

# Bacheloroppgave i sykepleie

”Hva kan en som sykepleier gjøre for at pasienter med  
KOLS skal oppnå best mulig livskvalitet?”

Kandidatnummer: 5

Antall ord: 7651

Innleveringsfrist: 23.02.09.

Høgskolen Stord/Haugesund

Avdeling Haugesund

## Innhold

1. Sammendrag.....	3
2. Innledning.....	4
2.1 Presentasjon av problemstilling .....	5
2.2 Avgrensning og presisering av problemstillingen.....	5
2.3 Formålet med oppgaven.....	6
2.4 Oppgavens disposisjon.....	6
3. Teoridel .....	7
3.1 Pasienter med KOLS.....	7
3.2 Sykepleie .....	8
3.3 Veiledning av en pasient med KOLS.....	9
vurdering    mål .....	11
3.4 Livskvalitet.....	11
3.5 Mestring .....	12
4. Metode.....	14
4.1 Metodebegrepet.....	14
4.2 Valgt metode .....	14
4.4 Kvalitetsvurdering og kildekritikk .....	17
4.5 Forskningsetiske overveielser .....	17
5. Presentasjon av vitenskapelige artikler .....	19
5.1 Artikkel 1.....	19
5.2 Artikkel 2.....	19
5.3 Artikkel 3.....	20
6. Drøftingsdel.....	22
6.1 Drøfting ut i fra empowerment.....	22
6.2 Drøfting ut i fra mestring .....	24
6.3 Drøfting ut i fra livskvalitet.....	26
7. Konklusjon .....	28
Referanseliste .....	29

## 1. Sammendrag

Min bakgrunn for valg av tema var at jeg ønsket å lære mer om hva en sykepleier kan gjøre for å bedre livskvaliteten til en pasient med KOLS. Det å hjelpe et menneske med en kronisk sykdom til å oppleve en best mulig hverdag er noe jeg som framtidig sykepleier ønsket å tilegne meg mer kunnskaper om. På bakgrunn av dette ble det viktig for meg å tilegne meg kunnskaper om KOLS, pleie og livskvalitet. Jeg har valgt litteraturstudie som metode for min oppgave. Jeg har brukt vitenskapelige artikler for å belyse min problemstilling. Ved drøfting av disse, har jeg funnet tiltak som jeg mener kan være aktuelle for en sykepleier å utføre for at en KOLS – pasient skal få en best mulig hverdag.

My background for the choice of topic was that I wanted to learn more about what a nurse can do to improve the quality of life for a patient with COPD. To help a person with a chronic illness to experience the best possible life is something that I as a future nurse wanted to acquire more knowledge about. On this basis, it was important to me to acquire more knowledge of COPD, nursing and quality of life. I have selected a literature study as a method for my thesis. I have used scientific articles to illustrate my problem. In my discussion of this problem, I have found the remedial action that I believe may be appropriate for a nurse to perform with a patient suffering from COPD so that the patient can have a good life.

## 2. Innledning

Da jeg for en tid siden var jeg i praksis i hjemmesykepleien, møtte jeg en person med diagnosen KOLS. Vedkommende gjorde sterkt inntrykk på meg. Personen var åpen om sin sykdom og ytret glede til det å ha mestret ”å kutte røyken”. Personen snakket også om sin selvopplevde livskvalitet, vedkommendes tilfredshet og misnøye med områder som var viktige. Møtet med denne personen var en faktor som gjorde sitt til at jeg tilegnet meg en del kunnskaper om KOLS, og jeg valgte dette området i denne oppgaven.

Mennesker med KOLS kan ikke bli friske, og målsetningen for sykepleiere til denne pasientgruppe er å lindre en persons fysiske symptomer, leve med sykdommen sin, unngå forverring, takle angst for åndenød, leve et meningsfylt – og utadvendt liv (Sorknæs, 2001: 340).

Det er en satsing på rehabilitering av personer som lever med KOLS. En av helsetjenestens oppgaver er å legge forholdene til rette ved å gi støtte og råd i en prosess som innebærer at de med KOLS skal fremme personlig mestring. Det er en utfordring for mennesker med KOLS hvordan en kan leve best mulig med en slik sykdom (Nasjonalt strategi for KOLS – området i årene 2006 – 2011).

7 % av Norges befolkning over 26 år har KOLS. Det utgjør ca. 250 000 personer i Norge. Andelen syke øker kraftig blant eldre (Hordalandsundersøkelsen, 2006).

Som framtidig sykepleier regner jeg med å møte en del pasienter som har denne sykdommen. I arbeidet med denne oppgaven ønsker jeg å tilegne meg kunnskaper om sykdommen og hvordan utøve sykepleie i møte med pasienter som har KOLS.

## **2.1 Presentasjon av problemstilling**

KOLS står for kronisk obstruktiv lungesykdom (Jacobsen m.fl., 2004). En person med KOLS kan ikke bli frisk. Behandling og rehabiliteringen har som mål å gjøre tilværelsen så god som mulig (Sorknæs, 2007: 338 ff.). R. P. Parse har utviklet en teori som blir kalt "the human – becoming" - teorien i sykepleie. Hun mener at livskvalitet er målet i sykepleien (Rustøen 2002: 34). Som sykepleier skal en hjelpe mennesker til å oppleve god livskvalitet. Rehabilitering av KOLS – pasienter har som mål å gjøre tilværelse så god som mulig.

Ut i fra det nevnte har jeg formulert problemstillingen min:

*"Hva kan en som sykepleier gjøre for at pasienter med KOLS skal oppnå best mulig livskvalitet?"*

## **2.2 Avgrensing og presisering av problemstillingen**

Det vil variere hvilke behovsområder pasienter med KOLS har angående sykepleie. Det er avgjørende hvor langt framskreden grad av KOLS en person har. En person som har middels til alvorlig grad av KOLS vil trenge sykepleiertiltak som er "rettet mot" ernæring, hvile, eliminasjon, hygiene, sosial funksjon, tilrettelegge miljø, undervisning, redusere stress og røykestopp (Sorknæs, 2007: 343 ff., Karoliussen m.fl., 2006: 263 ff.).

Jeg har i min oppgave gjort avgrensinger fordi oppgaven ikke skal bli for omfattende, og en av rammene er et oppgitt antall ord jeg skal forholde meg til.

Problemstillingen er relatert til mennesker som har moderat grad av KOLS og mottar hjelp fra hjemmesykepleien. Det er viktig å ha fokus på at en pasient skal oppleve best mulig livskvalitet uansett graden av KOLS. I teoridelen har jeg valgt å ha fokus på områder som har betydning for en KOLS – pasient sin opplevelse av livskvalitet. Sykepleien og drøftingsdelen er relatert til dette.

### **2.3 Formålet med oppgaven**

Målet med oppgaven er å tilegne meg mer kunnskaper om KOLS og livskvalitet. Jeg vil finne ut hva en som sykepleier i hjemmetjenesten kan gjøre for at KOLS – pasienter skal oppleve best mulig livskvalitet. Jeg vil finne relevante forskningsartikler som er aktuelle for problemstillingen. Det er en nyttig lærdom å få trening i å innhente informasjon fra forskning. Jeg vil også tilegne meg kunnskap fra fagartikler og lærebøker.

### **2.4 Oppgavens disposisjon**

Oppgaven er inndelt i fire områder. Teoridelen er beskrevet først. Den gir innblikk i ulike begrep som samsvarer med problemstillingen. Neste del er en metodedel. Den omhandler hva jeg har gjort for å belyse min problemstilling. Den tredje delen inneholder et resymé av tre forskningsartikler som er relevante i forhold til problemstillingen. Tilslutt er det en drøftingsdel. Resultatene blir i forhold til artiklene drøftet opp mot hverandre. Oppgaven vil tilslutt ha en oppsummering.

