



NTNU

Kunnskap for en bedre verden

Bacheloroppgave

SY 301813 Sykepleie VI - del 2

Kronisk obstruktiv lungesykdom og mestring i hverdagen

Kandidatnummer: 4429

Antall ord: 8187

Totalt antall sider inkludert forsiden: 57.

Innlevert Ålesund, 22/05/2016.

Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. **Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.**

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å betrakte som fusk og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter NTNUs studieforskrift.	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Rigmor Hammer

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten ([Åndsverkloven §2](#)).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage med forfatter(ne)s godkjennelse.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved NTNU i Ålesund en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. [Jfr. Offl. §13/Fvl. §13](#))

Dato:

Sammendrag

Bakgrunn

KOLS har blitt et folkehelseproblem og det er mer enn 250 000 personer som lider av sykdommen i Norge. I løpet av få år antas det at sykdommen vil være verdens tredje hyppigste dødsårsak. Det er grunnleggende at helsepersonell har kunnskap og forståelse for hvordan sykdom påvirker menneskers livskvalitet, opplevelse av velvære, håp og mestring.

Hensikt

Hensikten med denne oppgaven er å utforske hvilke erfaringer pasienter med kols har og hvordan de mestrer symptomer i hverdagen.

Metode

Metoden for denne oppgaven er en systematisk litteraturstudie der problemstillingen skal belyses ved hjelp av nyere forskning og relevant teori.

Resultat

Tre kategorier ble identifisert: Restriksjoner og isolasjon, tap av kontroll og tanker om døden og fremtiden.

Konklusjon

Deltakerne opplevde restriksjoner og isolasjon på grunn av sykdommen og dens symptomer. Dette skapte følelser som sinne, frustrasjon og håpløshet. Noen deltakere brukte fysisk aktivitet som en mestringsstrategi, mens noen unngikk aktivitet. Deltakerne opplevde også tap av kontroll og uforutsigbarhet på grunn av akutt pustebesvær. På grunn av sykdommens progredierende karakter og kroppslige forandringer, tenkte mange på døden og fremtiden. Empowermentbegrepet er viktig, da det innebærer å styrke pasientens ressurser, muligheter og rettigheter. Å støtte og undervise pasienten, redusere angsten og styrke håpet er en viktig i sykepleien.

Nøkkelord: kols, kvalitativ, erfaringer, symptomer.

Abstract

Background

COPD has become a public health problem with more than 250,000 people suffering from the disease in Norway . Within a few years it is believed that the disease will be the third most frequent cause of death. It is essential that health professionals have the knowledge and understanding of how disease affects people's quality of life, sense of well-being, hope and coping.

Aim

The aim is to investigate the experiences of the people diagnosed with copd, and how they cope with the symptoms in the daily living.

Method

A systematic literature review was conducted with use of data collected from research papers and existing literature on nursing.

Results

Three main subjects was identified: Isolation and restrictions, loss of control and thoughts of death and the future.

Conclusion

Participants experienced restrictions and isolation due to the disease and its symptoms. This created feelings of anger, frustration and hopelessness. Some participants used physical activity as a coping strategy, while some escaped activity. Participants also experienced loss of control and unpredictability because of acute shortness of breath. Because of the disease progressive character and bodily changes, many thought of death and the future. Empowerment is important as it means to strengthen the patient's resources, opportunities and rights. To support and teach the patient, reducing anxiety and strengthen the hope is an important in nursing.

Key words: copd, qualitative, experiences, symptoms

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING.....	1
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	1
1.2 OPPGAVENS HENSIKT	1
1.4 BEGREPSAVKLARING	2
1.5 AVGRENSNINGER	2
1.6 OPPGAVENS VIDERE OPPBYGNING	2
2.0 TEORIBAKGRUNN	3
2.1 HJEMMESYKEPLEIE	3
2.2 MESTRING	4
2.3 MESTRINGSTEORI.....	4
2.4 DOROTHEA OREM'S SYKEPLEIETEORI	6
2.5 EMPOWERMENT	7
3.0 METODEBESKRIVELSE	8
3.1 DATAINNSAMLING	8
3.3 ETISK VURDERING	11
3.4 ANALYSE AV FORSKNINGSMATERIALET	12
4.0 RESULTAT	14
4.1 RESTRIKSJONER OG ISOLASJON	14
4.2 TAP AV KONTROLL.....	15
4.3 TANKER OM DØDEN OG FREMTIDEN	16
5.0 DISKUSJON	18
5.1 METODEDISKUSJON.....	18
5.2 RESULTATDISKUSJON	19
5.2.3 Restriksjoner og isolasjon.....	19
5.2.4 Tap av kontroll	22
5.2.5 Tanker om døden og fremtiden	24
6.0 KONKLUSJON	26
LITTERATURLISTE	27
LITTERATURMATRISER, VEDLEGG 1-8	
SØKEHISTORIKK, VEDLEGG 9	

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Gjennom tre år på sykepleiestudiet har jeg vært innom flere institusjoner der jeg har møtt pasienter med kols i ulik grad. Jeg opplevde at denne pasientgruppen var utfordrende å hjelpe på grunn av komorbiditet og mange symptomer. Kols har blitt en folkehelsesykdom med 250 000 – 300 000 rammede personer i Norge, men trolig er det mindre enn halvparten av disse som vet at de har sykdommen. Vi vil møte en voksende gruppe av eldre, og mange av disse vil være diagnostiserte med sykdommen (Helsedirektoratet, 2012).

Å møte mennesker som opplever sykdom krever mye kunnskap fra sykepleieren. Mennesker har en subjektiv opplevelse av sykdom, og de ulike reaksjonsmønstrene gjenspeiler akkurat denne ulikheten i hver enkelt individ. For å kunne utøve faglig forsvarlig sykepleie, er det grunnleggende at vi har en kunnskap og forståelse for hvordan sykdom påvirker menneskers livskvalitet, opplevelse av velvære, håp og mestring. Dette gjelder uavhengig av arena. Sykepleieren må forstå hvilke konsekvenser sykdommer har for den som rammes (Bastøe, 2011).

Temaet er omfattende men veldig interessant. Jeg vil tilegne meg mer kunnskap og forhåpentligvis øke forståelsen for hvordan livet med en alvorlig kronisk sykdom oppleves. Jeg mener også at det vil bli lettere å hjelpe pasienten når sykepleieren har kunnskap om dette. Som nevnt over vil det være langt flere eldre med kols om noen år, og derfor vil det være viktig at sykepleieren har tilstrekkelig kunnskap og forståelse.

1.2 Oppgavens hensikt

I denne bacheloroppgaven ønsker jeg å utforske hvordan pasientene opplever sykdommen og hvilke erfaringer de har knyttet til symptomhåndtering i hverdagen. Oppgavens metode vil være en systematisk litteraturstudie. Jeg har valgt å utforske problemstillingen gjennom et pasientperspektiv da det først og fremst er pasientene som opplever diagnosen og symptomene.

Som sykepleiere er det grunnleggende å styrke pasientens kompetanse og fremme mestring av sykdommen, men også å kunne sette seg inn i pasientens tilstand og forstå hvordan pasienten opplever sin livssituasjon. Det vil si at en også må ha kjennskap til forskning om pasientopplevelser ved ulike sykdommer og lidelser (Nordtvedt og Grønseth, 2013).

Å forstå erfaringer knyttet til kronisk sykdom kan gjøre helsetjenester og helsepersonell i stand til å øke deres pasient-sentrerte kapasitet ved å skreddersy tilbud og tjenester til de spesielle behovene til mennesker med kronisk sykdom (Corcoran et al, 2012).

1.3 Problemstilling

”Hvilke erfaringer har kolspasienter med symptomhåndtering og hvordan mestrer de kols i det daglige livet?”

1.4 Begrepsavklaring

KOLS: Kronisk obstruktiv lungesykdom er en samlebetegnelse for sykdommer der luftstrømhindringen ikke er fullt reversibel, men vanligvis progredierende og assosiert med en abnorm inflammatorisk respons på skadelige partikler eller gass (Mjell, 2012).

I denne oppgaven vil jeg referere til ”deltakere” når jeg snakker om resultatene knyttet til forskningsmaterialet. Videre vil jeg bruke begrepet ”pasienten” som benevnelse.

1.5 Avgrensninger

I denne oppgaven fokuseres det ikke på et spesielt stadium av kols. Det er heller ikke fastslått en spesiell alder eller kjønn hos deltakerne/pasientene, men de fleste er over en viss alder. Jeg vil ikke ta for meg andre sykdommer til tross for at denne sykdommen er knyttet til kormorbiditet. Jeg fokuserer på pasienter som er hjemmeboende.

1.6 Oppgavens videre oppbygning

Videre kommer et teorikapittel der det presenteres generelt stoff om valgt sykdom, mer utdypende om sentrale begrep, og sykepleieteorier som er knyttet til oppgaven.

Metodekapitlet omfatter en beskrivelse av metode og datainnsamling. Videre skal det gjøres rede for analysen av det innsamlede forskningsmaterialet, og presenteres kategorier

som er identifisert gjennom analysen. I resultatkapitlet vil jeg fordype meg i de kategoriene jeg har analysert og videre drøfte dette i diskusjonskapitlet.

2.0 Teoribakgrunn

Kronisk obstruktiv lungesykdom er en samlet betegnelse for sykdommer der luftstrømshindringen er progredierende og forbundet med en stor inflammatorisk reaksjon på skadelige partikler eller gass. Den viktigste årsaken til sykdommen er sigarettøyking. Flesteparten med kols har både kronisk bronkitt og emfysem. De vanligste symptomene vil vise seg som tungpustethet og produktiv hoste. Sykdommen vil komme snikende og blir ofte stadfestet i akutte forverringer (Mjell, 2012).

Andre vanlige symptom hos pasienter med kols vil være kronisk slimproduksjon og akutt bronkitt. Ved moderat til alvorlig kols kan symptomene vise seg som tung pust i hvile, forstyrret nattesøvn, tretthet, vekttap og seksuelle utfordringer. Kronisk lungesykdom vil medføre et økende energibehov på grunn av økende respirasjonsarbeid. Derfor har kolspasienter ofte problemer med underernæring og vekttap. Pasienten kan også oppleve kvalme og redusert matlyst (Almås et al, 2013).

Som nevnt innledningsvis er det omtrent 250 000 – 300 000 personer som har kols. Sykdommen er sjelden under 40-årsalderen, og økende med alderen. Det antas at 10 % av de over 70 år har kols (Mjell, 2012).

Kols vil ramme flere aspekter i pasientens liv. Hos pasienter med langkommet KOLS, er lungekapasiteten sterkt redusert. Pasientene kan oppleve stabile faser, med avbrudd der forverring er et faktum som krever økt medisinsk behandling (Andenæs, 2007).

2.1 Hjemmesykepleie

Hjemmesykepleie er et tilbud for hjemmeboende som har behov for pleie og omsorg, der sykdom, alderdom eller livssituasjon gjør slik at de trenger bistand over en kort eller lengre periode. Formålet med tilbudet er å gi pasienten et forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie-og omsorgstilbud der den enkelte bruker skal få hjelp til å mestre hverdagen i eget hjem (Fjørtoft, 2012). I dag har vi mange ulike behandling- og oppfølgingstilbud til hjemmeboende pasienter med kols. Pasienten

kan for eksempel på hjemmesykepleie, og noen kommuner tilbyr også trening (Almås et al, 2013).

