

Sebastian Rogne
Johann Lade

KOLS og Livskvalitet

SY300215

Bacheloroppgave i Sykepleie
Veileder: Henny Torheim
Mai 2019

Sebastian Rogne
Johann Lade

KOLS og Livskvalitet

SY300215

Bacheloroppgave i Sykepleie
Veileder: Henny Torheim
Mai 2019

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for helsevitenskap i Ålesund

Sammendrag

Bakgrunn: KOLS er en alvorlig sykdom med et bredt symptom spekter. Ifølge WHO (2019) og Helsedirektoratet (2012) dør opp mot 2000 mennesker av sykdommen i Norge årlig og opp mot tre millioner på verdensbasis. WHO (2019) anslår at dette kan bli den tredje største sykdommen i verden. Sykdommen byr på et bredt spekter av fysiske og psykiske symptomer som har stor innvirkning på pasientens livsutfoldelse og livskvalitet. vi ønsker i denne studien å se på hvordan sykepleier kan forbedre livskvaliteten hos KOLS pasienter.

Hensikt: Hensikten med denne litteraturstudien er å se på hvordan sykepleier kan forbedre livskvaliteten hos KOLS pasienter.

Metode: En systematisk litteraturstudie som inneholder åtte forskningsartikler.

Resultat: Flere studier påpeker sammenhengen mellom fysiske og psykiske symptomer der angst, depresjon og dyspné står sentralt Dette påvirker livskvaliteten hos den enkelte og studiene peker på hvordan sykepleiere kan gjennom farmakologiske og ikke-farmakologiske tiltak øke livskvaliteten til KOLS pasienter. Studiene viser at ikke-farmakologiske tiltak som fysisk trening, ernæring, puste og hoste teknikker og undervisning som sentrale tiltak for å øke mestringsevnen av sykdommen.

Konklusjon: Sykepleier har en viktig rolle i behandlingen av KOLS pasienter. Teori og forskning konkluderer i at ikke-farmakologiske tiltak som ernæring, fysisk trening og undervisning samt mestring av sykdommen påvirker livskvaliteten. Samtidig som man ser resultatet av intervensjonene, mangler sykepleier og andre faggrupper kompetansen, tid og ressurser for å gjennomføre dette.

Abstract

Background: COPD is a serious disease with a wide range of symptoms. According to WHO (2019) and the Norwegian health department (2012) up to 2000 people dies of the disease in Norway and up to three million worldwide. WHO (2019) also suggests that this could be the world's third biggest disease within 2030. The disease offers a wide specter of physical og phycological that affects the patients self-expression and quality of life

Aim: The aim of this study is to reflect on quality of life and how nurses can make an improvement with COPD patients.

Method: A systematic literature study with eight research articles.

Results: Several studies points to the connection between physical and psychological symptoms and how they affect each other. Anxiety, depression and dyspnoea are pointed out several times and how they affect quality of life. Nurses can thru pharmacological and non-pharmacological measures increase quality of life with COPD patients by increasing their coping skills. Such measures are physical training, nutrition, breathing- and cough techniques and instruction

Conclusion: Theory and research concludes that non-pharmacological measures such as physical training, nutrition, tuition of the disease and self-management skills, do improve quality of life. At the same time results show that nurses and other professional groups lack the competence, time and resources to complete the interventions.

Forord

Takk til Veileder for godt samarbeid og godt engasjement rundt vår oppgave.

Innhold

1	Innledning	10
1.1	Bakgrunn for valg av tema	10
1.2	Studiens hensikt og presentasjon av problemstilling	10
1.3	Begrepsavklaring	11
1.4	Avgrensninger	11
1.5	Oppgavens oppbygning	11
2	Teoribakgrunn	12
2.1	Kronisk Obstruktiv Lungesykdom	12
2.1.1	Behandling av KOLS	12
2.2	Livskvalitet	13
2.3	Mestring	14
2.4	Kommunikasjon og informasjon	15
2.5	Depresjon, angstlidelser og dyspnè	15
3	Metode	16
3.1	Litteraturstudie som metode	16
3.1.1	Datainnsamling	16
3.1.2	Inklusjon- og eksklusjonskriterier	17
3.1.3	Kvalitetsvurdering	17
3.1.4	Etiske hensyn	17
3.2	Søkehistorikk	17
3.3	Analyse	18
4	Resultat	20
4.1	Redusering av fysiske og psykiske plager gjennom ikke-farmakologiske og farmakologiske tiltak	20
4.2	Styrking av pasientens mestringsevner	21
4.3	Sykepleier som ressurs	21
5	Diskusjon	23
5.1	Metodediskusjon	23
5.2	Resultatdiskusjon	24
5.2.1	Redusering av fysiske og psykiske plager	24
5.2.2	Styrking av pasientens mestringsevner	25
5.2.3	Sykepleier som ressurs	27
6	Konklusjon	30
6.1	Forslag til videre forskning	30
	Referanser	31
	Vedlegg	35