## 3. Teoridel

### 3.1 Pasienter med KOLS

En person med KOLS har en vedvarende luftveisobstruksjon. Denne obstruksjonen er progredierende og ofte forårsaket av røyking. Andre årsaker til sykdommen kan være tidlig arbeid i støvete industri, skadelige gasser som svoveldioksid og en tidlig tuberkulosediagnose. KOLS stilles ved hjelp av lungefunksjonsundersøkelse, spirometri, der det måles hvor mye luft en pasient greier å presse ut i løpet av 1 sekund (FEV1) og totalt etter en maksimal inspirasjon, forsert vitalkapasitet (FVC) vist ved gjentatte målinger i stabil fase. Ved KOLS er FEV1 mindre enn 70 % av FVC vist ved gjentatte målinger i stabil fase. Ut i fra spirometrimålinger inndeles KOLS i forskjellig grader.

Utviklingen av KOLS begynner sjelden før i 50 – årsalderen, hos kvinner kan den utvikles opptil 10 år tidligere. De første symptomene er ofte vage, gjerne bare morgenhoste, og pasientene kommer ikke på å søke lege. Pasientene søker ofte ikke lege før lungefunksjonen er så nedsatt at de ikke lenger klarer fysiske anstrengelser som å gå i trapper. Noen reagerer ved forverring i forbindelse med luftveisinfeksjoner. Sykdomsbildet til en person med KOLS varierer betydelig. Det kan være lange og stabile sykdomsfaser og akutte faser hvor der kan skje dramatiske episoder (Andenæs, 2005). De dramatiske episodene er gjerne relatert til åndenød. Åndenød er svært ubehagelig og medfører sterk angst. Angst forverrer dyspneen, og en ond sirkel er i gang. Pasienten kan føle at vedkommende blir kvalt eller ikke kan trekke pusten helt ned i lungene. En person som har opplevd åndenød og den medfølgende angsten, vil gjøre mye for slippe å oppleve eller framprovosere en situasjon som kan medføre åndenød på nytt (Sorknæs, 2007: 338ff.).

Når det gjelder KOLS – pasienter som har alvorlig grad av denne sykdommen, er det svært mange som opplever åndenød. Andenæs (2005) henviser til en undersøkelse der 95 % av KOLS – pasienter, alvorlig grad, har hatt åndenød. Samme ”studiet” viser til at 68 % har opplevd smerter, 68 % oppgir utmattelse og 55 % har søvnvasker. Pasienter med KOLS har gjennomsnittlig 2 – 4 episoder med oppblussing av sykdommen i form av økt hoste, åndenød og nedsatt daglig aktivitetsnivå. Forverringer bidrar til nedsatt livskvalitet. Hos mange pasienter blir respirasjonen verre av fysiske anstrengelser, psykisk ubalanse, tåke, kulde, vind og varme (Sorknæs, 2007: 338).

### **3.2 Sykepleie**

De fleste personer med KOLS bor hjemme. I hjemmesykepleien møter man mennesker som trenger hjelp til å mestre hverdagen hjemme på tross av sine kroniske lidelser. Pasientene trenger hjelp til å leve et så godt liv som mulig på egne premisser. Sentrale mål for hjemmesykepleien uavhengig av hva slags hjelp den enkelte trenger, er livskvalitet og mestring (Fjørtoft, 2006: 52). Sykepleierens mål for KOLS – pasienter er at personene skal mestre å leve et meningsfylt liv til tross for sykdommen sin. En person med KOLS kan ikke bli frisk, men bedre. Sykepleien har som mål å gjøre tilværelsen så god som mulig (Sorknæs, 2007: 338ff.).

Sykepleieren trenger kunnskap om hva som kan true livskvaliteten til den enkelte pasient og hva som kan gjøres for å styrke den. Uansett en pasient sin situasjon og framtidsutsikt, er det alltid noe som kan gjøres for å styrke livskvaliteten (Fjørtoft, 2006: 52).

Det å samhandle med pasienten er grunnleggende i hjemmesykepleien. All samhandling mellom mennesker handler om relasjoner og kommunikasjon (Fjørtoft, 2006: 204). Det å forstå mennesker handler mye om kommunikasjon. Kommunikasjon er samhandling. Det er relatert til det å skape et godt møte og en bærende relasjon. Kommunikasjon dreier seg om meningsutveksling, og det å skape et fellesskap. Sykepleieren har et særlig ansvar for å tilrettelegge for god kommunikasjon (Fjørtoft, 2002: 52, 183, 204).

Det hevdes at god helsefaglig kommunikasjon er kjennetegnet med kunnskap og ferdighet, empati, målorientering og etikk (Eide og Eide, 2006: 34, 45). Kunnskap og ferdigheter er det grunnleggende for en sykepleiers kommunikasjon og er relatert til kunnskap om målgruppen og praktiske kommunikasjonsferdigheter. Empati er evnen til å sette seg inn i en annens situasjon og styrt av etiske verdier. Det må også være en målsetning med kommunikasjonen (Fjørtoft, 2006: 183).

Joyce Travelbee retter spesielt oppmerksomheten mot det mellommenneskelige aspektet med sykepleien, en – til – en - forhold. Kommunikasjon er en av sykepleierens viktigste redskaper når det gjelder å etablere dette forholdet. Hennes overordnede mål er å hjelpe en person til å mestre, bære og finne mening i de erfaringene som følger med en lidelse og sykdom. Sykepleien er relatert til det å forebygge og fremme helse (Kristoffersen, 2006: 26 ff.).



Rehabilitering innbefatter at det er en planlagt prosess med klare mål og virkemidler. Sentrale emner i rehabiliteringsopplegg er temaer som røykestopp, undervisning om å takles angst, fysisk trening, ernæringsveiledning og muligheter for hjelp av sosionom. Det vektlegges samvær med andre i samme situasjon. Det finnes også opplegg i form av astmaskoler og mestringskurs på sykehus. Slike tilbud kan brukes av KOLS - pasienter (Sorknæs, 2007: 365).

### **3.3 Veiledning av en pasient med KOLS**

Det er store forskjeller hvordan de enkelte pasientene mestrer sin hverdag. KOLS – pasienter og pårørende må ha tilbud om undervisning og veiledning for å mestre hverdagen. Alle KOLS – pasienter bør tilbys både individuell veiledning og undervisning i gruppe. Pasientene trenger å få kunnskap om sykdommen, forhåndsregler som må tas, unngå forverringer og hvordan det best kan leves med sykdommen. Det anbefales å gi pasientene individuell veiledning og medisinsk behandling. I undervisningen må det bli snakket åpent om de psykologiske problemene som er forbundet med KOLS. KOLS – pasienter deltar på rehabiliteringsopplegg (Sorknæs, 2007: 338, 340, 365).

En forutsetning for at en pasient skal lære noe, er at vedkommende opplever et behov og har motivasjon til å sette i gang en handling. Motivasjon er en kraft som får oss til å sette i gang med en handling. Kraften gjør at vi får lyst til å jobbe med for eksempel en oppgave, og den hjelper oss til å opprettholde lysten over en lengre tid. Motivasjon er med på å gi en handling mål og mening, og får oss til å se nytte og glede i det vi holder på med. Indre motivasjon er det som påvirker oss innenfra. Motivasjonen drives da av interesse, lyst, nysgjerrighet, utfordring og glede over en aktivitet. Ytre motivasjon er motivasjon som fremmes ved hjelp av ytre påvirkninger. Her er det ikke egen interesse og lyst som styrer motivasjonen, men tanken på belønningen man får for å gjøre en oppgave, som står i fokus (Imsen, 1984: 43).

Når det gjelder indre motivasjon, er empowerment et viktig begrep. Empowerment er definert som et sentralt begrep i sammenheng med folkehelse og helsefremmende arbeid.

Verdens helseorganisasjon (1998) definerer empowerment som en prosess der mennesker oppnår større kontroll over beslutninger og handlinger som berører helse. For å ha kontroll over eget liv er det flere forutsetninger som er viktige. Disse er selvbevissthet og bevissthet i

forhold til egen situasjon - og hvordan en påvirker omgivelsene. Forutsetningene er også utvikling av personlig kompetanse, deltakelse i forhold til å definere behov og problemer og beslutninger som handler om eget liv. Når det gjelder empowerment, er brukermedvirkning et sentralt ord. Brukeren er ikke en mottaker, men en deltaker. En deltakelse i avgjørelser som angår eget liv og helse, er forutsetninger for empowerment. Det at brukeren er ekspert på sitt eget lever viktig i forhold til empowermenttenkningen. Det å være ekspert på seg selv kan bety at jeg vet selv best hvordan noe er for meg. En må her skille mellom at det trenger ikke bety at en er ekspert på faglig innhold som for eksempel angår sin egen helse. (Tveiten, 2007: 24).