Helse- og omsorgstjenesteloven omfatter forhold mellom folk og kommune når det gjelder ytelser av primærhelsetjenester (Molven, 2012). Formålet med loven er å forebygge, behandle, og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne. Videre omfatter den å fremme sosial trygghet, bedre levevilkår, bidra til likeverd og likestilling og forebygge sosiale problemer. Formålet innebærer også å sikre at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre (Lovdata, 2012).

2.2 Mestring

Mestring er et begrep og et fenomen som til daglig brukes som et uttrykk for å klare seg, å greie seg eller å få til noe. Vi har både generelle og spesielle sider av begrepet. Spesielle sider kan eksempelvis være når en person er i en livssituasjon som er så belastende at man står i fare for å knekke sammen. Enkelte situasjoner er vanskelig å mestre og har ingen fasit. Mestring dreier seg om hvordan et menneske møter belastende situasjoner i livet (Reitan, 2010).

Å bli rammet av livstruende og kronisk sykdom er en situasjon som fører til stress hos en person. Ved kronisk sykdom blir personen utsatt for stress over en lengre periode. Det er flere faktorer som fører til stress, men også til mestring. Personen som er rammet av sykdom kommer i en situasjon der han blir nødt til å lære seg å leve med den, og derav mestre en ny livssituasjon (Reitan, 2010).

2.3 Mestringsteori

Richard Lazarus og Susan Folkman er to psykologer som har arbeid mye med mestring og mestringsteorier. De har spilt en stor rolle i psykologiens tenkning og historie, både hver for seg og sammen, I boken "Stress, appraisal, and coping" presenterer de sin mestringsteori. De definerer mestring som:

"Stadig skiftende kognitive og adferdsmessige tiltak for å håndtere spesifikke ytre og/eller indre krav som vurderes som krevende eller overskridende for personens ressurser."

(Lazarus og Folkman, 1984, s.141).

De konstaterer at mestring heller mer mot en prosessorientert tankegang istedenfor en egenskapsorientert tankegang. En prosessorientert tankegang har tre hovedkomponenter. Den første omfatter observasjoner og vurderinger, som henger sammen med hva individet faktisk tenker eller gjør, i motsetning til hva individet vanligvis gjør eller ville gjort, som henger sammen med denne egenskapsorienterte tankegangen. Den andre komponenten, individets faktiske tanker eller handlinger som henger sammen med en spesiell kontekst. Tanker og handlinger angående mestring er alltid knyttet til spesifikke tilstander. For å forstå mestring og for å evaluere det, må vi vite hva personen står ovenfor (Lazarus og Folkman, 1984).

Den tredje komponenten, omfatter at vi snakker om mestringsprosesser, noe som betyr at vi snakker om en forandring i mestringstankene og handlingene som stressende å håndtere. Mestring er en skiftende prosess der en person i noen tilfeller må stole tyngre på en form for mestring, for eksempel forsvarsstrategier og andre ganger på problemløsende strategier (Lazarus og Folkman, 1984).

Lazarus og Folkman (1984) presiserer en viktig funksjon i deres konseptualisering av mestring. De sier at mestring handler om mye mer enn problemløsning og at effektiv mestring også tjener andre funksjoner. De ønsker ikke å blande mestringsfunksjoner med mestringsutfall. En mestringsfunksjon refereres til hensikten en strategi har. Utfallet refereres til effekten en strategi har. En strategi kan ha en gitt funksjon, for eksempel det å unngå noe, men det er ikke nødvendigvis at det resulterer i unngåelse. Med andre ord sier de at funksjonene ikke er definert i form av resultater, selv om vi kan forvente at gitte funksjoner vil ha gitte resultater.

Mestring har altså to hovedfunksjoner. Det omfatter noe de har kalt emosjonsfokuset mestring og problemfokuset mestring. Emosjonsfokuset mestring oppstår ofte når det har blitt gjort en vurdering om at ingenting kan gjøres for å endre skadelige, truende eller utfordrende forhold. Problemfokuset mestring oppstår ved størst sannsynlighet når forholdene har blitt vurdert som mulig å påvirke eller endre (Lazarus og Folkman, 1984).

Reitan (2010) forklarer dette med et eksempel. Hun sier i sin tolkning av Lazarus og Folkman's teori at de fleste vil bruke en problemorientert mestring når noe kan påvirkes,

for eksempel overvekt ved diabetes. Emosjonsfokusert mestring kan føre til at en person kan vurdere situasjonen på nytt, se nye muligheter og kanskje velge en problemorientert mestringsstrategi.

2.4 Dorothea Orem's sykepleieteori

Orem's sykepleiemodell har fått stor oppmerksomhet verden rundt, og blitt diskutert mye. Av alle sykepleiemodeller som er gitt ut, er kanskje Orem's modell fått mest innflytelse på sykepleien som fag. Orem's sykepleiemodell består av tre hovedteorier der hver av dem bygger på hverandre. Dette er teori om egenomsorg, teori om omsorgssvikt og teori om sykepleiesystem og hjelpemetoder. Hennes mest kjente arbeid og som har bidratt mest i sykepleien er begrepet egenomsorg. Dette begrepet defineres som den enkelte persons evne og vilje til å utføre aktiviteter som er nødvendige for å leve og overleve (Cavanagh, 2001).

I begrepet egenomsorg fokuseres det på at omsorgen iverksettes på et frivillig grunnlag, tilsiktet av individet selv. Dagliglivet kan for normale personer bli en automatisert prosess, men en bør ikke betrakte dette begrepet som rutinemessig. Egenomsorg er et aktivt fenomen, der det kreves av individet at en må forstå sin helsetilstand og ta hensiktsmessige beslutninger. Dette skal være gjennomtenkt, og handlingene skal opprettholde liv og helse, men også fremme velværet (Ibid).

Det som står i fokus i Orem's modell er de åtte universelle egenomsorgsbehovene. Cavanagh (2001) beskriver disse punktene som vesentlige i Orem's teori. Det første punktet omfatter behovet for tilstrekkelig tilførsel av luft, deretter tilstrekkelig tilførsel av vann, neste punkt sier noe om tilstrekkelig tilførsel av mat, og punkt fire omfatter behovet for eliminasjonsprosesser. Dette er fysiologiske behov et hvert individ er avhengige av for å kunne leve. Videre omhandler punktene behovene for balanse mellom aktivitet og hvile, behovet for å være alene i motsetning til sosial kontakt, behovet for trygghet og behovet for å fremme funksjon og utvikling. Det siste punktet inkluderer menneskets potensial, begrensninger og ønsket om et positivt selvbilde (Cavanagh, 2001).

Disse punktene som beskrevet overfor, er de essensielle behov som det enkelte individet må være i stand til å mestre for at det skal kunne sies å utøve egenomsorg. Orem betrakter disse egenomsorgsbehovene som egenomsorgskrav som stilles til hvert enkelt individ.

Personen må kunne ta i bruk evner som han/hun har tilegnet seg. Denne ideen om en balanse mellom krav og evner er sentralt i Orem's sykepleiemodell. Hos en person med god helse kan vi forestille oss at disse egenomsorgsbehovene står i balanse med personens egenomsorgskapasitet (Cavanagh, 2001).

Orem's modell tar også for seg noe hun kaller helsesviktrelatererte egenomsorgsbehov. Vi finner disse behovene hos individer som utsettes for sykdom, skade eller som opplever funksjonssvikt. Dette omfatter blant annet å søke medisinsk hjelp, iverksette tiltak, og å tilpasse seg sykdom og konsekvenser av den (Cavanagh, 2001).

Mennesket har stor evne til å tilpasse seg endringer i kropp og sinn, men også i omgivelsene. I situasjoner der summen av kravene som stilles til den enkelte, overskrider vedkommendes evne til å oppfylle dem, vil individet ha et behov for hjelp til å møte behovene. Denne hjelpen kan komme fra sykepleieren (Cavanagh, 2001).

2.5 Empowerment

Begrepet empowerment brukes ofte på norsk som myndiggjøring eller bemyndigelse. Ingunn Stang legger dette i begrepet:

"Bemyndigelse betyr maktoverføring og kan sammenfattes i tre hovedelementer. Det første er å stimulere den hjelpetrequendes ressurser og muligheter. Den neste innebærer å fremme den hjelpetrequendes krefter og energi. Det tredje elementet er å redusere forekomsten av stress hos den hjelpetrequende" (Jacobsen, 2007, s.127).

Begrepet har et pasientfokus der bemyndigelse kan relateres til mange forskjellige grupper av hjelpetrequende. Begrepet er flerdimensjonalt, og kan kanskje være lettere å forstå når det opptrer i motsatt form, slik som tilstander der personen opplever maktesløshet, hjelpeløshet, håpløshet og tap av kontroll over eget liv. I denne oppgaven rettes begrepet mot mennesker som opplever kronisk sykdom. Positive ladninger til begrepet vil for pasienten være mestring, støtte, positivt selvbilde, aktiv deltakelse, kompetanse, nettverk, og selvtilfredshet (Stang, 1998).

3.0 Metodebeskrivelse

En systematisk litteraturstudie er når forfatteren gjennom en tydelig formulert problemstilling skal besvare den systematisk ved å identifisere, velge, vurdere og analysere relevant forskning. Jeg skal dermed skrive denne oppgaven basert på tidligere litteratur og forskning for så å utarbeide et eget resultat (Forsberg og Wengstrøm, 2013).

3.1 Datainnsamling

Søkestrategien handler om å lage tydelige spørsmål, avgjøre hvor gammelt forskningsmaterialet skal være, bestemme seg for hvilke studietyper en er ute etter, og fastsette kriterier for søkene. En må også velge seg databaser som skal brukes og finne gode søkeord (Forsberg og Wengstrøm, 2013).

Databasene som ble tatt i bruk var Ovid, Cinahl Complete, PubMed og Oria, Det ble tatt i bruk flere søkeord i kombinasjon med hverandre. Søkeordene som ble brukt i kombinasjon med hverandre var ”copd”, ”coping” og ”symptoms” med bruk av ”AND” mellom hvert søkeord. Andre søkeord var ”management” og ”experiences” i kombinasjon med ”copd”, men også ”symptom management” og ”interview”.

Ovid

Søkeordene som ble brukt var ”copd” AND ”coping” AND ”symptoms” i kombinasjon med hverandre. COPD er en engelsk forkortelse for kols. Jeg tok med søkeordet ”coping” for å finne artikler der det snakkes om mestring, samt at jeg valgte søkeordet ”symptoms” for å finne artikler som sier noe om mestring i forhold til symptomene. I søket tok jeg med en begrensning der publiseringsåret ikke skulle være mer enn 6 år gammelt. Jeg fikk totalt 41 treff. Av disse treffene var det mange overskrifter som lokket meg, men ved nærmere lesing var det mange som ikke var relevante for min problemstilling. Jeg leste 24 abstrakter og 7 artikler, men inkluderte kun én artikkel.

Cinahl Complete

Også her ble det brukt søkeordene ”copd”, ”coping” og ”symptoms” i kombinasjon med hverandre, med AND mellom hvert søkeord. Begrensninger i søket var publiseringsårstall

fra 2010-2016. Jeg fikk totalt 15 treff, og leste alle abstrakter. Jeg leste 4 artikler og valgte to artikler som var relevante for min oppgave.

