lhl.no/lunge/kols/>

Lunde, B. V. (2016). Juss og etikk i sykepleien. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (4. utg.). (s. 162-184). Oslo: Gyldendal akademisk.

Markussen, H. Ø., Wang, I.- J. H. & Norstein, G. M. (2001). Sykepleie til pasienter med lungesykdommer. I E. Gjengedal & R. Jakobsen (Red.), *Sykepleie - praksis og utvikling* (s. 522-550). Oslo: Cappelen akademisk.

Marx, G., Nasse, M., Stanze, H., Boakye, S. O., Naucx, F. & Schneider, F. (2016). Meaning of living with severe chronic obstructive lung disease: a qualitative study. *BMJ Open*, 6 (12), 1-8. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011555>

Molven, O. (2016). *Sykepleie og jus* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Forlag.

Oksholm, T. (2015). Sykepleie til pasienter med lungesykdom. I U. Knutstad (Red.), *Utøvelse av klinisk sykepleie* (s. 227 -276). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Renolen, Å. (2015). *Forståelse av mennesker* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Røkenes, O. H. & Hanssen, P.-H. (2012). *Bære eller breste. Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker* (3. utg.). [Bergen]: Fagbokforlaget.

Skaug, E.- A. & Berntzen, H. (2011). Respirasjon. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.- A. Skaug (Red.), *Grunnleggende Sykepleie 2* (s. 63-84). Oslo: Gyldendal akademisk.

Smebye, K. L. & Helgesen A. K. (2011). Kontakt med andre. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.- A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3* (s. 41- 66). Oslo: Gyldendal akademisk.



- Sneltvedt, S. (2016). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (4. utg.). (s. 98-113). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Statistisk sentralbyrå. (2013, 1. november). Dødsårsaker, 2012. Henta frå <https://www.ssb.no/helse/statistikker/dodsarsak/aar>
- Strang, S., Ekberg-Jansson, A. & Henoeh, I. (2014). Experience of anxiety among patients with severe COPD: A qualitative, in-depth interview study. *Palliative and Supportive Care*, 12 (6), 465-472. <https://doi.org/10.1017/S1478951513000369>
- Stridsmann, C., Zingmark, K., Lindberg, A. & Skär, L. (2015). Creating a balance between breathing and viability: experiences of well-being when living with chronic obstructive pulmonary disease. *Primary Health Care Research & Development*, 16 (1) , 42-52. <https://doi.org/10.1017/S1463423614000048>
- Stubberud, D.-G. (2013). Psykososiale konsekvenser av å være akutt og kritisk syk. I D.-G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (s. 13-37). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Stubberud, D.- G. (2015). Respirasjon. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (s. 399-437). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Syse, A. (Red.). (2016). *Norges lover. Lovsamling for helse-og sosialsektoren 2016-2017* (26. utg.). Oslo: Gyldendal Juridisk.
- Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Thorsen, R. (2011). Trygghet. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3* (s. 105-124). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Travelbee, J. (2001). Mellommenneskelige forhold i sykepleien. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Tveiten, S. (2008). *Pedagogikk i sykepleiepraksis* (2. utg.). Bergen: fagbokforlaget.