Utfordringen i forhold til empowerment er at helsepersonell, som sykepleiere, og pasient får til et samarbeid der begge parter har plass, og at det som skjer er til brukerens beste (Tveiten, 2007: 36 - 37).

Forskere har definert "self – efficacy" som de forventningene en person har til sine egne evner til å lære å utføre atferd på angitte nivå. "Self – efficacy" kan forutsi noe om et menneske sin motivasjon for å lære. Suksess øker "self – efficacy", og det motsatte reduserer den (Elvemo, 2003: 45).

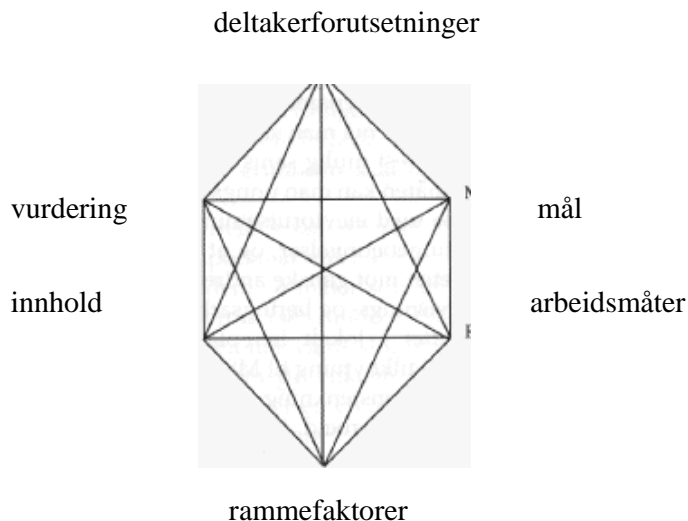
For at et menneske med KOLS skal lære å mestre sin situasjon, øke livskvaliteten, foreta røykestopp og få mer innsikt i sin sykdom, er det avgjørende at en pasient er motivert for det som skal igangsettes. Et menneske blir motivert av sine indre behov og egenforventninger. En voksen er motivert for å lære det de trenger å vite for å mestre sin livssituasjon. De er mer motivert til å lære når de kan være med å bestemme mål og innhold. Personene bør ha en aktiv rolle i forhold til undervisningen. Det bør gjøres bruk av en persons sine erfaringer. De nye kunnskapene og ferdighetene bør knyttes til konkrete problemer som personen erfarer i hverdagen. Undervisningen bør være basert på et samarbeid med pasienten der vedkommende definerer sine egne behov (Kristoffersen, 2006: 246).

En sykepleier kan bidra til vurderinger og tiltak av KOLS – pasienter. De kan bidra til å behandle symptomene og forebygge uheldig sykdomsutvikling. Sykepleieren kan gjøre tiltak som å kartlegge mestringsevnen gjennom direkte observasjoner. De kan og kartlegge respirasjonsevne og legge merke til hjelpemuskler som pasienten bruker ved respirasjon. Gjennom samtaler med en pasient kan en få vite hvordan vedkommende opplever respirasjonene. En sykepleier kan også hjelpe en pasient med positive mestringsstrategier

angående ånding. Ved å puste med sammenpressede lepper blir ekspirasjonen jevn og varig. Pasientene har nytte av å lære pusteteknikker for å bedre respirasjon. Når det gjelder KOLS – pasienter, er det også vanlig at en sykepleier har fokus på ernæring, legemidler, motiverer pasienter til å ”kutte røyken” og hjelp til at de skal bruke kreftene hensiktsmessig (Brodtkrob, 2008: 330 ff.).

Vygotsky hevder at sosial samhandling er selve utgangspunktet for læring. En lærer best sammen med andre. (Dysthe og Iglund, 2001, 73). For KOLS – pasienter er det derfra bra å delta i undervisningsgrupper og mestringskurs hvor de møter andre i samme situasjon. Med kjennskap til et kurs for KOLS – pasienter kan en informere en pasient om dette, ”reklamere” for det og som sykepleier samarbeide med dem. Hjemmesykepleien kan hjelpe til med oppfølging både underveis og i etterkant av kurset.

For en sykepleier kan det være viktig å ha kjennskap til den didaktiske relasjonsmodellen. Ut i fra den kan en tenke gjennom hvordan en konkret undervisningssituasjon kan tilrettelegges. En tar utgangspunkt i komponentene i denne modellen.



Figur 1 er en illustrasjon av den didaktiske relasjonsmodellen (Kristoffersen, 2006: 246 f.).

### **3.4 Livskvalitet**

Siri Næss er en av flere personer som har definert begrepet livskvalitet. Hun sier at i hvilken grad en person er aktiv, har samhørighet, har selvfølelse og har en grunnstemning av glede er

avgjørende i forhold om en person har det godt og har høy livskvalitet. Hennes definisjon av livskvalitet er relevant i forhold til pasienter som er kronisk syke og er aktuell for pasienter med KOLS. For en pasient med KOLS vil det være viktig å være aktiv og å oppleve noe meningsfullt, ha samhørighet og følelsen av å mestre. Siri Næss mener at en grunnstemning av glede sees i sammenheng med å ha fravær av uro, bekymringer og smerte. Hun ser også en grunnstemning av glede i sammenheng med at en person er åpen og mottakelig overfor den ytre verden og ikke lukker seg mot omverdenen. Noen mener at skal en ha en grunnstemning av glede, må en også føle litt bekymring og uro. Dersom en alltid hadde følt glede, ville ikke denne følelsen vært så verdifull (Rustøen, 2002: 17 ff.).

Livskvalitet er et subjektivt begrep. Det står i sammenheng med det gode liv og handler om hva et menneske definerer som et godt liv for seg. Dette handler om personens egen oppfatning. Livskvalitet dreier seg også om fysiske, psykologiske, sosiale og eksistensielle sider ved livet. Det er også tilknyttet hvilke verdier, forventninger, mål og meninger en har i livet.

Det er gjort ulike studier angående hvordan pasientgrupper har det på et gitt tidspunkt eller over tid. Målsetningen med dem er å få vite hvordan sykdom og behandling påvirker en pasient. Slike studier viser at sykepleieres oppfatning av hvordan en pasient har det ikke alltid stemmer overens med hvordan vedkommende selv opplever sitt liv (Rustøen, 2005: 39).

Skal man i hjemmesykepleien utøve sykepleie for å øke livskvaliteten hos en pasient med KOLS, er det viktig å ha kunnskaper om hvordan livskvalitet defineres. Jeg mener denne bevisstheten må være en av ”grunnpilarene” hos en sykepleier i utøvelse av sin praksis for å hjelpe en KOLS – pasient til å oppnå livskvalitet.

### **3. 5 Mestring**

Det er viktig at sykepleieren klargjør for KOLS – pasienten at et av formålene med behandlingen er å lære å leve med sykdommen sin, mestre sin situasjon (Sorknæs, 2007: 340). Mestring kan forstås som en mobilisering av en person sine ressurser. Utfallet av mestring er avhengig av en persons egne strategier og ressurser, hvor krevende en situasjon er og i hvilken grad omgivelsene støtter eller hindrer mestringen. Det er to hovedkategorier av

mestring, problemløsende mestring – eller følelsesfokusert mestring. Problemløsende mestring innebærer alle handlinger som er rettet mot å endre noe ved pasienten selv og/eller den aktuelle situasjonen. Den følelsesfokuserte mestringen innebærer kognitive aktiviteter og har som hensikt å endre selve opplevelsen av stress – situasjonen. Mestring er mennesket sin opplevelse av å kunne påvirke sin situasjon. Å oppleve mestring er positivt for livskvaliteten (Lazarus og Folkman 1984, Håkonsen 2000). Det hevdes at jo bedre opplevelser mennesker har av mestring, er det rapportert mer tilfredshet med livet, livskvalitet. Mestring kan for eksempel relateres til hva en KOLS – pasient gjør for å håndtere åndenød. Tiltak som vektlegger økt mestringsforventning og evnene til å mestre den daglige livssituasjonen, synes å bidra positivt til pasientens livskvalitetsopplevelse (Fjørtoft, 2006: 53 – 54).