1 Innledning

I følgende kapittel beskrives bakgrunn for valg av tema, hensikten med oppgaven, problemstillingen, avgrensning- og begrepsavklaring samt en kort oversikt over oppgavens videre oppbygging.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Kronisk obstruktiv lungesykdom [KOLS], er en av de mest alvorligste og dødeligste sykdommene, der prevalensen av sykdommen er vesentlig merkbar både her i Norge og resten av verden WHO (2019). Helsedirektoratet (2012) antyder at i Norge er forekomsten av sykdommen opp mot seks prosent av befolkningen, noe som tilsier at 250 000- 300 000 har sykdommen. De blir anslått at nærmere 2000 personer i Norge dør hvert år av sykdommen KOLS mens på verdensbasis blir det estimert at tre millioner mennesker døde av denne sykdommen i 2005, noe som var årsaken av 5% dødsfall globalt. Totalt vil dette øke med 10% de neste ti årene og WHO (2019) anslår at det vil bli den tredje største dødsårsaken globalt innen 2030.

Årsakene til KOLS er mange. Almås, Bakkelund, Thorsen, & Sorknæs (2015 s.122) legger vekt på at langvarig røyking, høy yrkeseksponering for støv og kjemikalier, innendørs og utendørs luftforurensning, passiv røyking som vanlige årsaker til utvikling av sykdommen. Sykdommen byr på et bredt spekter av symptomer deriblant dyspnè, tungpustethet, økt slimproduksjon og nedsatt fysisk aktivitet. Det å leve med alvorlig KOLS er å leve med frykt for angst, åndenød og kvelning, man har redusert funksjon og livsutfoldelse, og ikke minst redusert livskvalitet (Almås, et al., 2015, s. 152).

I og med at KOLS er en alvorlig og progredierende uhelbredelig sykdom, vil det å leve med KOLS være vanskelig både for pasientene og sykepleierne. Symptom spekteret hos pasientene er utfordrende og tar for seg psykiske, fysiske og sosiale aspekter (Almås et al. 2015, s.122). Å gi fullstendig behandling til KOLS pasienter er vanskelig og ofte blir fysiske symptom prioritert. De psykiske og sosiale aspektene av sykdommen blir for lite prioritert, noe som ofte resulterer i nedsatt livskvalitet. Med denne oppgaven ønsker vi å finne ut hva livskvalitet hos KOLS pasienter er, hvordan ulike faktorer påvirker livskvaliteten og hvordan sykepleier kan forbedre livskvaliteten hos denne pasientgruppen.

1.2 Studiens hensikt og presentasjon av problemstilling

Hensikten med denne litteraturstudien er å få en forståelse og bredere oversikt over hvordan sykepleier kan forbedre livskvaliteten hos mennesker med KOLS. Almås et al. (2015 s.107) mener at mennesker med kroniske lungesykdommer utgjør en stor pasientgruppe, og mange av dem kan ha mer vidtrekkende sykepleiebehov enn det som blir gitt. Gjennom denne bacheloroppgaven skal vi belyse sykepleierens rolle overfor

KOLS pasienter samt utforske ulike metoder sykepleier kan bruke for å bedre livskvaliteten til KOLS pasienter. Oppgavens problemstilling lyder derfor slik:

Hvordan kan sykepleier forbedre livskvaliteten til pasienter med diagnosen KOLS?