Jeg gjennomførte flere søk i denne databasen i et forsøk på å få flere treff og for å finne flere artikler som stemte med mine inklusjonskriterier. En annen kombinasjon jeg søkte med i denne databasen var ”chronic obstructive pulmonary disease”, ”management” og ”experiences” med AND mellom hvert søkeord. I dette søket begrenset jeg publiseringsårstallet til maks 5 år for å se om jeg fikk flere treff. Totalt fikk jeg 67 treff og leste 40 abstrakt. Dette tok lang tid, men det var veldig mange artikler som virket relevante. Jeg leste totalt 10 artikler og av dem så valgte jeg to artikler.

I det tredje søket som ble gjort i denne databasen, brukte jeg søkeordene ”symptom management” og ”chronic obstructive pulmonary disease” med AND mellom søkeordene. Jeg begrenset publiseringsårstallet fra 2010-2016. Totalt fikk jeg 26 treff og leste 15 abstrakter. Jeg leste 5 artikler og tok med én artikkel som passet inklusjonskriteriene og problemstillingen.

I det fjerde søket ble søkeordene ”copd”, ”symptom management” og ”interview” brukt med AND mellom søkeordene. Publiseringsårstall var begrenset fra 2010-2016. Dette søket fikk kun 4 treff, der jeg leste alle abstrakt og artikler. Jeg valgte én artikkel for min oppgave.

I det femte søket tok jeg i bruk søkeordene ”chronic obstructive pulmonary disease”, ”experience” og ”symptoms”. Her ble publiseringsårstallet valgt fra 2011-2016. Totale treff var 67 artikler. Det ble lest 35 abstrakter, men bare 11 artikler. Ut i fra dette søket ble det valgt én artikkel.

Det ble gjort ett siste søk i denne databasen med søkeordene ”copd” AND ”coping strategies” for å finne artikler som sa noe om mestringsstrategier. Dette søket ga 25 treff, der 11 abstrakter som virket relevante ble lest. Jeg leste 6 artikler som var aktuelle, men tok med én artikkel for min oppgave.

PubMed

Det ble gjennomført 5 søk i denne databasen. I det første søket ble det brukt søkeordene ”chronic obstructive pulmonary disease” og ”management” og ”experiences” med AND mellom søkeordene. Jeg begrenset publiseringsåret til maks 5 år. Antall treff var 74, leste abstrakt var 20 mens jeg kun leste 10 artikler. Overskriftene og noen av abstraktene virket veldig aktuelle, men det ble ikke valgt noen artikler fra dette søket da ingen samsvarte med inklusjonskriteriene eller problemstillingen.

I det neste søket brukte jeg søkekombinasjonen ”copd” AND ”coping” AND ”patient experiences” med en begrensning i årstall på maks 5 år. Av totalt 17 treff leste jeg 17 abstrakt og 7 artikler som lokket min interesse. Av disse 7 aktuelle artiklene valgte jeg én artikkel som kunne brukes til min oppgave.

For å få et større resultat som inneholdt pasientenes erfaringer brukte jeg søkeordene ”copd”, ”symptom management” og ”interview”. Også her begrenset jeg publiseringsårstallet til maks 5 år. Av 21 treff leste jeg 15 abstrakter og 10 artikler. Jeg leste abstraktene og artiklene nøye, men kom fram til å ikke inkludere noen artikler på grunn av at de ikke passet med inklusjonskriteriene og på grunn av liten relevans.

I det fjerde søket valgte jeg søkeordene ”chronic obstructive pulmonary disease”, ”experience” og ”symptom”. Det kom frem 48 treff, der jeg leste 15 abstrakt og 6 artikler. Det ble ikke inkludert noen artikler fra dette søket fordi artiklene ikke tilfredstilte inklusjonskriteriene og relevans for oppgaven. I det siste søket brukte jeg søkeordene ”copd” og ”coping strategies” med begrensning i årstall fra 5 år. Jeg fikk 26 treff, leste 13 abstrakter og 7 artikler men valgte ingen artikler til oppgaven.

Oria

I det første søket i denne databasen brukte jeg søkekombinasjonen ”copd”, ”coping” og ”patient experience”. Med begrensninger i publiseringsårstall fra de siste fem år, fikk jeg 14 treff. Jeg leste 6 abstrakter og 3 artikler som virket relevante, men ingen artikler ble inkludert. Jeg gjorde ett søk til med søkeordene ”symptom management” og ”chronic obstructive pulmonary disease” og fikk 466 treff inkludert begrensninger i publiseringsårstall. Det ble lest 30 abstrakter og 15 artikler med ingen ble tatt med i oppgaven.

Inklusjonskriterier

Pasientperspektiv

Kvalitativ metode

Årstill – ikke eldre enn 6 år

Pasienter som kan uttrykke og formidle egne erfaringer

IMRAD-struktur

Fagfelleverdert

Pasienter med diagnostisert kols

Vurdert av etisk komite

Forskning fra land som kan sammenliknes med nordisk forskning og helsestruktur

3.2 Kvalitetsvurdering

Alle artikler som er inkludert, har kvalitativ metode. For å kvalitetsvurdere forskningsmaterialet, har det blitt brukt en sjekkliste for kvalitativ forskning. Denne sjekklisten finnes i litteraturen skrevet av Forsberg og Wengström (2013). Dette er en liste med punkter som systematisk gjennomgås en etter en. I denne sjekklisten spørres det blant annet om studiens hensikt, undersøkelsesgruppe, inklusjonskriterier, utvalgsmetode og metode for datainnsamling. Punktene krever også svar på hvordan analysen ble gjennomført, resultat og relevans. Sjekklisten kan finnes i Forsberg og Wengström (2013, s. 206).

Vitenskapelige artikler skal gjennom en prosess der de leses, vurderes og godkjennes av andre forskere før de blir publisert i et tidsskrift. Dette kalles fagfellevurdering.

Jeg søkte opp hver enkelt artikkel i dens respektive tidsskrift for å undersøke om artikkelen var fagfelleverdert, noe som alle artiklene var. Artiklene ble også søkt opp i Norsk senter for forskningsdata der en sjekker publiseringskanaler og hvilke nivå artiklene er på. Dette var enten nivå en eller nivå to på de inkluderte artiklene.

3.3 Etisk vurdering

Forsberg og Wengström (2013) beskriver tre faktorer som er viktig å vurdere. Det første vil være å velge studier som har fått godkjennelse av etisk komite eller der etiske

overveininger har blitt gjort. De sier også at det er viktig å gjenkjenne alle artikler som inngår i studien, og arkivere disse på et sikkert sted i ti år. Det siste punktet omfatter at forfatteren presenterer alle resultat som både støtter og ikke støtter problemstillingen. Det vil være uetisk å bare presentere de resultatene som støtter forskerens egen hensikt (Forsberg og Wengström, 2013).

Helsinkideklarasjonen er et eksempel på etiske retningslinjer som er mye brukt innen all medisinsk og helsefaglig forskning. Det er særlig anbefalt å bruke denne retningslinjen for forskning som omfatter mennesker. Det er et spesielt prinsipp som tydeliggjøres. Det er at hensynet til individet alltid skal gå foran hensynet til samfunns- eller forskningsnytt (Slettebø, 2013).

Artiklene jeg har valgt å inkludere, har alle blitt vurdert og godkjent av en etisk komite. Deltakerne fikk på forhånd informasjon om studiens hensikt, samt at de innhentet skriftlig samtykke. De ble informert om retten til å trekke seg fra studien om ønskelig. I noen studier fikk deltakerne både skriftlig og muntlig informasjon. All data er anonymisert. I forhold til egen forskningsetikk, vil jeg tydeliggjøre at alle de inkluderte artiklene og deres resultater er behandlet med troverdighet og har ikke blitt manipulert på noen måte. Jeg har gjort mitt beste for å presentere relevante funn og resultater som støtter min problemstilling og ikke neglisjert andre viktige funn.

3.4 Analyse av forskningsmaterialet

Et verdifullt bidrag som kan oppnås gjennom kvalitative tilnærminger i forskningen er at deltakernes stemmer blir hørt og at forskeren får en dypere kunnskap om deltakernes livssituasjon. Beskrivelse, analyse og fortolkning sees på som den store utfordringen i kvalitativ forskning. Det handler om å tolke store mengder data og gjøre dette forståelig, å minske volumet eller størrelsen på informasjonen og det å identifisere relevante mønstre. Her bygger man altså opp grunnlaget for å kunne presentere kjernen i resultatet (Forsberg og Wengström, 2013). For å analysere materialet på en systematisk måte, har jeg valgt å ta utgangspunkt i Evans (2002) artikkel der han beskriver fire punkter i denne prosessen:

1. Samle inn data

Det første punktet i Evans artikkel (2002) er å samle datamaterialet. Artikler som blir inkludert gjennom søkeprosessen er bestemt av inklusjonskriteriene, kvalitetsvurdering

og type metode artiklene har. Som tidligere beskrevet har jeg brukt søkeord i kombinasjon med hverandre og gjort flere søk i databasene Cinahl Complete, PubMed, Ovid og Oria. Alle søkene hadde en begrensning på 6 år i forhold til publiseringsårstall. Jeg måtte bruke ulike søkeord i kombinasjon med hverandre for å finne fram til relevante artikler som belyste min problemstilling. Jeg ble lokket av mange overskrifter, men når jeg leste de nøye fant jeg ut at jeg ikke kunne inkludere de på grunn av flere årsaker, slik som manglende imrad-struktur, ikke riktig metode, og urelevante funn. Jeg valgte ut og samlet inn til sammen 10 artikler som jeg lagde litteraturmatriser til. Etter at jeg hadde studert artiklene nøye og lenge, valgte jeg ut 8 artikler som passet best til oppgaven.

2. Identifisere hovedfunn i hver artikkel.

Hver artikkel ble lest gjennom nøye flere ganger. For å holde orden på artiklene og deres funn, ble hver enkelt artikkel nummerert. Det ble brukt markeringstusjer med forskjellige farger for å identifisere hovedtrekkene i hver enkelt artikkel. Jeg skrev litteraturmatrisen med en gang jeg inkluderte en artikkel for å få oversikt over innholdet.

3. Relatere temaer på tvers av studier.

Ulikheter mellom artiklene blir sammenliknet og likheter blir identifisert. Det ble også her brukt markeringstusj for å identifisere likheter og ulikheter i hver studie med fargekoder. Jeg lagde også en plakat der jeg skrev ned hovedfunn i hver studie, og lagde grupperinger. Analysen var krevende og det krevde mye tid for å bli kjent med innholdet og detaljer i hver artikkel.

Kategoriene som ble identifisert er:

- Restriksjoner og isolasjon
- Tap av kontroll
- Tanker om døden og fremtiden

4. Beskrivelse av fenomener.

Her skal det beskrives ulike funn for å beskrive fenomenet jeg utforsker. Disse funnene vil bli presentert som kategorier i resultatkapittelet. Jeg har referert i teksten til originalstudiene og tatt med flere sitater for å illustrere ulike funn.

4.0 Resultat

Her vil jeg presentere en sammenfatning av forskjellige funn knyttet til analysedelen i forrige kapittel. Jeg har identifisert tre kategorier.

4.1 Restriksjoner og isolasjon

Deltakerne forklarte at sykdommen kom snikende og at de gradvis tilpasset seg symptomene i hverdagen (Cooney et al, 2013;Gysels og Higginson, 2011).

Pasientene opplevde intense tanker om frykt, panikk, sinne, håpløshet og frustrasjon, noe som var assosiert med angst, tungpustethet, restriksjoner og tap av funksjoner (Willgoss et al, 2012;Corcoran et al, 2012;Cooney et al, 2013;Strang et al, 2014;Ek et al, 2011;Lohne et al, 2010;Gysels og Higginson, 2011;Gabriel et al, 2014).