Mestring fører til konsekvenser som både er kortsiktige og langsiktige. Kortsiktige effekter kan være fysiologiske endringer og positive eller negative følelser. Langsiktige effekter av mestring i tilknytning til en eller flere hendelser er utdypet som livskvalitet, helse – og sykdom, velvære og sosial funksjon (Gjengedal m.fl., 2007: 47)

## **4. Metode**

### **4. 1 Metodebegrepet**

Metode kan defineres som ”en framgangsmåte for å frembringe eller etterprøve påstander som fremsettes med krav om å være sanne, gyldige eller holdbare”. Metoden sier noe om hvordan en bør gå frem for å innhente eller etterprøve kunnskap (Dalland, 2007: 80).

Utgangspunktet for å velge en bestemt metode er at jeg skal belyse problemstillingen min på en best mulig måte.

Det skilles mellom kvantitative og kvalitative metoder. Kvalitativ metode er relatert til forskningsprosedyrer. De gir bl.a. beskrivende data; menneskers egne skrevne eller talt ord og observerbare adferd. Kvantitativ metode har som hensikt å forme informasjon om til målbare enheter (Olsson og Sørensen, 2006: 68f.).

### **4.2 Valgt metode**

Jeg har valgt litteraturstudie som metode for min oppgave. Litteraturstudier henter sine ”data” fra bøker, vitenskapelige artikler og annet skriftlig materiell. Problemstillingen er bl.a. avgjørende for hvor en innhenter data. Dataene kan en ha funnet i vitenskapelige artikler. En vurderer og drøfter den teorien en finner i faglitteratur opp mot innhentede data. Litteraturdata i sammenheng med resultatregjørelsen hentes gjerne fra 5 – 6 vitenskapelige artikler eller andre relevante vitenskapelige rapporter (Olsson og Sørensen, 2006: 91).

Et litteraturstudium bygger på sekundærdata. Sekundærdata er informasjon som fra tidligere er samlet inn av bl.a. forskere, eller utgjør det som kan kalles prosessdata/registerdata og regnskapsdata fra for eksempel Statistisk sentralbyrå. Det regnes også sammenstillinger av publiserte vitenskapelige artikler (Olsson og Sørensen, 2006: 36).

Problemstillingen jeg har valgt er: ”Hva kan en som sykepleier gjøre for at pasienter med KOLS skal oppnå best mulig livskvalitet?”. Jeg har søkt etter artikler i forhold til problemstillingen. Søkene har vært i vitenskapelige databaser og i skandinaviske fagblader som er tilknyttet sykepleiere. Jeg har brukt databaser som ProQuest og Svemed. De nevnte

databasene har jeg brukt for å sjekke om det er gjort relevant forskning i henhold til min problemstilling. I arbeidet med denne oppgaven har jeg fått noe erfaring med å bruke vitenskapelige databaser. Det ser jeg på som positivt. Som framtidig sykepleier vil det være nyttig å kunne gjøre bruk av slike databaser for å innhente informasjon. Jeg erfarte snart at det ikke var så lett å finne publikasjoner som passet i forhold til min problemstilling. De på høyskolebiblioteket var svært behjelpelige.

På tross av at det ikke var så enkelt å finne relevante publikasjoner synes jeg at litteraturstudium har vært en bra metode for å finne svar på min problemstilling.

#### ***4. 3 Framstilling av litteratursøkeprosessen***

Med viten og bestemmelse om at jeg skulle bruke litteraturstudium som metode, arbeidet jeg med å finne hvilke begreper som var de aller beste i tilknytning til min problemstilling. Begrepene var KOLS, livskvalitet, mestring, sykepleie, hjemmesykepleie og pasientopplæring som jeg syntes var hensiktsmessige søkeord.

Jeg innhentet informasjon fra vitenskapelige databaser og brukte søkebasene Svemed, Norart og Ovid. I starten brukte jeg søkeord i følgende kombinasjoner; KOLS og livskvalitet, KOLS og mestring, KOLS og sykepleie, KOLS og hjemmesykepleie og livskvalitet og sykepleie. De fleste av disse søkene ble gjort på engelsk. Alle de 3 nevnte søkebasene gav meg treff. I Svemed fikk jeg for eksempel tilgang til 6 forskningsartikler med søkeordene KOLS og livskvalitet. Da jeg så nærmere på disse artiklene, inneholdt de lite data som jeg kunne anvende i forhold til sykepleierpraksis. Jeg søkte videre med ordene livskvalitet og sykepleie. Det gav meg ingen treff i de nevnte søkebasene.

Jeg tok også kontakt med læring – og mestringssenteret. Etter samtale med dem kom jeg fram til søkeordene COPD, nursing, patient teaching, patient education, pulmonary rehabilitation og navnet, Frode Gallefoss, som har skrevet en doktorgradavhandling relatert til KOLS. Ved hjelp av ansatte på høyskolebiblioteket ble jeg oppfordret til å bruke søkebasen ProQuest. De hjalp meg å finne en artikkel i nevnte søkebase med ordene chronic obstructive pulmonary disease og pulmonary rehabilitation. De hjalp meg også til å finne en artikkel av Frode Gallefoss hvor søkeordene var navnet hans, COPD og patient education. I Svemed fant jeg en

artikkel med søkeordene COPD, nursing og patient teaching. Disse artiklene var rettet mot pasientopplæring og opptreningsprogram og var ikke direkte rettet mot hjemmesykepleie. Artiklene inneholdt relevante begrep i forhold til livskvalitet. Ved gjennomsyn av disse publikasjonene så jeg aktualiteten i forhold til områder som sykepleier kan ha fokus på når det gjelder KOLS, livskvalitet og hjemmesykepleie. Jeg så også sammenhengen hvor viktig det er som sykepleier i hjemmetjenesten å motivere pasienter til å delta på opplæringsprogram. Det ble vurdert om det kanskje hadde vært best at problemstillingen min ble endret i forhold til KOLS og mestringskurs. Da ville jeg hatt fokus på hva en som sykepleier i samarbeid med andre yrkesgrupper kan gjøre for en KOLS – pasient på et slikt kurs. Raskt ble bestemmelsen at jeg ”stod fast” ved min problemstilling og avgrensning i forhold til en sykepleier sin praksis i hjemmetjenesten.

I søkebasen ProQuest fant jeg også en publikasjon med søkeordene home care services, COPD og quality of life. Jeg håpet publikasjonen var aktuell siden den var relatert til hjemmesykepleie. Funnene i denne publikasjonen viste at det ikke var noe særlig bedring i helserelatert status og selvhjelpenhet, og det ble anbefalt at flere undersøkelser burde gjøres. På bakgrunn av dette har jeg ikke brukt denne publikasjonen.

På forhånd satte jeg opp noen kriterier for å begrense søkene mine. Et av dem er at helse – og sosialfagene er sammensatte fag med stor spennvidde og mangfold. Det kan bl.a. være rimelig å avgrense det fagområdet en ønsker å søke i. Jeg avgrenset søkene til COPD, nursing, patient teaching, patient education og pulmonary rehabilitation. Et annet kriterium er at det er bra å velge et tidspunkt det er aktuelt å søke innenfor. På forhånd hadde jeg bestemt meg for ikke å bruke artikler eldre enn 10 år. Det viste seg å ikke være så lett å finne aktuelle artikler innenfor den tidsperioden, så en av artiklene jeg fant er eldre enn 10 år. Jeg gjorde også avgrensinger angående språk og søkte på artikler som er på skandinaviske språk og engelsk. Språk utover de nevnte, behersker jeg ikke, og så det da som urelevant å finne artikler på et annet språk. Personene som deltok i studiene, kunne bo både hjemme og på ulike institusjoner, men for mitt vedkommende var det mest interessant å lese om personer som bodde hjemme. (Dalland, 2007: 67f.)



#### **4.4 Kvalitetsvurdering og kildekritikk**

Med kildekritikk menes at en må vurdere å karakterisere de kildene som er benyttet.