1.3 Begrepsavklaring

Helserelatert livskvalitet: Livskvalitet er en persons oppfatning av sin livssituasjon innenfor den kulturen og det verdisystemet de lever i, i relasjon til deres egne mål, forventninger, normer og interesser (Kristoffersen, 2012, s.57). Med helserelatert livskvalitet knytter man inn funksjon, velvære og oppfatning av egen helse, som vil være den innvirkningen som sykdom og behandling har på livskvaliteten. Et studie av Dignani, Toccaceli, Guarinoni, Petrucci & Lancia, (2014, s.202) sier at innenfor biomedisin og sykepleie er livskvalitet et nøkkelkonsept for å evaluere kvalitet og resultat av helsetjenester, spesielt innenfor kroniske sykdommer.

Self-management: Self-management defineres som individets evne til å håndtere symptom, behandling, fysiske og psykososiale konsekvenser og livsstilsendringer knyttet opp mot det å leve med en kronisk sykdom (Barlow, Wright, Sheasby, Turner & Hainsworth, 2002).

Self-efficacy: Kan oversettes til mestringsforventninger. Direkte mening vil dette bety tro på egenmestring. Ved lav mestringstro vil prestasjoner, ambisjoner og motivasjon bli påvirket negativt. Ved høy mestringstro vil disse verdiene bli påvirket positivt (Bandura, 1998).

1.4 Avgrensninger

Denne litteraturstudien er belyst fra sykepleieperspektivet. Vi har valgt å ta for oss alle sykdommens faser fordi sykepleier er den røde tråden i behandlingen til pasientene. Deltakere er fra 18 år og oppover. I denne oppgaven fokuserer vi på hvilke tiltak sykepleier kan gjøre for å opprettholde eller forbedre livskvaliteten hos KOLS pasienter.

1.5 Oppgavens oppbygning

I oppgaven presenteres ulike teorier fra litteratur og forskning som har til hensikt å besvare problemstillingen på en grundig og ordentlig måte. Relevant teori belyses i kapittel 2. Videre blir metode, søkeprosess, analyse og vurdering belyst i kapittel 3. Resultat av artiklene blir presentert i kapittel 4, med en diskusjon og implikasjoner for praksis i kapittel 5 som vil avsluttes med konklusjon i kapittel 6.

2 Teoribakgrunn

I dette kapittelet presenteres relevant teori for å belyse problemstillingen. Teorien tar for seg årsaker, symptomer, utredninger og behandling av KOLS. Videre presenteres teori om livskvalitet, en Lazarus og Folkmans mestringsteori, kommunikasjon og informasjon, samt teori om angst, dyspné og depresjon

2.1 Kronisk Obstruktiv Lungesykdom

KOLS er en samlebetegnelse på sykdommer som karakteriseres av økt luftveismotstand som ikke er reversibel (Almås, et al. 2015, s.122). Luftveisobstruksjon forverres ofte og har sammenheng med kronisk inflammasjon i luftveiene og lungeparenkymet. KOLS er en tilstand med kronisk bronkitt, som gir uttalt hoste og økt ekspektorat produksjon og emfysem, som fører til at alveolene smelter sammen slik at lungeoverflaten samt tilbakefjæringkraften til lungene blir redusert slik at man blir fortere tungpusten (Mjell, 2015, s.231). KOLS kan klassifiseres inn i fire stadier etter alvorlighetsgrad også kalt GOLD-kriterier som er vist i vedlegg (1.2) (Almås, et al. 2015, s.123).

KOLS er en av de hyppigste årsakene til sykdom og død verden over. WHO (2019) estimerte også at tre millioner mennesker døde av denne sykdommen i 2005 og var årsaken til 5% av alle dødsfallene globalt. Tobakksrøyking er den viktigste årsaken til KOLS. Det er likevel et mindretall av de som røyker som utvikler sykdommen (Almås, et al. 2015, s.122). I tillegg kan langvarig og høy yrkeseksponering for støv og kjemikalier, innendørs og utendørs forurensing, passiv røyking, hyppige lungeinfeksjoner og astma være faktorer til utviklingen av sykdommen. I følge (Mjell, 2015, s.232) er mangel på enzymet alfa-1-antitrypsin en viktig arvelig faktor for utvikling av sykdommen.