Flere deltakere opplevde skyldfølelse knyttet til diagnosen og mange reflekterte rundt tidligere røykehistorie og prøvde å finne årsaken til diagnosen (Cooney et al, 2013;Gysels og Higginson, 2011;Gabriel et al, 2014).

En deltaker forklarte det slik:

”COPD restricts me and i suppose knowing that I’ve done it to myself with ciagretts, you know, I get cross with myself.” (Cooney et al, 2013, s. 990).

På grunn av tungpustethet og angst, resulterte det i restriksjoner i forhold til ADL-aktiviteter. Det de tidligere hadde brukt og likt å gjøre, var umulig for mange. Flere unngikk aktiviteter som kunne trigge tungpusthet (Willgoss et al, 2012;Corcoran et al, 2012;Cooney et al, 2013). Dette førte til isolasjon hos mange og påvirket selvbildet og identitet (Gysels og Higginson, 2011;Lohne et al, 2010;Ek et al, 2011;Gabriel et al, 2014;Corcoran et al, 2012).

”I tend to get panicky when I go out...because when people are looking at you, you start to panic a bit.” (Willgoss et al, 2012, s. 564).

Fysisk aktivitet og trening ble sett på som en strategi som flere deltakere fokuserte på, til tross for restriksjonene sykdommen gir i ADL-ferdigheter. Noen presset egne grenser som

en strategi for å overkomme fysiske begrensninger og forbedre helsen (Corcoran et al, 2012;Strang et al, 2014;Gabriel et al, 2014.)

I artikkelen av Ek et al. (2011) bodde deltakerne alene. Dette ble verdsatt høyt av mange, til tross for isolasjonen. Deltakerne evnet å se begge sider av problemet, at de noen ganger følte seg ensomme, men at de for eksempel slapp å ta hensyn til andre når pusten var som verst.

Muligheten til å mestre sykdommen ble forbedret når deltakerne hadde kunnskap og evne til å håndtere fysiske symptomer på kols (Cooney et al, 2013). Flere deltakere gikk på kurs for å lære strategier for å håndtere de fysiske symptomene mens andre håndterte symptomene gjennom egne erfaringer på grunn av mangel på informasjon og råd (Gysels og Higginson, 2011).

4.2 Tap av kontroll

Å oppleve angst og panikkanfall forbundet med tungpustethet ble beskrevet som en kamp for å gjenvinne kontroll. Tungpustethet og angst er forbundet med uforutsigbarhet hos mange deltakere. Noen opplevde inkontinens og sterk svetting. Konsekvensen var følelsen av hjelpeløshet. Noen fikk også en nær-døden opplevelse på grunn av kvelningsfølelser (Willgoss et al, 2012;Strang et al, 2014;Ek et al, 2011).

I artikkelen skrevet av Ek et al (2011) forklarte en deltaker det sånn:

”It is nasty, it is a unpleasant feeling. It is something I did not have control over” (Ek et al, 2011, s. 1484).

I artikkelen skrevet av Willgoss et al. (2012) rapporterte deltakerne erfaringer ved akutt angst og panikk som en kamp om kontroll, ofte uten suksess der angsten tok over slik at pasienten følte seg hjelpeløs. En deltaker uttrykte det sånn:

”Sometimes there is nothing I can do. I try and take control and put my mind on other things. I just sit there but I can’t take control” (Willgoss et al, 2012, s. 566).

Det fremkom av deltakerne at hverdagen bestod mye av å finne en balanse mellom å ha kontroll over eget liv og å motta hjelp fra andre når de trengte det. Behovet for kontroll

omhandlet også å vise andre og seg selv at de klarte å ivareta eget hjem. Behovet for kontroll handlet også om å ta egne valg i forhold til tidligere vaner, og å ivareta en viss frihet. En deltaker forklarte hvor viktig hun synes det var å gå barbert når hun av og til ønsket dette, til tross for at hun hadde ødemer, fordi det minte henne om enklere tider (Ek et al, 2011).

I kampen for kontroll var det også her flere mestringsstrategier som ble identifisert. Pusteøvelser ble sett på som en viktig og betydningsfull strategi for å kontrollere pusten (Strang et al, 2014; Willgoss et al, 2012). Flere deltakere brukte også en strategi der de snakket til seg selv og bare fokuserte på seg selv for å få kontroll over situasjonen. Andre strategier var å åpne vinduer og sitte i dampbad (Gysels og Higginson, 2011; Strang et al, 2014; Willgoss et al, 2012).

Planlegging ble sett på som viktig for å forebygge situasjoner som kunne forårsake forverring (Willgoss et al, 2012; Cooney et al, 2013), mens for andre var det umulig å planlegge noe på forhånd på grunn av situasjonens ofte uforutsigbare karakter (Strang et al, 2014). Flere deltakerne prøvde å skjule symptomene på sykdommen (Cooney et al, 2013).

4.3 Tanker om døden og fremtiden

Langsom forverring og kroppslige forandringer minnet deltakerne på døden. Deltakerne så for seg at å dø av kols ville være forferdelig. Frykten var knyttet opp mot det å ikke ha kontroll over respirasjonen og selve diagnosen. Mange levde med tanken om at hver akutte episode kunne føre dem i døden, og dette var en trussel mot deres identitet (Ek et al, 2011; Strang et al, 2014; Willgoss et al, 2012; Lohne et al, 2010; Cooney et al, 2013).

”You just think you are going to die, and you just think you would be better just dying and not doing anything about it” (Willgoss et al, 2012, s. 567).

En annen deltaker forklarte det slik:

”The worst part of the pain is the anxiety and that yo cannot breathe... You try everything but still you can not breathe, and then you go desperate, and with no help you only want to die..” (Lohne et al, 2010, s. 230).

Deltakerne beskrev tanker om at de ikke var godt nok forberedt til å møte fremtiden og fokuserte på å ta en dag av gangen. Med langsom forverring var det for noen vanskelig å møte fremtiden. Dette gjorde angsten ytterligere forsterket (Gysels og Higginson 2011;Strang et al, 2014;Cooney et al, 2013). Deltakerne i studien gjort av Gabriel et al. (2014) uttrykte frykt for fremtiden på grunn av sykdommens progredierende karakter, da at symptomene forverret seg.

Noen deltakere fornektet diagnosen og ville ikke forbinde symptomene med diagnosen kols (Gabriel et al, 2014;Cooney et al, 2013). De skylte på forkjølelse, pusteproblemer, og dårlige lunger. Det tydeliggjøres i studien at det er uklart om dette var på grunn av at legen ikke hadde brukt betegnelsen kols eller om deltakerne ikke ønsket å forbinde symptomene med kols. Eldre deltakere aksepterte sykdommen som en del av det å bli eldre (Cooney et al, 2013).

5.0 Diskusjon

Kapitlet innledes med en kort metodediskusjon. I diskusjonskapitlet i den systematiske litteraturstudien diskuteres resultatet i lys av bakgrunns litteraturen og problemstillingen (Forsberg og Wengström, 2013).

5.1 Metodediskusjon

I mine aller første søk hadde jeg en annen problemstilling enn den jeg har valgt i denne oppgaven. Jeg gjorde mange søk og valgte ut flere artikler knyttet til denne problemstillingen. Etter hvert som søkene ble gjort, fant jeg ut at det ikke var tilstrekkelig forskning knyttet til denne problemstillingen, og måtte derfor bytte perspektiv og problemstilling. Jeg har hele veien hatt det samme temaet, men tidligere fokusert på helserelatert livskvalitet. Dette kan muligens være en svakhet for oppgaven, da det tok mye tid og ressurser og at jeg måtte begynne på nytt i søkeprosessen?

I mitt utvalg av artikler har jeg inkludert åtte kvalitative studier. De kvalitative metodene fanger opp meninger og opplevelser som ikke er målbare. Kjennetegnene på denne metoden er følsomhet, dybde, særpreg, fleksibilitet, nærhet, helhetlig, forståelse, deltaker og et jeg-du-forhold (Dalland, 2012). Mitt mål var å utforske erfaringer pasientene satt med og derfor passet den kvalitative metoden godt. I forskningsartiklene var det beskrevet intervjuer og sitat fra mange deltakere.

I inklusjonskriteriene mine har jeg et punkt som sier at artiklene kan være sammenliknbare med nordisk helsestruktur og innhold. Jeg har inkludert en studie fra bl. annet Portugal og Australia, land som har flere forskjeller i forhold til Norge, men likevel kan sammenliknes med tanke på resultatene som ble identifisert i analysen.

Det ble kun inkludert en artikkel fra databasen PubMed. Gjennom søkeprosessen fant jeg få artikler i denne databasen som var relevante knyttet til mitt tema. Dette kan kanskje begrunnes på bakgrunn av at PubMed har et mer medisinsk perspektiv i forhold til et sykepleiefokusert perspektiv. Ingen artikler fra Oria ble valgt ut.

5.2 Resultatdiskusjon

5.2.3 Restriksjoner og isolasjon

Deltakerne opplevde følelser som frustrasjon, frykt, sinne og håpløshet. Dette ble knyttet til tungpustethet og angst som følger av pustevanskene. Deltakerne opplevde også de følelsene knyttet til alle de restriksjoner sykdommen kommer med (Willgoss et al, 2012;Corcoran et al, 2012; Cooney et al, 2013;Strang et al, 2014;Ek et al, 2011;Lohne et al, 2010;Gysels og Higginson 2011;Gabriel et al, 2014).

En viktig faktor for sykepleieren er å anerkjenne pasientens følelser, slik som angst. Det vil være viktig å gi pasienten muligheten til å snakke om det og øke bevisstheten rundt angsten (Almås et al, 2013). Det kommer tydelig frem i artiklene at hos mange er det tung pust som forårsaker angsten, men dette vil være individuelt, da andre deltakere hadde angst knyttet til medisin og dens tilgjengelighet når de trengte den raskt ved forverringer (Willgoss et al, 2012).

Sykdommens alvorlighetsgrad er ikke avgjørende for hvordan pasienten mestrer livet med sykdommen. En måte å styrke pasientens ressurser på vil være å gi informasjon og veiledning. At pasienten vet tegn på forverring, vil gjøre han i stand til å sette i verk tiltak. Å undervise i pusteteknikker kan være nyttig for å styrke pasientens ressurser og mestring (Almås et al, 2013). Deltakernes evne til å mestre symptomene ble forsterket når de hadde kunnskap om sykdommen. Det var også positivt for mestringen å gå på kurs (Cooney et al, 2013;Gysels og Higginson, 2011). Flere deltakere savnet informasjon og råd i håndteringen av symptomene, og erfarte egne strategier (Gysels og Higginson, 2011).

Det er altså viktig at sykepleieren kartlegger pasientens situasjon. Egenomsorgsevne må klargjøres, og finne ut hvilke ressurser pasienten har. Sykepleieren må også identifisere pasientens egenomsorgssvikt og potensiell egenomsorgssvikt. Det må også klargjøres egenomsorgsoppgaver og identifisere hva pasienten selv kan gjøre. Videre er det vesentlig å komme med sykepleietiltak der egenomsorgsbehovene ikke tilfredsstilles. Dette kan skisseres i en sykepleieplan (Cavanagh, 2001).