Intensjonen er at de som leser skal få del i de refleksjonene en har gjort seg og om hvilken relevans og gyldighet litteraturen har når det gjelder å belyse en problemstilling.

Kritikken må sees i sammenheng med hva kildene skal belyse. Jeg satte opp noen kriterier da jeg fant de 3 forskningsartiklene. Det ene var at undersøkelsene skulle ha et klart formulert formål, og om dette hadde relevans i forhold til min problemstilling. Et annet var at det skulle gå fram av artikkelen hvilken metode som er brukt, og at denne er aktuell i forhold til undersøkelsens formål. Jeg var bevisst på at metoden i artiklene skulle gi troverdig kunnskap, og at kravene til validitet og reliabilitet var oppfylt. Med validitet menes at det som måles må ha relevans og være gyldig for problemet som undersøkes. Reliabilitet handler om at målinger må utføres korrekt og at eventuelle feilmarginer angis. Jeg vurderte også om det kom klart frem i undersøkelsen hvem som er utvalget. Resultatene sjekket jeg om var i overensstemmelse med virkeligheten, og om de var kontrollerbare. Artiklene jeg brukte var som nevnt hentet fra vitenskapelige databaser på biblioteket. Disse databasene er kvalitetssikret. Med bakgrunn i det som er nevnt her, mener jeg å ha hatt fokus på kvalitetskriterier i utvelgelse av mine forskningsartikler (Dalland, 2007: 48, 64ff.).

#### **4.5 Forskningsetiske overveielser**

Jeg har valgt å skrive ei litteraturoppgave og har gjort etiske overveielser når jeg har lett etter forskningsartikler. Helsinkideklarasjonen er sentral. Denne vektlegger grunnleggende prinsipper for medisinsk forskning på mennesker. Et av de sentrale punktene i denne deklarasjonen er at hensynet til forsøkspersonens helse og integritet må gå foran hensynet til forskning og samfunn. Gjennom offentlige forskningsvern legges det stor vekt på å beskytte forsøkspersoner. Grunnlaget for den tenkningen som er i dag omkring forskning og etikk, bygger på Nürnbergkoden fra 1946. Med utgangspunkt i denne og Helsinkideklarasjonen er det utarbeidet etiske retningslinjer for sykepleierforskning. I Norge og de fleste land er der forskningsetiske komiteer. Disse komiteene gir bl.a. råd og veiledning om forskningsetiske spørsmål ut i fra etiske normer og verdier som mange aksepterer i samfunnet. Selv om det er forskningskomiteer i mange land som har en "opsikt" før forskningsprosjekt settes i gang, synes jeg det er viktig at hver enkelt er bevisst etiske overveielser som at de som deltar i en undersøkelse, er beskyttet, som autonomiprinsippet. Etiske overveielser i forhold til forskning

er å være seg bevisst om hvem som kan ha nytte av kunnskapene som frembringes, og om disse kan bidra med noe ovenfor de personene som er involvert i et prosjekt (Dalland, 2007: 234f.). De forskningsartiklene jeg har brukt, har jeg vært bevisst at prinsippet om ikke å skade er oppfylt (Olsson og Sørensen, 2006: 58). Jeg har vært sannferdig ved gjengivelse av resultater i artiklene.

## 5. Presentasjon av vitenskapelige artikler

Nedenfor er det en presentasjon av de tre vitenskapelige artiklene som er brukt for å finne svar på min problemstilling.

### 5.1 Artikkel 1

Gallefoss, Frode (2002) har gjort forskningsstudiet, *The effects of patient education in COPD in a 1 – year follow – up randomized, controlled trial.*

Dette er et randomisert – og kontrollert oppfølgingsstudie med en kontrollgruppe. Pasientene som deltok bodde i Vest – Agder, Norge. Hensikten var å se på konsekvenser av opplæring hos KOLS – pasienter. Fokuset var også å se på den helseøkonomiske effekten. Det ble vektlagt at pasientene skulle delta aktivt selv i denne opplæringen.

62 pasienter med mild - til moderat grad av KOLS deltok. Innrulleringen til studiet ble foretatt i 1994 – 1995. 26 pasientene deltok i opplæringsgrupper på 2 x 2 timer med en ukes mellomrom. I etterkant ble de fulgt av en sykepleier og fysioterapeut. Oppfølgingsstudiet pågikk i 1 år. I kontrollgruppen var det 26 pasienter. Av pasientene ble det gjort en del undersøkelser. Det ble målt grad av ”tilfredshet” med bruk av skjemaet, ”Omnibus Survey”, og respirasjonene ble kartlagt med skjemaet, ”The St. Georg`s Respiratory Questionnaire”. Pasientene både i studiet og kontrollgruppen svarte på disse skjemaene. Det ble også foretatt gangtester.

Etter endt studie viser resultatene at de som deltok i opplæringen, var mer tilfreds med helsepersonell. Det var også helseøkonomisk gevinst angående denne gruppen.

### 5.2 Artikkel 2

Theander, Kersti, Jakobsson, Per, Jörgensen, Nils og Unosson, Mitra (2008) har gjort forskningsstudiet *Effects of pulmonary on fatigue, functional status and health perceptions in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a randomized controlled trial.*

Dette er en randomisert studie med kontrollgruppe. Studiet var tilknyttet Linköping, Sverige.

Hensikten var å finne ut om de pasientene som deltok på rehabiliteringsprogrammet, opplevde mindre utmattelse, fikk økt funksjonalitet og bedring i tilfredshet. Det ble undersøkt om trening har effekt på utmattelse og tilfredshet.

Det var 55 personer som begynte på rehabiliteringsprogrammet. 3 uker etter sluttet 25 personer, og det var 30 pasienter som var med i det videre studiet. 12 pasienter gjennomførte programmet, og 14 pasienter utgjorde kontrollgruppen. 4 personer "falt fra" av ulike grunner som dødsfall og nye sykdommer. De som deltok i programmet gjennomførte øvelser og trening to ganger i uken i en 12 – ukers periode. Lungekapasiteten ble målt med et spirometer og erfaringene med utmattelse var kartlagt med bruk av spørsmål. Det var også gjort kartlegging angående funksjonell status ved bruk av gangtest.

Pasientene som deltok i programmet økte gangdistansen med 40,6 meter. Funnene viser at det var ingen signifikante forskjeller mellom gruppene, og resultatene var under klinisk grense for målbarhet. Rehabiliteringsgruppen viste litt bedring med tilfredshet angående noen dagligdagse aktiviteter og følte seg litt mer selvhjulpne.

### **5.3 Artikkel 3**

Efraimsson, Österlund, Eva, Hillervik, Charlotte og Ehrenberg, Anna (2007) har gjort forskningsstudiet *Effects of COPD self – care management education at a nurse – led primary health care clinic*.

Dette er også en randomisert studie med kontrollgruppe. Studiet var gjort Falun, Sweden. Hensikten var å undersøke effekten av strukturert opplæring ved en sykepleierledet helseklinikk. Det ble vektlagt å gi pasientene kunnskap om KOLS og opplæring i røykeslutt. Et annet fokus var å støtte pasientenes holdninger til selvpleie, og hvordan relatere dette til pasientenes unike evner. Hensikte var også å hjelpe pasientene til å mestre sin egen sykdom og deriblant behandling de mottok.

52 pasienter deltok i studiet. 26 pasienter utgjorde hver av gruppene. Pasientene hadde fra mild – til alvorlig grad av KOLS. Enkelte av disse pasientene hadde angst og depresjoner. Opplegget pågikk i en 10 - måneders periode i årstallet 2004. Det var gitt spørsmål angående

pasientenes røykevaner og kunnskaper om KOLS (Fisher`s exact test). Livskvaliteten ble også sjekket ut med (Mann – Whitney U – test).

Funnene viser at pasientene som deltok i opplæringen fikk en bedring av symptomene i forhold til hoste, dyspné og pipende pust. Det blir også rapporterte økning i henhold til aktiviteter som egenhygiene, utførelse av psykiske øvelser, den psykososiale helsetilstanden ble merkbart bedret, tilfredshet med sykepleierkonsultasjonene i opplegget og økning i livskvalitet. Det var ingen endring av resultater i kontrollgruppen.