Symptomer som oppstår av KOLS er ofte avhengig av hvor pasienten er i forløpet og alvorlighetsgraden av sykdommen. Symptomene kommer gradvis med kronisk hoste, økt slimproduksjon og tung pust ved anstrengelse. Ofte opplever mange pasienter episoder med akutte bronkitter og akutt forverring av tung pust (Mjell, 2015, s.233)

2.1.1 Behandling av KOLS

Den overordnede målsettingen for behandlingen er å hindre eller redusere videre utvikling av sykdommen, lindre symptomer, bedre pasientens arbeidskapasitet og kondisjon. Dette gjøres gjennom farmakologisk og ikke-farmakologisk behandling. Ser man på farmakologisk behandling er beta-2-agonister, antikolinerge midler, teofyllin og glukokortikoider grunnelementet i KOLS behandling da de er bronkodilaterende (Helsedirektoratet, 2012). Valg av slike legemidler er avhengig av hvor pasienten er KOLS- forløpet og hvor godt pasienten responderer til legemidlet. Oksygenbehandling er mye brukt i KOLS behandling og er aktuelt for pasienter i GOLD III og IV (Mjell, 2015, s.234). Siden sykdommen er progredierende vil pasienter etterhvert ikke klare å

håndtere symptomene fra sykdommen. Her vil man ta inn en palliativ tilnærming med symptomlindrende behandling, slik som redusering av psykiske og fysiske symptom ved ulike teknikker, eksempelvis hoste og puste teknikker samt farmakologisk behandling (Vejlgaard & Rasmussen, 2012, s.611). I tidligere faser, som GOLD I og II, vil man heller ta utgangspunkt i symptom forebyggende behandling, som har et mål om å forebygge eller utvikle sykdommen (Kaasa & Loge, 2016, s.35).

Rehabilitering er et behandlingstilbud for å bedre funksjonsevne og aktivitetsmuligheter for personer med funksjonsproblemer. Rehabilitering brukes i samråd med pasienten for å styrke funksjonsevnen, og innebærer ofte opptrening, men innebærer også å mestre en ny tilværelse og å tilpasse eget liv (Romsland, Dahl & Slettebø, 2015, s.17). Tverrfaglig praksis er et samarbeid mellom ulike profesjoner som forvalter både en grunnleggende felles kunnskap og særlig kunnskap som er knyttet til profesjonenes spesifikke oppgaver (Romsland, et al. 2015, s.80) Tverrfaglig sykepleie innebærer at pasienter skal få et helhetlig tilbud og sikre faglig forsvarlighet. Det tverrfaglige teamet skal være individualisert og tilpasset individets ønsker og behov (Romsland, et al. 2015, s.81). Helsedirektoratet (2012) skriver i sin rapport mal viktigheten rundt tverrfaglig samarbeid og ser på dette som essensielt i behandlingen av KOLS pasienter.

2.2 Livskvalitet

Ifølge Næss i Kristoffersen (2012, s.57) er livskvalitet et begrep som tar for seg materielle, helsemessige- og psykososiale forhold. Begrepet forstås som psykisk velvære og omfatter menneskets subjektive opplevelse av ulike sider ved livssituasjonen. Man knytter livskvaliteten til indre og ytre forhold. De ytre forholdene er økonomi, familie og omgivelser, men på en annen måte kan en person ha god livskvalitet med dårlig økonomi, manglende familie og dårlige omgivelser. Næss i Kristoffersen (2012, s.58) skriver at personlighetsegenskaper er grunnleggende for mestring av egen livssituasjon. Livskvaliteten kan ses på som et resultat av mestringsprosesser, og handler først og fremst om den objektive livssituasjonen og hvordan personen håndterer den. Det er stor sammenheng mellom mestring og livskvalitet. Finset (2016, s.67) sier at livskvalitet omhandler en generell helse oppfattelse som tanker, forestillinger, følelser, mestring og funksjon sammen med fysiske og psykiske symptomer som angst- og stemningslidelser. Individets allmenne opplevelse av glede og mening har også en betydning for livskvalitet.