Når pasienten opplever restriksjoner og tap av funksjoner som han tidligere har mestret, er det naturlig å føle frustrasjon, sinne, håpløshet og tenke negative tanker. Flere deltakere unngikk til og med bevegelser eller aktiviteter som de visste eller trodde ville forverre respirasjonen. Almås et al (2013) beskriver viktigheten av aktivitet hos denne pasientgruppen. Utenom hvileperiodene har pasienten et behov for å bevege seg og være aktiv. Dette vil også få opp sekret fra luftveiene og fremme utluftning i lungene. Aktiviteten må tilpasses hver enkelt individ og symptomer.

Fysisk aktivitet og fokus på trening ble brukt som en mestringsstrategi av noen deltakere (Strang et al, 2014; Gabriel et al, 2014). Nasjonal faglig retningslinje og veileder for forebygging, diagnostisering og oppfølging av kols beskriver viktige elementer i pasientopplæringen. Pasienten bør få informasjon om sykdommen, symptomer og medisiner. Pasientene bør også få informasjon og veiledning om mestring i daglige situasjoner og trening/pusteteknikker. Sykepleier har også ansvar for å henvise pasienter videre til for eksempel ergoterapeut eller fysioterapeut (Helsedirektoratet, 2012).

Balansen mellom aktivitet og hvile er en av de åtte universelle egenomsorgsbehovene Orem beskriver. Hun sier også at sykepleieren kan utføre en hel del oppgaver for å hjelpe pasienten i riktig retning for å fremme evnen til delta aktivt i egenomsorgen. På grunn av restriksjoner, nedsatt funksjonsnivå og energibehov, var konsekvensen hos mange deltakere isolasjon. Et annet punkt i de åtte universelle egenomsorgsbehovene er balansen mellom å være alene og å ha sosial kontakt. Samvær er vesentlig i sosialiseringen av den enkelte, det er en arena for utveksling av tanker og oppfatninger, og det kan gi varme og nærhet, noe som er grunnleggende for menneskets utvikling. På den andre siden er det også en verdi i det å være alene noen ganger, da den enkelte får mulighet til å reflektere over omgivelser og tilværelse (Cavanagh, 2001).

Orem's helsesviktrelaterte egenomsorgsbehov kan sees i sammenheng med resultatene som er identifisert i artiklene. En av punktene omfatter å lære å leve med virkninger av patologiske tilstander og med resultat av medisinske diagnoser og behandlingstiltak, i en livsstil som fremmer videre personlig utvikling (med nødvendig hjelp og assistanse). Sinne, frustrasjon, hjelpeløshet og isolasjon vil ikke fremme videre personlig utvikling (Cavanagh, 2001).

Flere opplevde skyldfølelse og søkte etter å finne årsak til sykdommen. Noen hadde røyket i flere år, mens andre trodde faktorer i barndom og tidligere sykdom hadde en innvirkning (Cooney et al, 2013;Gysels og Higginson, 2011;Gabriel et al, 2014).

Orem presenterer ulike punkter hun kaller et sykepleiesystem. Dette systemet kan være fullt kompenserende eller delvis kompenserende. Et fullt kompenserende sykepleiesystem omfatter at sykepleieren overtar pasientens egenomsorg og at pasienten da er ute av stand til å dekke sine behov. Sykepleieren tar over disse funksjonene til pasienten selv klarer å utføre og dekke behovene. Et delvis kompenserende system er et system som ikke krever samme bredde og intensitet, men sykepleieren har fremdeles en kompenserende rolle. Her er pasienten i stor grad involvert i egenomsorgen. Et slikt sykepleiesystem er aktuelt når pasienten for eksempel har begrenset bevegelsesevne, har sviktende kunnskaper og/eller ferdigheter eller når den psykiske helsen ikke er tilstrekkelig for å utføre egenomsorgshandlinger (Cavanagh, 2001).

Et tredje sykepleiesystem Orem presenterer kalles støttende og undervisende system. Dette er aktuelt for pasienter som selv greier å ivareta egenomsorg, men som har behov for assistanse fra sykepleier. Her er sykepleierens rolle begrenset til å for eksempel hjelpe pasienten i viktige avgjørelser, formidle kunnskap og aktuelle ferdigheter. Det innebærer også å tilrettelegge omgivelsene. Sykepleieren skal sørge for at pasientens egenomsorgsevne er til stede og at det videreutvikles (Cavanagh, 2001). Dette sykepleiesystemet kan passe for kolspasienter når de trenger undervisning i mestringsstrategier og metoder for å håndtere akutte pustebesvær.

I analysen kom det frem at deltakernes muligheter for mestring ble styrket når de hadde deltatt på kurs (Cooney et al, 2013). Andre deltakere deltok ikke på kurs, og hadde generelt fått lite informasjon om sykdommen og hvordan de kunne håndtere det (Gysels og Higginson, 2011). Manglende kunnskap om egen tilstand er en faktor som kan bidra med å skape ytterligere maktesløshet. Informasjon om sykdom og dens konsekvenser kan gjøre slik at pasienten blir mindre usikker og fjerne flertydighet. Flertydighet i vanskelige livssituasjoner kan også problematisere opplevelsen av kontroll (Stang, 1998).

5.2.4 Tap av kontroll

Når forandring er velkommen, har en som ofte kontroll over situasjonen. Ved sykdom er forandringer uønsket og det kan da være vanskelig å ivareta kontrollen. Pasienten har ikke like store forutsetninger for å fylle de rollene som han tidligere har gjort, og da kan identitet og selvbilde trues (Reitan, 2010).

Bemyndigelse sees på som et positivt begrep på grunn av dens problemløsende fokusering der menneskets styrke, ressurser, rettigheter og muligheter trekkes frem. Med dette må det også sies at individets problemområder ikke neglisjeres, men må møtes. Det er ikke alle problemer som er mulig å løse, men det kan aksepteres og omdefineres. Det er ikke ønskelig at personen opplever situasjonen som uoverkommelig, og derfor vil det være viktig å vektlegge det positive og fokusere på problemløsning, noe som fremmer opplevelse av kontroll. Problemløsende strategier kommer også tydelig frem i Lazarus og Folkman's mestringsteori (Stang, 1998).

Får å unngå kontrolltap, vil informasjon også her være en viktig faktor i omsorgen rundt pasienten. Tap av sosiale roller i situasjoner der for eksempel sykdom oppstår, vil føre til avhengighet av andre mennesker. Det kan være en viktig årsak til maktesløshet.

Vedkommende må forholde seg til kroppens signaler på sykdommen, og tap av struktur på livet som de tidligere har hatt (Stang, 1998). På grunn av skyldfølelse og fornektning for sin helsetilstand hos pasienten, er det mulig at han ikke alltid er like mottakelig for informasjon og veiledning (Almås et al, 2013). Informasjonen må tilpasses den enkeltes situasjon. Veldig ofte er informasjon positivt, men det kan også føre til fortvilelse. Om pasienten har et høyt stressnivå, kan dette bidra til at pasienten opplever manglende emosjonell kontroll (Stang, 1998).

Det er viktig i tenkningen rundt bemyndigelse at sykepleieren ikke har en paternalistisk holdning, men heller skal fremme pasientens autonomi. Om sykepleieren bare fokuserer på selve sykdommen og ikke helhetlig i pasientens situasjon, vil dette bidra til å forverre følelser av hjelpeløshet (Ibid).

De mestringsstrategier en person tar i bruk, har som funksjon å hjelpe personen til å ivareta selvbilde, mening, og å ivareta personlig kontroll i situasjonen som oppleves krevende. Kontrollaspektet er en grunnleggende faktor ved alle former for mestring. Det innebærer å

ha en form for kontroll over reaksjoner, tanker og følelser som oppstår ved for eksempel sykdom (Reitan, 2010).

Deltakerne opplevde tap av kontroll når de fikk mye angst forbundet med tungpustethet. Situasjonen ble opplevd som uforutsigbar og følelsen av hjelpeløshet kom hos mange (Willgoss et al, 2012;Strang et al, 2014;Ek et al, 2011). Mestringsstrategier som ble identifisert var pusteøvelser, selvsnakk, planlegging og å åpne vinduer. Lazarus og Folkman (1984) fokuserer på problemfokusert og følelsesfokusert mestring i sin teori. Problemløsende mestringsstrategier har som mål å løse problemet og handle direkte for å få kontroll over utfordringene mellom individet og omgivelsene. Å puste i spesielle teknikker og åpne vinduer for å få frisk luft vil ut i fra min tolkning av Lazarus og Folkman's teori, være problemfokusert mestring.

Problemfokusert og følelsesfokusert mestring vil påvirke hverandre i et samspill. Det kan forklares slik at effekten av de problemfokuserte mestringsstrategiene er avhengige av hvordan de følelsesmessige mestringsstrategiene fungerer. Det vil være viktig å ha en viss kontroll over følelsene sine for å muliggjøre direkte handlinger i en stresset situasjon (Stang, 1998).

Orem klassifiserer fem kategorier av hjelpemetoder som sykepleieren kan utføre for å hjelpe pasienten. Dette omfatter å handle eller utføre noe for en annen, å veilede en annen, å støtte en annen, fysisk eller psykisk, å tilrettelegge omgivelser som muliggjør helsefremmende omsorg og utvikling av personlige evner og å undervise. Disse punktene skal hjelpe pasientene til å møte sine egenomsorgsbehov. Det som er viktig å presisere, er at det ikke er en selvfølge at alle pasienter kan bli fullstendig i stand til å ivareta egenomsorgsbehovene på grunn av sykdom og skade, men det omfatter å utnytte ressursene til hver enkelt person (Cavanagh, 2001).

Når deltakerne fikk akutte pustebesvær, fikk de også mye angst. Dette var roten til tap av kontroll. Et pustemønster kan være smittsomt, slik at når sykepleieren står ved pasientens side og prøver å berolige og trygge pasienten, må hun også være bevisst på eget pustemønster. Å fysisk berøre pasienten kan virke beroligende under slike akutte episoder med pustebesvær. Å stryke pasienten på ryggen og bruke kroppskontakten kan bidra til å redusere angsten, selv om pustebesværet er til stede (Almås et al, 2013).

Mange pasienter vil få bruk for leppeblåsing under akutte pustebesvær. Pasienter med kols og astma bruker denne metoden helt ubevisst fordi det hjelper dem å få ut lufta under ekspirasjonen. Det vil også bidra til å dempe respirasjonsfrekvensen og bedre gassutvekslingen. Sykepleieren kan vise pasienten hvordan en blåser ut lufta gjennom stramme lepper, og sykepleieren kan selv bruke denne teknikken samtidig som pasienten som en slags påminnelse under pustebesværet. Det vil være viktig at pasienten får ro under akutte respirasjonsproblemer og prøve å unngå mas. I forhold til kommunikasjon med pasienten under slike situasjoner, må en stille enkle spørsmål, gi oppmuntring og tilbakemelding (Ibid).

5.2.5 Tanker om døden og fremtiden

Deltakerne tenkte mye på døden og flere opplevde håpløshet. På grunn av langsom forverring og kroppslige forandringer minnet dette dem på døden. Deltakerne opplevde frykt for ikke få puste og noen tenkte at hver akutte pustebesvær ville føre dem i døden (Ek et al, 2011; Strang et al, 2014; Willgoss et al, 2012; Lohne et al, 2010; Cooney et al, 2013).