## 6. Drøftingsdel

Jeg vil drøfte valgte artikler opp mot hverandre. Drøftingen vil være vektlagt ut i fra begrepene empowerment, mestring og livskvalitet. Jeg belyser ulike tiltak som gir gode resultater, fremmer motivering og egenaktivitet.

### **6.1 Drøfting ut i fra empowerment**

I alle studiene deltok pasientene med en form for aktivitet, men det er bare det tredje studiet som vektlegger begrepet motivasjon, og at opplegg ble laget i samhandling mellom pasient og sykepleier. I dette studiet mottok pasientene i intervensjonsgruppen utdanning som var basert på den enkeltes behov og unike evner. Det pedagogiske opplegget var basert på motivasjonsdialog. Det var også tatt hensyn til den enkelte pasient sin alvorlighetsgrad av KOLS, alder, kognitive evner og livsstil.

I det første studiet oppgis det at pasientene skulle delta aktivt. Det står at de mottok behandlingsplaner angående selvmedisinering når de merket symptomer på forverring, men det står ikke at pasientene var med i utforming av disse planene. I en to – ukers periode skulle pasientene skrive resultatene av PEF – målingene i en dagbok. Det å gjøre notering visert at pasienten utfører noe, men er ikke synonymt med begrepet aktivitet.

I det andre studiet deltok pasientene med fysisk aktivitet, mottok undervisning og deltok i diskusjoner med en terapeut, men pasientene var ikke integrert i utformingen av treningsprogram og undervisning. I kritikken av artikkel 2 står det at pasienter trenger mer enn kunnskaper og ferdigheter angående KOLS. Det er viktig at pasientene integreres og ser nytten av det de har lært.

For at en person skal være motivert for å lære, er det viktig at de får delta i prosessen med å bestemme mål og innholdet i opplegget (Kristoffersen, 2006: 246). Indre motivasjon er viktig for empowerment. Når det gjelder empowerment, er det viktig at den enkelte pasient er delaktig i å definere behov og problemer. Deltakernes avgjørelser er viktige for empowerment (Tveiten, 2007). Det tredje studiet referer til at det ble laget individuelle opptreningsplaner som var basert på samhandling mellom pasient, KOLS – sykepleier og fysioterapeut. Ut i fra

det som er nevnt her, ser en at det tredje studiet vektla at pasientene var inkludert, motivert og var selvdeltakende. Disse begrepene er viktige for empowermentprosessen. I artikkel 1 og 2 står det henvisning til at pasientene mottok undervisning og treningsprogram, men ikke at de var inkludert i utformingen av opplegg. Jeg synes det var positivt at pasientene i det første studiet noterte PEF – målinger i en dagbok. Et begrep som kan beskrive litt av empowermentprosessen, er selvbevissthet (Tveiten, 2007). Det å notere slike målinger som det ble referert til at pasientene gjorde, mener jeg kan gi en økt bevisst om ens respirasjon. Resultatene kan for eksempel gjøre en pasient oppmerksom på om det er forskjeller i respirasjonen i løpet av et døgn. På bakgrunn av dette ivaretar opplegget i det første studiet begrepet selvbevissthet, som forklarer litt av empowermentprosessen.

Siri Næss ser på begrepet livskvalitet. Et av områdene hun vektlegger i sin definisjon er en persons grad av aktivitet. Begrepet aktivitet kan relateres til et menneske sin opplevelse av selvkontroll over egne handlinger. (Rustøen, 2002: 18). Verdens helseorganisasjon (1998) definerer empowerment som en prosess der mennesker oppnår større kontroll over beslutninger og handlinger som berører helse. På bakgrunn av dette ser jeg at en persons opplevelse av kontroll i forhold til handlinger, er en ”komponent” som begrepene livskvalitet og empowerment inneholder.

Ovenfor har jeg drøftet artiklene med utgangspunkt i begrepet empowerment, og artikkel 3 mener jeg best referer til tiltak som ivaretar pasientenes selvdeltakelse. Denne artikkelen referer til at pasientene i opplæringsgruppen fikk økt livskvalitet etter endt studie. Med bakgrunn i dette mener jeg at denne artikkelen viser til viktige elementer i sitt opplæringsprogram som jeg mener vil være relevante for en sykepleier i hjemmetjenesten å ha kjennskap til, for at en KOLS – pasient skal oppnå best mulig livskvalitet. Ut i fra den nevnte artikkelen, vil jeg poengtere hvor viktig det er at en sykepleier i hjemmetjenesten bygger på pasientens behov og unike evner når det skal utarbeides et opplegg. I artikkelen får en også kjennskap til at pasientene var med og bestemte mål og innhold. Det var fokus på motivasjonsdialoger med pasientene, og opplegget var tilpasset ut i fra en persons forutsetninger. I artikkel 1 vil jeg ”trekke fram” bruken av dagbok som jeg mener kan være en hjelp for pasientenes bevisstgjøring av sin tilstand, og at notasjonene kan anvendes i refleksjoner. Tiltak som er oppsummert her, mener jeg kan bidra til at en KOLS – pasient kan oppleve medvirkning, empowerment, og at dette igjen kan føre til økt livskvalitet.

## **6.2 Drøfting ut i fra mestring**

Resultatene i artikkel 1 viser at de i kontrollgruppen var til behandling hos lege 3 ganger mer enn de som deltok i pasientopplæringen. Alle som deltok i opplæringen, var fornøyde med oppfølgingen de fikk av lege, og bruken av inhalatormedisiner ble redusert med 50 %.

Resultatene viser også at de på studiet lærte selv å behandle forverringene og oppgav lettere daglige symptomer. De som deltok fikk økt pasienttilfredsstillelse og stolte mer på helsepersonell. Livskvaliteten ble oppgitt som uforandret.

Artikkel 2 oppgir bare små signifikante endringer mellom gruppene. Etter 12 uker var det ingen forskjeller når det gjaldt hyppighet, varighet – og alvorlighetsgrad av trøtthet. Kontrollgruppen oppgav lavere frekvens av utmattelse. Rehabiliteringsgruppen gjorde det bedre på gangtesten. Hos rehabiliteringsgruppen var det små endringer når det gjaldt noen prestasjoner og utvalgte aktiviteter relatert til fritid og produktivitet. Disse områdene var ikke kartlagt i kontrollgruppen.

I den tredje artikkelen oppgis det at pasientene i intervensjonsgruppen fikk reduksjon av symptomer som hoste, slim, dyspnè og pipende pust. Det blir også rapporterte økning i henhold til aktiviteter som egenhygiene, utførelse av psykiske øvelser og den psykososiale helsetilstanden ble merkbart forbedret. Det var ingen forbedringer i kontrollgruppen.

På bakgrunn av det som er nevnte ovenfor, ser en positive resultater når det gjelder det første og tredje studiet. Mestring er mennesket sin opplevelse av å kunne påvirke sin situasjon (Laszarus og Folkman, 2006). I artikkel 1 oppgis det bl.a. at de lærte å behandle forverringer av sin sykdom og styrking av egenvurderingsevne. Artikkel 2 referer til at pasientene fikk informasjon om deres sykdom, forverringstilstander og ble gitt råd om hvordan hver enkel pasient skulle ivareta seg selv. I det tredje studiet var det vektlagt emner som at pasientene skulle takle sykdom og behandling. Opplegget inneholdt også vurdering og instruksjon av hosteteknikker for å unngå infeksjoner, avspenningsteknikker, refleksjoner angående pasientenes røykevaner og hvordan mestre sine pusteproblemer.

Ut i fra det som er nevnt her, mener jeg at alle studiene henviser til noe som pasientene lærte å gjøre i forhold til sin sykdom. Jeg vil si at de lærte informasjon som kunne hjelpe dem til mestring. Skal en person utføre noe som er lært, ser jeg viktigheten av begrepet motivasjon.



Motivasjon er en kraft som får en til å sette i gang med en handling (Imsen, 1984). Slik jeg ser det, må pasienten være motivert dersom vedkommende skal iverksette en lært mestringsstrategi. På bakgrunn av at det skjedde positive endringer i intervensjonsgruppene i det første - og tredje studiet, som at pasienter oppgav lettere daglige symptomer (artikkel 1) og bedring i egenhygiene (artikkel 3), mener jeg disse pasientene lærte å påvirke sin situasjon. De endret for eksempel handlingsmønster og tankegang, og jeg vil kalle det for mestring. Som nevnt oppgis det lite positive resultat i artikkel 2, og en kan anta ut i fra dette, at de ikke fikk særlige endringer i forhold til opplevelsen av å kunne påvirke sin situasjon.