Næss i Kristoffersen (2012, s.58) skriver at mennesker med angst og depresjon er ofte plaget med mye indre negativitet, men blir påført mye positivt fra det ytre. Angst, depresjon og KOLS er en komorbiditet, noe som vil da føre til at KOLS pasienter ofte har nedsatt livskvalitet (Almås, et al. 2015, s.152). Livskvalitet hos KOLS pasienter blir målt ut i fra funksjon, velvære og oppfatning av egen helse. Dette betegnes da som helserelatert livskvalitet, hvordan sykdom og behandling har innvirkning på livskvaliteten (Kristoffersen, 2012, s.58). Hos KOLS pasienter blir livskvalitet målt med et spørreskjema kalt St. George's Respiratory Questionnaire [SGRQ], hvor livskvaliteten blir kartlagt rundt symptomer, aktivitet og sykdommens innvirkning (se vedlegg 1.1) (Healthstatus, 2009).

Livskvalitet kan deles inn i global livskvalitet, helse-relatert livskvalitet og sykdomsspesifikk livskvalitet. Den globale livskvaliteten er opptatt av livskvalitet som et fenomen som inkluderer pasientens tilfredshet, lykke, mening eller realisering av mål som en helhet. Den helserelaterte livskvaliteten er individets egne generelle helseforhold. Den sykdomsspesifikke livskvaliteten omfatter individets opplevelse av forhold knyttet til plager eller sykdom (Wahl & Hanestad, 2004, s.31).

2.3 Mestring

“Kontinuerlig skiftende kognitive og atferdsmessige anstrengelser for å klare spesifikke indre og/eller ytre krav som vurderes som krevende, eller som overstiger personens ressurser og truer velværet” (Lazarus og Folkman referert i Kristoffersen, 2012, s.145).

De skiller mellom to ulike hovedtyper strategier for å mestre situasjoner som oppleves stressende, problemorientert- og emosjonelt orientert mestring. Problemorientert mestring dreier seg om ulike strategier for å løse et problem eller hanskes med en vanskelig situasjon. Ved bruk av problemorienterte strategier stiller personen seg aktivt og direkte til problemet eller til det situasjonen gjelder. Den aktive og problemorienterte mestringen omfatter også følelsesmessig bearbeiding av problematiske situasjoner som ikke kan endres, slik som ved en kronisk sykdom som KOLS (Kristoffersen 2012, s.145). Lazarus og Folkman i Kristoffersen (2012, s.146) beskriver at emosjonelt orientert mestring omfatter strategier som tar sikte på å endre opplevelsen av en situasjon fremfor å endre selve situasjonen. Strategiene tar sikte på å redusere ubehaget ved å dempe de følelsene som ledsager opplevelsen av stress, eller ved å endre situasjonens meningsinnhold. På den måten tilstreber personen å få kontroll over seg selv, følelsene og situasjonen.

Helsedirektoratet (2012) viser i sin rapport mal betydning av mestring og mestringsstrategier. Dette skyldes at Helsedirektoratet har et stort faglig behov for å gi anbefalinger om viktige tiltak innen ikke-medikamentell behandling og opplæring til egenmestring. Det er ved røykeslutt, trening og andre ikke-medikamentelle mestringsstrategier de fleste KOLS pasienter kan oppnå størst gevinst på helse og livskvalitet.

Lærings- og mestringscentralen [LMS], er ifølge Helsedirektoratet (2012) et tilbud for pasienter med kroniske sykdommer som gjennomføres av spesial- og kommunehelsetjenesten. De tilbyr ulike tilbud for å bygge opp kompetansen og mestring blant pasienter med langvarig sykdommer, deriblant KOLS. Dette blir sett på som essensielt i rehabiliteringsforløpet. Et slikt tilbud i nærområdet vil dekke generelle behov som pasienten har, men dessverre opplever mange sykehus og kommuner at tilbudet er fraværende eller ikke tilstrekkelig for KOLS pasienter. Romsland et al. (2015, s.145) skriver at LMS har stor betydning av mestring og mestringsstrategier, og det kan gi stor helsegevinst.

2.4 Kommunikasjon og informasjon

Når folk blir syk eller hjelpetrengende, har man ofte et stort behov for informasjon og kunnskap om en rekke ulike forhold. Dette kan være om sykdommen, prognosen, behandlingen, bivirkninger av medisiner og behandling, psykiske reaksjoner, praktiske forhold når det gjelder sykehusopphold, støtteordninger, treningsprogrammer eller annet. Å gi informasjon og veiledning er en av sykepleierens viktigste kommunikative oppgaver, og en forutsetning for det er å ta seg god tid med pasienten (H. Eide & T. Eide, 2013, s.47).