Håp har en viktig betydning ved sykdom. Å ha håp, kan hjelpe pasienten til å akseptere sin situasjon og fremme styrke og mot. Pasienter som har et form for håp, vil lettere følge opp behandling og har høyere toleranse for smerte og ubehag enn de som ikke opplever håp. En fortvilet person, har tendenser til å tro at tilværelsen ikke vil forandres. Sykdom og fysiske svekkelser vil true håp, men det vil også følelser av ensomhet, negativitet, ukontrollerbare smerter og lidelser (Lohne, 2010).

Vi knytter håpet til et fremtidsperspektiv til tross for sykdom, hjelpeløshet og skade. Det er viktig at sykepleieren hjelper pasienten før depresjon og likegyldighet får fotfeste. Sykepleieren må gripe inn fra ulike vinkler, og bruke god kommunikasjon, aktivt lytte til pasienten og kanskje bare være der for han. Pasienten trenger en god relasjon til sykepleieren da håpet også kan styrkes gjennom omgivelsene (Lohne, 2010).

Lohne (2010) sier videre at mange pasienter prøver å unngå å tenke på håp eller unngår å spørre sykepleieren om fremtiden, fordi de ønsker å unngå skuffelser. Dette kan sees på

som en forsvarsmekanisme, der de tar ”en dag av gangen” og dette bør sykepleieren respektere på grunnlag av at det er pasientens egen måte å ta vare på seg selv.

Lohne (2010) sier videre at det er viktig at sykepleieren viser åpenhet og forståelse for pasientens fremtidsperspektiver fordi ingen vet akkurat hva fremtiden bringer konkret og bygger ikke på absolutt kunnskap.

Når en person opplever kvelningsfølelser og tror at han dør, spiller sykepleieren en viktig rolle. En faktor som vil være viktig, er at sykepleieren stiller spørsmål om angsten og hvilke tanker han har, og hvorfor han har disse tankene. En kan for eksempel spørre om hva som utløste anfallet, hvilke symptomer han hadde og hva som gjorde det bedre eller verre. Gjennom slike spørsmål kan sykepleieren minne pasienten på at ved forrige pustebesvær døde han ikke, og at det finnes hjelp og metoder som kan brukes (Almås et al, 2013).

Kronisk syke trenger å bli møtt med vennlighet, respekt og tilstedeværelse. Å bli møtt med respekt og likeverd er grunnleggende for å kunne håndtere sykdom og lidelse. Å møte helsepersonell med god faglig kunnskap og kontinuitet kan bidra til å øke trygghetsfølelse og fremme mestring (Gjengedal og Hanestad, 2007).

Deltakerne fryktet for fremtiden og hadde et her-og-nå perspektiv (Gysels og Higginson 2011;Strang et al, 2014;Cooney et al, 2013;Gabriel et al, 2014). I en relasjon kan pasient og sykepleier ha ulike oppfatninger av situasjonen og sykdommen. Dette kan være på grunn av ulike erfaringer, kompetanse og opplevelser. Helsepersonell kan for eksempel tenke på gjenopprettelse av helse, mens pasienten står i situasjonen der og da. Pasienten bruker mye energi på å forholde seg til det ukjente og til symptomene sykdommen gir. I mange tilfeller vil sykdommen forsterke pasientens følelser. I verste fall vil disse ulike holdningene føre til at pasienten føler seg fremmedgjort.

6.0 Konklusjon

Følelser som angst, sinne, frustrasjon og håpløshet kom til syne i forbindelse med restriksjoner sykdommen gir og symptomer som tungpustethet. Det er viktig at sykepleieren og andre helsepersonell anerkjenner pasientens følelser. Flesteparten av deltakere opplevde isolasjon som en konsekvens av restriksjoner og lavt energinivå. Kartlegging av pasientens egenomsorgsevne, identifisere egenomsorgssvikt og iverksette tiltak er viktig arbeid. Til tross for restriksjoner i hverdagen og lavt energinivå brukte flere deltakere fysisk aktivitet som en mestringsstrategi og presset egne grenser. Noen deltakere unngikk fysisk aktivitet i frykt for å få akutte pustebesvær. Orem's støttende og undervisende sykepleiesystem er aktuelt hos kolspasienter som trenger råd, veiledning og støtte for å mestre hverdagen og symptomene. Deltakerne opplevde også tap av kontroll, noe som er en trussel for selvbilde og identitet. Det ble brukt flere mestringsstrategier, både problemfokuserende og følelsesfokuserede strategier. Empowerment i pasientomsorgen fokuserer på å styrke individets ressurser, muligheter og rettigheter. Det kommer også frem som viktig å trygge pasienten ved pustebesvær, redusere angsten og bruke kroppskontakt. Sykepleieren kan undervise i pustemetoder samt stille enkle spørsmål i kommunikasjonen og oppmuntre pasienten. På grunnlag av sykdommens progredierende karakter og akutte forverringer, tenkte mange på døden og fremtiden. Å styrke pasientens håp vil kunne hjelpe han til å akseptere situasjonen og fremme mot.

Sykepleieren må gripe inn fra ulike vinkler, skape gode relasjoner, aktivt lytte, benytte god kommunikasjon og vise forståelse. Mye av eksisterende forskning sammenlikner kols med andre sykdommer. Mye av publisert forskning tar også sikte på å utforske hvert enkelt symptom knyttet til sykdommen. Det finnes også mye forskning i et medisinsk perspektiv. Forslag til videre forskning innen dette temaet kan være en mer helhetlig tilnærming til temaet, med mer innhold om hva en sykepleier kan gjøre for å hjelpe pasienten. Det kan for eksempel være spesifikt om undervisning i ulike mestringsstrategier.

Litteraturliste

- Almås, H., Bakkeland, J., Thorsen, BH. og Sorknæs, AD. (2010). Sykepleie ved lungesykdommer. I: Almås, H., Stubberud, DG. og Grønseth, R. (Red). *Klinisk sykepleie 1*. (s. 107-164). 4. Utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Andenæs, R. (2007). Å leve med lungelidelser. I: Gjengedal, E. og Hanestad, BR. (Red). *Å leve med kronisk sykdom – en varig kursendring*. (s. 208-221). 3. Utg. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Bastøe, LK. (2011). Reaksjoner og strategier i bearbeiding av sykdom og skade. I: Holter, I.M og Mekki, T.E. (Red). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. (81-104). 4. Utg. Oslo: Akribe.
- Corcoran, K.J., Jowsey, T. og Leeder, S.R. (2012). 'One size does not fit all: the different experiences of those with chronic heart failure, type 2 diabetes and chronic obstructive pulmonary disease', *Australian health review*, 37, 19-25. Tilgjengelig fra: <http://www.publish.csiro.au/index.cfm?paper=AH11092>
- Cooney, A., Mee, L., Casey, D., Murphy, K., Kirwan, C., Burke, E., Conway, Y., Healy, D., Mooney, B., Murphy, J. (2013). 'Life with chronic obstructive pulmonary disease: striving for controlled co-existence', *Journal of clinical nursing*, 22, 986-995. Tilgjengelig fra: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2012.04285.x/abstract>.
- Cavanagh, S.J. (2001). *Orems sykepleiemodell i praksis*. 1. Utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. 5. Utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research; interpretive data synthesis of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing*. 20(2). s. 22-26.

Ek, K., Sahlberg-blom, E., Andershed, B. og Ternestedt, B.M. (2011). 'Struggling to retain living space: patients' stories about living with advanced chronic obstructive pulmonary disease', *Journal of advanced nursing*, 67 (7), 1480-1490. Tilgjengelig fra: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2010.05604.x/abstract;jsessionid=12AE46196F1FE5C3DFC4E0807200B081.f01t03>.

Fjørtoft, A.K. (2012). Hjemmesykepleie – ansvar, utfordringer og muligheter. 2.Utg. Bergen: Fagbokforlaget.

Forsberg, C. og Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier*. 3.Utg. Stockholm: Natur & Kultur.

Gabriel, R., Figueiredo, D., Jácome, C., Cruz, J. og Marques, A. (2014). 'Day-to day living with severe chronic obstructive pulmonary disease: Towards a family-based approach to the illness impacts', *Psychology and Health*, 29 (8), 967-983. Tilgjengelig fra: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=4266533b-b005-4a15-b17a-9cc625a9a448%40sessionmgr4001&vid=1&hid=4101>.

Gysels, M.H. og Higginson, I.J. (2011). 'The lived experiences of breathlessness and its implications for care: a qualitative comparison in cancer, COPD, heart failure and MND', *BMC Palliative care*, 10,15, 1-10. Tilgjengelig fra: <http://bmcpalliatcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-684X-10-15>.

Gjengedal, E. og Hanestad, B.R. (2007). 'Oppsummering og tanker om framtiden'. I: Gjengedal, E. og Hanestad, B.R (Red). *Å leve med kronisk sykdom – en varig kursendring*. (s. 375-379). 3. Utg. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.

- Helsedirektoratet (2012). KOLS Nasjonal faglig retningslinje og veileder for forebygging, diagnostisering og oppfølging. Tilgjengelig fra:
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/847/Nasjonal-faglig-retningslinje-og-veileder-for-forebygging-diagnostisering-og-oppfølging-IS-2029.pdf>. (Hentet: 10. april 2016).
- Helse- og omsorgsdepartementet (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m. m (helse- og omsorgstjenesteloven). Lovdata. Tilgjengelig fra:
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>. (Hentet: 19. Mai 2016.)
- Jacobsen, F.F. (2007). Empowerment og styringsformer i pleie- og omsorgsarbeid. I: Gjengedal, E. og Hanestad, B.R. (Red). *Å leve med kronisk sykdom*. (s. 103-144). 3.Utg. Oslo: Cappelen Forlag.
- Lohne, V., Drangsholt Heer, H.C., Andersen, M., Miaskowski, C., Kongerud, J. og Rustøen, T. (2010). 'qualitative study of pain of patients with chronic obstructive pulmonary disease', *heart and lung*, 39, 226-234. Tilgjengelig fra:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0147956309002040>.
- Lohne, V. (2010). Håp og håpløshet. I: Knutstad, U. (Red). *Sentrale begreper i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 2*. (s. 108-124). 3. Utg. Oslo: Akribe.
- Lazarus, R.S. og Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Ljoså, T.M. og Rustøen, T. (2007). Kronisk smerte, lidelse og håp. I: Gjengedal, E. og Hanestad, B.R. (Red). *Å leve med kronisk sykdom*. (s. 60-92). 3.Utg. Oslo: Cappelen Forlag.
- Mjell, J. (2012). Sykdommer i respirasjonsorganene. I: Ørn, S., Mjell, J. Og Bach-Gansmo, E. (Red). *Sykdom og behandling*. (s. 209-242). 1.Utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Molven, O. (2012). *Sykepleie og jus*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Nortvedt, P. og Grønseth, R. (2013). Klinisk sykepleie – funksjon og ansvar. I: Almås, H., Stubberud, D.G. og Grønseth, R. (Red). *Klinisk sykepleie 1*. (s. 17-32). 4. Utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Reitan, AM. (2010). Mestring. I: Knutstad, U. (Red). *Sentrale begreper i klinisk sykepleie*. (s. 74-107). 3. Utg. Oslo: Akribe.

Stang, I. (1998). Makt og bemyndigelse. Oslo: Universitetsforlaget.

Strang, S., Ekberg-Jansson, A. og Henoeh, I. (2014). 'Experience of anxiety among patients with severe COPD: A qualitative, in depth interview study', *Palliative and Supportive Care*, 12, 465-472. Tilgjengelig fra:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4413871/>.