I artikkel 2 er det gjort refleksjoner angående hvorfor det ikke var bedre resultater i rehabiliteringsgruppen. Det deltok få pasienter i studiet, 12 i rehabiliteringsgruppen og 14 i kontrollgruppen. I kontrollgruppen var det 10 menn, og i den andre gruppen deltok 4 menn. Det står i artikkelen at menn har gjerne raskere effekt av fysisk trening, og at dette kan ha vært en av grunnene til at de i kontrollgruppen følte seg i bedre form. Dette blir bare antagelser. I artikkel 3 står det referert til at utvelgelsen angående hvem som skulle delta i intervensjons – og kontrollgruppen, var nøye gjennomtenkt. Det ble dannet mest mulig like par som utgjorde en pasient i hver av de nevnte gruppene. Likhetene var valgt ut i fra kriterier som samme grad av sykdommen KOLS og kjønn. På denne måten ble det inndelt i to mest mulig homogene grupper. Jeg synes det er svært positivt at de som foretok det tredje studiet, tenkte gjennom at det skulle være mest mulig likhet mellom gruppene.

For at mennesker skal bedre den fysiske formen, oppgis det i artikkel 2 at det bør trenes 3 ganger i uken, og ikke 2, slik som det ble gjort i dette studiet. Dette kan også ha vært en av grunnene til at pasientene i rehabiliteringsgruppen ikke opplevde at de følte seg i bedre form. Det oppgis også grunner som at trening kan føre til utmattelse, men ”på sikt” hvis det skjer fysikalske endringer, så kan dette føre til at pasientene føler seg mindre utmattet. De ulike refleksjonene som her og står i artikkel 2, blir bare spekulasjoner hvorfor resultatene angående rehabiliteringsgruppen ikke var bedre. Jeg tror at pasientene i dette studiet ikke gjorde særlige endringer i sine mestringsstrategier.

Det å oppleve mestring er positivt for livskvaliteten (Lazarus og Folkman 1984, Håkonsen 2000), og det hevdes at jo bedre opplevelser mennesker har av mestring, dess mer tilfredshet med livet, livskvalitet, kan en person oppleve (Fjørtoft, 2006: 53 – 54). Ut i fra det nevnte ser en hvor viktig det er at sykepleien til en KOLS – pasient er rettet mot mestring.

Det menes at KOLS – pasienter bør få tilbud om veiledning og undervisning for å mestre hverdagen (Sorknæs, 2007). Alle artiklene henviser til opplæringsprogram, og for en KOLS – pasient er det viktig å motta opplæring i sin sykepleie.

En sykepleier i hjemmesykepleien kan for eksempel sjekke ut om det finnes mestringskurs som en pasient kan delta på. Jeg mener at både artikkel 1 og 3 viser til gode tiltak som er relevante for at en person med KOLS kan oppleve mestring. Ut i fra artiklene vil jeg ”trekke fram” tiltak som jeg mener en sykepleier i hjemmetjenesten kan vektlegge i sin praksis for at en person med KOLS kan oppleve best mulig mestring. I opplæringen mener jeg en sykepleier skal ha fokus på hvordan en pasient selv skal behandle forverring av sin sykdom. Jeg synes også det er positivt at pasientene får styrket sin egenvurderingsevne. Ut i fra artiklene oppgis det også at det ble gitt opplæring angående refleksjoner om røykevaner, avspenningsøvelser, hosteteknikker og mestring av pusteproblemer.

Jeg mener det er viktig at en sykepleier gjennom direkte observasjoner kartlegger pasientens mestringsevne. En sykepleier kan også hjelpe en pasient med positive mestringsstrategier. Dette kan være at en pasient i gitte situasjoner har lært å sette i gang pusteteknikker for best mulig kontroll over pusten (Brodtkrob, 2008: 330 ff.). Når det gjelder opplæring av KOLS – pasienter og mestring, mener jeg det er bra å ha fokus på at pasienter får bevissthet angående problemløsende – og følelsesfokuserede strategier (Lazarus og Folkman 1984, Håkonsen 2000). Dersom en sykepleier er seg bevisst i sin praksis at en pasient skal oppleve mestring og vektlegger nevnte tiltak, mener jeg det er stor sannsynlighet for at en KOLS – pasient vil oppleve bedre livskvalitet.

### **6.3 Drøfting ut i fra livskvalitet**

Siri Næss ser på begrepet livskvalitet som en sammenheng med grad av aktivitet, selvfølelse og en grunnstemning av glede (Rustøen, 2002). Det andre studiet måler ikke livskvaliteten hos pasientene, men tidligere i drøftingen har jeg konkludert med at pasientene ikke opplevde særlig empowerment og mestring, og at jeg ser disse begrepene som relevante i forhold til et menneske sin opplevelse av livskvalitet. På bakgrunn av dette tror jeg ikke at pasientene i dette studiet økte sin grad av livskvalitet.

I artikkel 1 oppgir ikke pasientene bedring angående livskvaliteten. Studiet oppgir selv forklaringer som de mener gir svar på hvorfor det var slik. Utformingen av dette opplegget har lenger tradisjon for å drives blant astmatikere, enn pasienter med KOLS. Astmatikerne har ikke så store variasjoner angående respirasjonen, og det oppgis at denne type program passer bedre for den nevnte sykdomsgruppen. Astmatikerne oppgav de hadde mer tro på at opplæringsprogrammet skulle hjelpe dem, motivasjon, enn KOLS – pasientene. Motivasjonen er viktig for pasientmedvirkning, og engasjement sees i sammenheng med livskvalitet. Det at pasientene ikke var så motiverte for opplæringen, er jeg enig i at kan være en forklaring på hvorfor deltakerne i programmet ikke oppgav bedre livskvalitet. Ut i fra dette ser jeg hvor viktig det er at en pasient har tro på at et opplæringsprogram kan hjelpe, og at dette er en viktig faktor for at en pasient kan oppleve bedre livskvalitet.

Ut i fra drøftingen relatert til livskvalitet, vil jeg nevne noe som jeg mener en sykepleier må være bevisst på kan være avgjørende for at en KOLS – pasient skal kunne bedre sin livskvalitet. En KOLS – pasient må være integrert i utformingen av sitt opplegg, se selv at vedkommende har et behov, være motivert for å igangsette en handling og opprettholde lysten.

## 7. Konklusjon

Jeg ønsket i denne oppgaven å finne ut av følgende problemstilling:

*Hva kan en som sykepleier gjøre for at pasienter med KOLS skal oppnå best mulig livskvalitet?*

I oppgaven blir det satt fokus på at empowerment og mestring er viktig for at en KOLS – pasient skal oppleve livskvalitet. I artiklene refereres det til opplegg og resultater i forhold til pasient – og rehabiliteringsprogram. Slike studier som disse artiklene henviser til, mener jeg kan være svært nyttige for en sykepleier i hjemmetjenesten å tilegne seg kunnskaper fra. Det oppgis bl.a. gode resultater i studiene. Ved å lese en studie får en bekreftet mye av hva teorien anbefaler at en som sykepleier skal utøve i sin praksis, og en blir påminnet om at dette fører til resultater. Det har også vært lærerikt for meg å lese artikler med ikke like gode resultater. Slike artikler kan gi økt bevissthet om sin egen praksis, og hva andre har praktisert og funnet ut at ikke fungerer så godt.

Når det gjelder hva en i hjemmesykepleien kan gjøre for at KOLS – pasienter skal bedre sin livskvalitet, ser jeg viktigheten av at en pasient mottar opplæring. I utformingen av et opplegg, må pasienten være integrert. Sykepleieren må være seg bevisst hvor viktig det er at pasienten selv ser sitt behov og at vedkommende er motivert for å sette i gang - og opprettholde lysten angående en handling (motivasjon). En sykepleier må vite hvor viktig det er at en pasient lærer hensiktsmessige mestingsstrategier for å kunne påvirke sin situasjon (mestring) og legger best mulig til rette slik at en pasient kan oppleve brukermedvirkning (empowerment). Har en sykepleier inntatt en slik bevissthet og har kjennskap til nevnte tiltak, tror jeg dette vil være positivt for utøvelse av sykepleien til KOLS – pasienter slik at de kan oppnå best mulig livskvalitet.

## Referanseliste

Andenæs, R. Theoretical background I: *Psychological distress, coping, and quality of life among patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD)* s. – 28 The Medical Faculty, University of Oslo

Brodtkorb, K. (2008) Respirasjon og sirkulasjon I: *Geriatrisk sykepleie* red. Krikevold, M., Brodtkorb, K og Ranhoff, A. H. s. 319 – 332 Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo

Dalland, O. (2007) Hvordan blir kunnskap til? I: *Metode og oppgaveskriving for studenter* s. 44 – 59 Gyldendal Norsk Forlag, Oslo

Dalland, O. (2007) Kildebruk og kildekritikk I: *Metode og oppgaveskriving for studenter* s. 60 – 79 Gyldendal Norsk Forlag, Oslo

Dalland, O. (2007) Hva karakteriserer en metode? I: *Metode og oppgaveskriving for studenter* s. 80 - 97 Gyldendal Norsk Forlag, Oslo

Dalland, O. (2007) Ethiske overveielser og personvern I: *Metode og oppgaveskriving for studenter* s. 232 – 253 Gyldendal Norsk Forlag, Oslo

Dysthe, O. og Igland, M. A. (2001) Vygotskij og sosiokulturell teori I: *Dialog, samspill og læring*, red. Dysthe, O. s. 73 – 90 abstrakt forlag AS, Oslo

Eide, T. og Eide, H. (2006) Grunnleggende begreper I: *KOMMUNIKASJON I PRAKSIS Relasjoner, samspill og etikk i sosialfaglig arbeid* s. 32 – 74 Gyldendal Norsk Forlag, Oslo

Efraimsson, Österlund, Eva, Hillervik, Charlotte og Ehrenberg, Anna (2007) Effects of COPD self – care management education at a nurse – led primary health care clinic. I: *Scandinavian Journal of caring Sciences* Vol. 22 No.2 Jun 2008 s.178 - 185 Tilgjengelig: Søkbase, Svemed

[Lest: 25.02.09.]

Elvemo, J. (2003) De ulike faktorerers innvirkning I: *Lese- og skrivevansker Teori, diagnose og metoder* s. 35 – 62 FAGBOKFORLAGET, Bergen

Fjørtoft, A. K. (2006) Hjemmesykepleiens brukere I: *Hjemmesykepleie Ansvar, utfordringer og muligheter* s. 46 – 101 FAGBOKFORLAGET, Bergen

Fjørtoft, A. K. (2006) Observere og vurderer behov I: *Hjemmesykepleie Ansvar, utfordringer og muligheter* s. 172 – 198 FAGBOKFORLAGET, Bergen

Fjørtoft, A. K. (2006) Samarbeide og samhandling I: *Hjemmesykepleie Ansvar, utfordringer og muligheter* s. 199 – 219 FAGBOKFORLAGET, Bergen

Gallefoss, Frode (2002) The effects of patient education in COPD in a 1 – year follow – up randomized, controlled trial I: *Patient Eudcation And Counseling* 52 (2004) s. 259 – 266  
[Lest: 20.02.09.]

Hanssen, T. A. og Natvig, G. K. (2007) Livskvalitet, helse, stress og mestring I: *Å leve med kronisk sykdom en varig kursendring*, red. Gjengedal, E. og Hanestad, B. R. s. 29 – 102 Cappelen Akademiske Forlag, Oslo

Håkonsen, K. M. (2000) *Mestring og lidelse. Psykiatri for helse- og sosialarbeidere* Gyldendal Norsk Forlag, Oslo

Imsen, Gunn (1984) Grunnleggende menneskelige behov I: *Elevens verden Innføring i pedagogisk psykologi* s. 35 – 53 TANO

Jacobsen, D., Kjeldsen, S.E., Ingvaldsen, B., Lund, K., Solheim, K., ill., Toverud, K., C. og i samarbeid med Boye, N. P. (2004) Lungesykdommer I: *Sykdomslære, indremedisin og anestesi.* s. 126 – 167 Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo

Johannessen, A., Bakke, P., Eagan, T., Eide, G. E., Omenaas, E., Skorge, T. D., Welle, I. og Gulsvik, A. (2006) Hordalandsundersøkelsen ASTMA OG KOLS i en generell voksen befolkning i Vest – Norge I: *ALLERGI I PRAXIS*, nr. 3, s. 26 – 30 [Internett] Tilgjengelig:

[http://www.naaf.no/no/Tjenester/Fagbladet\\_Allergi\\_i\\_Praksis/Allergi-i-Praksis-3--2006/](http://www.naaf.no/no/Tjenester/Fagbladet_Allergi_i_Praksis/Allergi-i-Praksis-3--2006/)

[Lest: 10.02.09.]

Karoliussen, M. (2006) Respirasjon og sirkulasjon I: *Eldre, aldring og sykepleie*, Karoliussen, M. og Smebye, L. K. s. 253 – 301 Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo

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

Kristoffersen, N. J. (2005) Teoretiske perspektiver på sykepleie I: *Grunnleggende sykepleie 4*, red. Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. og Skaug, E. A s. 13 – 99 Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo

Lazarus, R. S. og Folkman, S. (1984) *Stress, Appraisal an coping* Springer Publishing Company, Nex York

Olson, H. og Sørensen S. (2006) Vitenskapelig arbeidsmetode I: *FORSKNINGSPROSESSE Kvalitative og kvantitative perspektiver* s. 29 –43 Gyldendal Norsk Forlag, Oslo

Olson, H. og Sørensen S. (2006) Forskningsetiske aspekter og ulike verdi – og normsystemer I: *FORSKNINGSPROSESSE Kvalitative og kvantitative perspektiver* s. 56 - 63 Gyldendal Norsk Forlag, Oslo

Olson, H. og Sørensen S. (2006) Kvalitativ respektiv kvantitativ forskningsstrategi I: *FORSKNINGSPROSESSE Kvalitative og kvantitative perspektiver* s. 65 - 79 Gyldendal Norsk Forlag, Oslo

Olson, H. og Sørensen S. (2006) Kvalitativ respektiv kvantitativ innsamlingsmetode I: *FORSKNINGSPROSESSE Kvalitative og kvantitative perspektiver* s. 81 - 99 Gyldendal Norsk Forlag, Oslo

Rustøen, T. (2001) Begrepet livskvalitet I: *Håp og livskvalitet - en utfordring for sykepleieren* s. 14 - 41 Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo

Sorknæs, A. D. (2001) Spesiell sykepleie til pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom I: *Klinisk sykepleie, bind 1.*, red. Almås, Hallbjørg s. 338 – 365. Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo

Theander, Kersti, Jakobsson, Per, Jörgensen, Nils og Unosson, Mitra (2008) Effects of pulmonary on fatigue, functional status and health perceptions in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a randomized controlled trial I: *Clinical Rehabilitation* 23 (2009) s. 125 - 136 Tilgjengelig: Søkebase, ProQuest  
[Lest: 29.02.09.]

St. meld. (2006 – 2011) *Nasjonalt strategi for KOLS – området* Tilgjengelig:  
[http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/rapporter\\_planer/rapporter/2006/Nasjonalt-strategi-for-KOLS-området-2006-.html?id=430087](http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/rapporter_planer/rapporter/2006/Nasjonalt-strategi-for-KOLS-området-2006-.html?id=430087) [Lest: 15.02.09.]

Tveiten, S. (2007) Empowerment I: *Den vet best hvor skoen trykker..... Om veiledning i empowermentprosessen* s. 24 – 49 FAGBOKFORLAGET, Bergen

WHO sin def. av empowerment (1998) (sitert i Tveiten, S., 2007, s. 24)

Tveiten, S. (2007) Empowerment I: *Den vet best hvor skoen trykker..... Om veiledning i empowermentprosessen* s. 24 – 49 FAGBOKFORLAGET, Bergen