Slettebø, Å. (2013). Forskningsetikk. I: Brinchmann, B.S. (Red). *Etikk i sykepleien*. (209-226). 3. Utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Willgoss, T.G., Yohannes, A.M., Goldbart, J. og Fatoye, F. (2012). 'Everything was spiraling out of control': Experiences of anxiety in people with chronic obstructive pulmonary disease, *health and lung*, 41 (6), 562-571. Tilgjengelig fra:
[http://www.heartandlung.org/article/S0147-9563\(12\)00308-1/abstract](http://www.heartandlung.org/article/S0147-9563(12)00308-1/abstract)

Referanse	Studiens hensikt/mål/ problemstilling	Nøkkel- begrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans for min oppgave?
<p>Forfattere: Corcoran, K.J. Jowsey, T. og Leeder, S.R. (2012).</p> <p>Navn på artikkel: One size does not fit all: the different experiences of those with chronic heart failure, type 2 diabetes and chronic obstructive pulmonary disease.</p> <p>I: Australian health review. Vol. 37 (1) (s. 19-25).</p>	<p>Å utforske erfaringer hos individer med kronisk hjertesvikt, kols og diabetes type 2. Denne artikkelen beskriver sykdomsspesifikke erfaringer hos de intervjuede deltakerne.</p>		<p>Kvalitativ metode. Semistrukturerte intervju med 40 deltakere i alderen 45-85 år. Kvalitativ innholdsanalyse ble gjennomført.</p>	<p>Pasienter med kols hadde mye sinne på grunn av restriksjoner i dagliglivet. En tredel av deltakerne beskrev at de presset egne grenser i hverdagen. Studien identifiserte at å presse egne grenser i hverdagen er sentralt i erfaringene av livet med kols, noe som ikke har blitt rapportert tidligere men er viktig å nevne for forståelsen av oppførsel og reaksjoner hos denne pasientgruppen. Selv om pasientene rapporterte at de fant daglige aktiviteter krevende og skremmende, var det en tredel av pasientene som rapporterte engasjement og det å presse grensene slik som beskrevet over, og resultatet var at de følte mestring og myndiggjøring.</p>	<p>Å forstå nøkkelerfaringer assosiert med spesifikke sykdommer kan hjelpe helsepersonell og tjenester til å øke deres kapasitet til skreddersydde tilbud og program til pasientene. Det er akkurat dette jeg ønsker å oppnå ved å utforske erfaringer og strategier i min oppgave.</p>

Referanse	Studiens hensikt/mål/ problemstilling	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans for min oppgave?
<p>Forfattere: Cooney, A. Mee, L. Casey, D. Murphy, K. Kirwan, C. Bruke, E. Conway, Y. Healy, D. Mooney, B. Murphy, J. (2013).</p> <p>Navn på artikkel: Life with chronic obstructive pulmonary disease: striving for 'controlled co-existence'.</p> <p>I: Journal of clinical nursing (s. 986-995). Vol.nr: 22.</p>	<p>Å forstå meningen av kols for personer og deres respons til sykdommen.</p>	<p>Chronic illness, chronic obstructive pulmonary disease, grounded theory.</p>	<p>Kvalitativ metode. Data er samlet gjennom semi-strukturerte intervju med 26 personer med KOLS. Deltakerne ble rekrutert fra generelle praksiser i Irland.</p>	<p>Analysen avslørte at deltakerne forsøkte å balansere det å kjempe og det å gjemme seg. Kols-diagnosen kommer gradvis. Når symptomene var et faktum og ble forverret, responderte deltakerne med å fokusere mer på å "skjule" symptom de syns var flaut. En av deltakerne ønsket ikke å linke symptomene til selve diagnosen. Eldre deltakere identifiserte symptomene som en del av det å bli eldre. Flere håndterte aktiviteter godt med tilrettelegging. Muligheten til å håndtere symptomene ble forbedret når de hadde ferdigheter og kunnskap om diagnosen.</p>	<p>I resultatet kommer det frem flere reaksjoner på diagnosen kols, og deltakere forklarer hvordan de opplever og håndterer symptomene på forskjellige måter. Jeg utforsker pasienters erfaringer, og valgte derfor denne artikkelen.</p>

Referanse	Studiens hensikt/mål/ problemstilling	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans for min oppgave?
<p>Forfattere: Ek, K., Sahlberg- Blom,E. Adershed, B. og Ternestedt, B.M. (2010). I: Journal of advanced nursing. Navn på artikkel: Struggling to retain living space: patient stories about living with advanced chronic pulmonary disease.</p> <p>Vol.nr: 67 (7), (s. 1480-1490).</p>	<p>Denne artikkelen er en rapport av en studie som utforsker erfaringer med det å leve med alvorlig og avansert kols og langtids oksygenbruk som hjemmeboende alene.</p>	<p>COPD, living alone, nursing, oksygen therapy, phenomenological-hermeneutic.</p>	<p>Gjengitte kvalitative intervju med fire deltakere ble gjennomført over en periode på 8 måneder i 2008. Data omfattet 17 intervju, 15 telefonsamtaler, og varierte notater. En fenomenologisk-hermeneutisk metode ble brukt til å tolke data.</p>	<p>Første hovedtema: å være underordnet den syke kroppen. Det andre hovedtemaet: beskytte signifikante verdier knyttet til identitet, omfatter både kampen om å ivareta selvbilde, og det å være bevisst om egen død. Å bo alene med avansert og alvorlig kols, er en utfordring og et komplekst fenomen. Hverdagen var preget av en kamp om å ivareta autonomi samtidig som et behov for hjelp var stort. En person-sentrert sykepleietilnærming, på grunnlag av personers egne erfaringer, kan være en måte å fremme identitet og verdighet hos pasienter, selv om døden er nærstående.</p>	<p>Denne studien intervjuer deltakere som bor i eget hjem. De tar for seg alvorlig kols. De innhenter pasienthistorier, der deltakerne forklarer sin hverdag, sine opplevelser og sine erfaringer med sykdommen – noe jeg ønsker å utforske.</p>

Referanse	Studiens hensikt/mål/ problemstilling	Nøkkel- begrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans for min oppgave?
<p>Forfattere: Gabriel, R., Figueiredo, D., Jacome, C., Cruz, J. og Marques, A. (2014).</p> <p>Tittel: ”Day-to-day living with severe chronic obstructive pulmonary disease: Towards a family-based approach to the illness impacts.</p> <p>I: Routledge, Taylor & Francis Group (s. 967- 983). Vol.nr: 29, No. 8.</p>	Denne studien utforsker perspektivene til både pasient og pårørende angående sykdommen kols og hvordan den påvirker familien.	Chronic obstructive pulmonary disease, family, impact, family-system illness model, family-based interventions.	En utforskende kvalitativ metode ble gjennomført med pasienter og pårørende/familie hos den som hadde kols. Individuelle intervju ble utført for å utforske deltakernes perspektiv og sendt til tematisk analyse.	6 hovedtemaer ble identifisert fra pasientens perspektiv: - Innvirkningen av kols-symptomer på personlig og familiehverdagen. - Overbeskyttende familiestøtte - vanskeligheter i parkommunikasjon - identitetstap - frykt for progresjon i sykdommen - mestringsressurser 5 hovedtema ble identifisert gjennom familiemedlemmers perspektiv: - restriksjoner i familiens sosiale liv - emosjonelt stress knyttet til kolsforverring - anspentheter i parforholdet - økonomiske begrensninger - mestringsressurser Alle pasientene rapporterte negative konsekvenser av kolssymptomene i det daglige livet. De fleste mannlige deltakerne uttrykte skam for å	Denne studien tar for seg både pasienterfaringer og pårønderfaringer. Jeg fokuserer hovedsakelig på pasienterfaringene da det er det jeg utforsker ut i fra min problemstilling. Et av resultatene identifiserer mestringsstrategier jeg ønsker å utforske nærmere og knytte dette opp mot min problemstilling.

				<p>spørre etter hjelp i daglige aktiviteter.</p> <p>Vanskeligheter for å akseptere sykdom førte til en grad av identitetstap/forvirring hos enkelte pasienter.</p> <p>Pasientene var avhengige av flere strategier for å mestre symptomene: positiv revurdering, søk etter mening og problemløsende strategier.</p> <p>Flere letet etter logiske årsaker for sykdommen. Problemløsende strategier var å ivareta en sunn livsstil gjennom trening og forebyggende/beskyttende tiltak.</p>	
--	--	--	--	--	--

Referanse	Studiens hensikt/mål/ problemstilling	Nøkkel- begrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans for min oppgave?
<p>Forfatter: Gysels, M.H og Higginson, I.J. (2011).</p> <p>Tittel: The lived experiences of breathlessness and its implications for care: a qualitative comparison in cancer, copd, heart failure and mnd.</p> <p>I: <i>BMC Palliative Care.</i> (s. 1-10). Vol.nr: 10:15.</p>	<p>Denne studien sammenlikner erfaringer hos personer med kreft, kols, hjertesvikt og mnd. Dette er fire sykdommen som deler flere like symptomer, dårlige prognoser, tungpustethet og behov for palliativ pleie.</p>	<p>Copd, heart failure, cancer, qualitative, comparison.</p>	<p>Kvalitativ metode. Data ble samlet inn gjennom semi- strukturerte i- dybden intervju og observasjoner.</p>	<p>Kols: tungpust viste seg som kanpt merkbart i begynnelsen, men det utviklet seg gradvis. Deltakerne tilpasset seg gradvis til dette og aksepterte det i hverdagens rutiner og aktiviteter. Elleve av atten pasienter evaluerte tungpust som det verste symptomet av dem alle. Deltakerne snakket om tungpust knyttet til følelser assosiert til forverring og anfall: åndenød, angst, panikk og frykt for å dø. Deltakerne kontaktet bare helsehjelp/lege etter å ha levd i lange perioder med tungpust. De ble da konfrontert med en krise, ble skremt og søkte så hjelp. De deltakerne med en røykehistorie, fryktet å få beskjed om at de hadde kreft.</p> <p>Istedenfor å få beskjed om en spesifikk detaljert diagnose, mottok pasientene beskjed om at de hadde fått bronkitt, kols, astma og emfysem. Over tid fant de lidende ut selv hva</p>	<p>Her innhenter forskerne erfaringer fra deltakerne, noe som jeg også ønsker å utforske. Intervjuene går i dybden der det kommer frem mange detaljer.</p>

				<p>tungpustetheten mente: daglig trøbbel med pusten, redusert mobilitet, angst som sørget for isolering, mindre selvstendighet m.m. Over tid bygde de opp kunnskap gjennom personlige erfaringer, ofte uten profesjonelle råd.</p> <p>Pasientene fant ut at å finne årsak for tungpustetheten var viktig for selve håndteringen. Flere slet med skyld på grunn av røyking , og kjente på ansvaret for å ha forårsaket sykdommen. Alle i studien hadde erfaring med inhalatorer, men synes disse hadde minimal effekt, og steroider forårsaket bivirkninger.</p> <p>Fem stykker hadde oksygen hjemme, og seks stykker hadde nebulisator, der to stykker hadde skaffet dette på egenhånd. De var enstemmige om at dette hjalp dem i forhold til pusten og roet dem ned. En pasient nevne enkle strategier: dampbad, en vifte og åpne vinduer. Fem pasienter gikk på lungerehabiliteringskurs, der de lærte metoder for å</p>	
--	--	--	--	--	--

				<p>håndtere symptomer på egenhånd og dette gav dem en akseptabel livskvalitet. Bare de deltakerne som gikk på lungerehabiliteringskursene, sa at de håndterte symptomene nokså bra.</p>	
--	--	--	--	---	--

Referanse	Studiens hensikt/mål/ problemstilling	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans for min oppgave?
<p>Forfattere: Ek, K., Sahlberg- Blom,E. Adershed, B. og Ternstedt, B.M. (2010).</p> <p>I: Journal of advanced nursing.</p> <p>Navn på artikkel: Struggling to retain living space: patient stories about living with advanced chronic pulmonary disease.</p> <p>Vol.nr: 67 (7), (s. 1480-1490).</p>	Denne artikkelen er en rapport av en studie som utforsker erfaringer med det å leve med alvorlig og avansert kols og langtids oksygenbruk som hjemmeboende alene.	COPD, living alone, nursing, oksygen therapy, phenomenological-hermeneutic.	Gjengitte kvalitative intervju med fire deltakere ble gjennomført over en periode på 8 måneder i 2008. Data omfattet 17 intervju, 15 telefonsamtaler, og varierte notater. En fenomenologisk-hermeneutisk metode ble brukt til å tolke data.	Første hovedtema: å være underordnet den syke kroppen. Det andre hovedtemaet: beskytte signifikante verdier knyttet til identitet, omfatter både kampen om å ivareta selvbilde, og det å være bevisst om egen død. Å bo alene med avansert og alvorlig kols, er en utfordring og et komplekst fenomen. Hverdagen var preget av en kamp om å ivareta autonomi samtidig som et behov for hjelp var stort. En person-sentrert sykepleietilnærming, på grunnlag av personers egne erfaringer, kan være en måte å fremme identitet og verdighet hos pasienter, selv om døden er nærstående.	Denne studien intervjuer deltakere som bor i eget hjem. De tar for seg alvorlig kols. De innhenter pasienthistorier, der deltakerne forklarer sin hverdag, sine opplevelser og sine erfaringer med sykdommen – noe jeg ønsker å utforske.

Referanse	Studiens hensikt/mål/ problemstilling	Nøkkel- begrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans for min oppgave?
<p>Forfattere: Lohne, V. Drangsholt Heer, H., Andersen, M. Miaskowski, C. Kongerud, J. Og Rustøen, T. (2010).</p> <p>Tittel: Qualitative study of pain of patients with chronic obstructive pulmonary disease.</p> <p>I: <i>Issues in pulmonary nursing.</i></p> <p>Vol.nr. 39, No. 3, (s. 226-234).</p>	<p>Evaluering av smerteerfaringer hos pasienter med kols, og hvordan det innvirker på livskvaliteten.</p>	<p>Pain, COPD, qualitative.</p>	<p>Kvalitativ metode der det er gjennomført semi-strukturerte pasientintervju av 16 pasienter. Data ble analysert ved bruk av metoden til Kvale.</p>	<p>Tre hovedtema fremkom: a) ubegripelig og uutholdelig smerte b) låst i egen kropp og isolert fra omverdenen c) den onde kols-sirkelen</p> <p>Ubehandlet smerte er et betydelig problem hos kolspasienter.</p> <p>Å beholde roen og hvile var effektive mestringsstrategier hos noen, mens hos andre var bevegelse og trening mer effektivt.</p> <p>Å leve med smerte, tungpustethet og angst ble beskrevet som utfordrende, der symptomene påvirker hverandre.</p> <p>En deltakerne uttrykte tydelig at han bare ”eksisterte”, uten å leve livet til det fulle.</p> <p>Smerten som deltakerne</p>	<p>Flere deltakere beskrev detaljert hvordan smerten opplevdes.</p> <p>Resultatene handler ikke kun om smerte, men om hvordan deltakerne erfarte symptomene i samspill med bl. annet smerte. Dette er relevant knyttet til min problemstilling.</p>

				opplevde, hadde en signifikant innvirkning på deres hverdag. Smertene førte til at de ble sengeliggende, og noen hadde ikke krefter til å forlate hjemmet. Som et resultat (slik som i andre studier), førte dette til sosial isolasjon.	
--	--	--	--	--	--

Referanse	Studiens hensikt/mål/ problemstilling	Nøkkel- begrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans for min oppgave?
<p>Forfattere: Strang, S. Ekberg-jansson, A. Og Henoch, I. (2014).</p> <p>Navn på artikkel: Experience of anxiety among patients with severe COPD: a qualitative, in- depth interview study.</p> <p>I: Palliative and supportive care. 12, (s. 465-472).</p>	<p>Studiens hensikt var å utforske alvorlig syke kolspasienter og deres erfaringer knyttet til angst og deres mestringsstrategier.</p>	<p>COPD, anxiety, existential, palliative care, death, coping.</p>	<p>Kvalitativt, i- dybden intervju. Intervjuene ble analysert ved bruk av en tematisk innholdsanalyse tilnærming, som involverer fortolkende koding og identifisering av tema. 31 pasienter ble inkluderte.</p>	<p>Analysen avslørte tre hovedtema: dødsangst, livsangst og motvekter til angst.</p> <p>Dødsangst innebar frykt for kvelning, bevissthet rundt døden, frykt for å dø og separasjonsangst.</p> <p>Livsangst innebar frykt for å leve og frykt for fremtiden.</p> <p>Motvekter til angst innebar håndtering av kvelning og unngåelsesstrategier.</p> <p>Flesteparten av deltakerne opplevde angst, noe som begrenset livene deres. Likevel, var de i stand til å finne glede på et nivå.</p>	<p>Angst er et av hovedsymptomene til kols. Å vite hvordan pasienter takler dette og hvilke erfaringer de har, vil kanskje kunne bidra til mer kunnskap og kan forbedre den helsehjelpen sykepleieren er i stand til å gi, på et individnivå.</p>

Referanse	Studiens hensikt/mål/ problemstilling	Nøkkel- begrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans for min oppgave?
<p>Forfattere: Willgoss, T.G Yohannes, A.M Goldbart, J. Fatoye, F. (2012).</p> <p>Navn på artikkel: "Everything was spiraling out of control": Experiences of anxiety in people with chronic obstructive pulmonary disease.</p> <p>I: Heart and Lung Vol.41, nr. 6, (s. 562-571).</p>	<p>Denne studier forsøker å komme frem til og beskrive erfaringer i forhold til angst og håndtering hos pasienter med stabil kols. Angst er vanlig blant kolspasienter og fører til redusert livskvalitet og fysisk funksjon. Det har vært lite forskning på erfaringer knyttet til angst hos denne pasientgruppen, spesielt hos de med stabile respiratoriske symptomer.</p>	<p>Anxiety, Chronic obstructive pulmonary disease, Experience, Panic, Qualitative</p>	<p>Kvalitativ utforskende metode. 14 pasienter med stabil kols og selvrapperte symptomer ble intervjuet. Data ble analysert gjennom bruk av en tematisk nettverksanalyse for å skape generelle, organiserte og globale tema.</p>	<p>Deltakerne rapporterte en intens frykt, håpløshet og konfusjon assosiert med angst og panikkanfall. Selvhåndterbare metoder var viktige, særlig da strategier som å "snakke til seg selv". Tungpustethet trigget følelsen av angst og panikk. For andre deltakere var angst idiopatisk og kunne trigges av sosiale omgivelser, f.eks når andre personer stirret på deg.</p> <p>For en deltaker var medisinen tilgjengelighet en trigger for angst. Angst og respirasjonen ble beskrevet som en ond sirkel av flere deltakere. For enkelte var livet med kols en utfordring, som videre ble komplisert gjennom overlappende fysiske symptomer. Denne forvirringen av symptomer var ofte stressende og førte til økt nivå av angst.</p> <p>Pustingene ble sett på som mulig gjennom regelmessig aktivitet og</p>	<p>Denne studien identifiserte at å presse egne grenser er sentralt i forhold til erfaringer knyttet til livet med KOLS. Dette er erfaringer og en strategi som belyser min problemstilling.</p>

				<p>pusteøvelser, slik som spesielle pustemønstre og leppeforming. Å snakke til seg selv var en viktig strategi og en kritisk bit av det å ha kontroll over situasjonen.</p> <p>Å planlegge aktiviteter/hverdagen var for noen et nøkkelement i effektiv symptomhåndtering og ble sett på som en måte for å forebygge situasjoner som hadde negativ innvirkning. Det er foreslått at angst kan føre til sosial isolasjon og at panikkepisoder kan få en til å føle seg skamful og flau. Noen erfarte ubehagelige fysiske responser under panikkanfall, slik som urininkontinens, svetting og skjelving og på grunn av dette, unngikk de derfor sosiale omgivelser og situasjoner.</p>	
--	--	--	--	--	--

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte artikler
Copd AND coping AND symptoms "5 years"	19/3	Ovid	41 treff	24	7	"The lived experience of breathlessness and its implications for care: a qualitative comparison in cancer, copd, heart failure and MND".
Copd AND Coping AND Symptoms Årstall 2010-2016	19/3	Cinahl Complete	15 treff	15	4	"Everything was spiraling out of control". Experiences of anxiety in people with chronic obstructive pulmonary disease. "Day-to day living with severe chronic obstructive pulmonary disease: towards a family-based approach to the illness impacts"

<p>Chronic obstructive pulmonary disease AND management AND experiences</p> <p>“2011-2016”</p>	20/3	Cinahl Complete	67	40	10	<p>“One size does not fit all: the different experiences of those with chronic heart failure, type 2 diabetes and chronic obstructive pulmonary disease”.</p> <p>“Living with and understanding COPD: a review of individual perspectives”.</p>
<p>Chronic obstructive pulmonary disease AND management AND experiences</p> <p>Begrensninger: 5 år</p>	20/3	PubMed	74	20	10	<p>Ingen inkluderte I denne databasen.</p>

Copd AND coping AND patient experiences “5 years”	21/3	PubMed	17	17	7	“struggling to retain living space: patient’s stories about living with advanced chronic obstructive pulmonary disease”.
Copd AND coping AND patient experiences “siste 5 år”	25/3	Oria	14	6	3	Ingen inkluderte artikler I denne databasen.

Symptom management AND chronic obstructive pulmonary disease 2010-2016	21/3	Cinahl Complete	26	15	5	“Self-management and symptom monitoring among older adults with chronic obstructive pulmonary disease”.
Symptom management AND chronic obstructive pulmonary disease “siste 5 år”	21/3	Oria	466	30	15	Ingen inkluderte artikler I denne databasen.

Copd AND symptom management AND interview 2010-2016	20/3	Cinahl Complete	4	4	4	“Qualitative study of pain of patients with chronic obstructive pulmonary disease”
Copd AND symptom management AND interview “5 years”	20/3	PubMed	21	15	10	Ingen inkluderte artikler I denne databasen med denne kombinasjonen.
Chronic obstructive pulmonary disease AND experience AND symptom 2011-2016	21/3	Cinahl Complete	67	35	11	“Life with chronic obstructive pulmonary disease: striving for controlled co-existence”.
Chronic obstructive pulmonary disease AND	21/3	PubMed	48	15	6	Ingen inkluderte artikler I denne databasen.

experience AND symptom						
Copd AND coping strategies	22/3	Cinahl Complete	25	11	6	“Experience of anxiety among patients with severe COPD: A qualitative, in-depth- interview study.”
Copd AND coping strategies “5 years”	23/3	PubMed	26	13	7	Ingen inkluderte artikler I denne databasen.