Informasjonen som sykepleier gir er essensielt for pasienten. Som regel vet sykepleiere og andre faggrupper hva slags informasjon som blir gitt og hvilket behov hver enkelte har. H. Eide & T. Eide (2013, s.47) påpeker at et viktig mål er at pasienten skal kunne mestre situasjonen bedre og bli så selvhjulpne som mulig. Dermed kan også det å gi informasjon bli en del av mestringsprosessen. H. Eide & T. Eide (2013, s.48) sier også at økt kunnskap gir en følelse av kontroll, både kognitiv og instrumentell, og opplevelse av mestring. Dette gjøres gjennom god informasjon og undervisning fra fagpersonell. Informasjon om sykdom, behandling og prognose vil gi redusert usikkerhet og angst (Vejlgaard & Rasmussen, 2012, s.610).

2.5 Depresjon, angstlidelser og dyspnè

De fleste som har KOLS lever med angst, depresjon og usikkerhet. Pasientenes fysiske begrensninger, isolasjon og sosiale aktiviteter vil da begrenses. Spesielt pasienter med GOLD III og IV (se vedlegg 1.2) har også nedsatt livskvalitet. Angsten henger ofte sammen med dyspnè. Dyspnè vil føre til hurtig, overfladisk respirasjon som fører til ytterligere oksygenbehov som igjen vil føre til at angsten blir forverret. Denne usikkerheten vil føre til et evig tankekjør og vil føre til nedsatt livskvalitet (Vejlgaard & Rasmussen, 2012, s.610).

De mest kjente symptomene på depresjon er senket stemningsleie, interesse- eller gledeløshet, lite energi, dårlig selvtillit, skyldfølelse og mindreverdsfølelse (Aarre, 2015, s. 80). Årsaksforholdene til depresjon er negative livshendelser som dødsfall i familien, skilsmisse, langvarige konflikter og kroniske sykdommer øker sjansen for å bli deprimert. Angstlidelser er en av de mest vanligste psykiske lidelsene. Sentrale symptomer for angst er hjertebank eller økt hjertefrekvens, svetting, skjelvinger eller risting, åndenød og kvelningsfølelser (Aarre, 2015, s. 80). Dyspnè, også kalt anstrengt respirasjon, er en ubehagelig opplevelse av å ikke få puste. Pasienten begynner å puste overfladisk og oksygenbehovet blir større, samt at man får lufthunger og kan føle seg kvalt. Dyspnè har en negativ effekt på KOLS pasientens livskvalitet (Almås, et al, 2015, s.123).

3 Metode

I denne oppgaven er det blitt gjort et systematisk litteratursøk. Et systematisk litteratursøk er definert som en studie som utgår fra et godt formulert spørsmål som besvares systematisk gjennom å velge, identifisere, analysere og vurdere relevant forskning (Forsberg & Wengström, 2016, s.59). Her vil det gjøres rede for metode, datainnsamling, analyse, inklusjons-og eksklusjonskriterier og gjennomføring av søkeprosessen.

3.1 Litteraturstudie som metode

En systematisk litteraturstudie har et klart definert formål, en omfattende og dokumentert søkestrategi som sikrer størst mulig fullstendighet, hvor det blir gjort kritiske analyser av funn og kritiske vurderinger av relevant forskningslitteratur. Kriteriene for et systematisk litteratursøk er at man må ha tilstrekkelig antall studier av god kvalitet, som legger grunnlag for en konklusjon (Forsberg & Wengström, 2016, s.60) Litteraturstudiet har klare kriterier for hva som skal inkluderes i oversikten, samt kvalitetsvurdering av de valgte studiene man har brukt og anerkjente metoder for å sammenstille resultatene. Dette fører til en struktur som kalles for IMRaD. Dette står for introduksjon, metode, resultat og diskusjon (Dalland, 2017, s.163).

3.1.1 Datainnsamling

Søkestrategien var å søke systematisk i vitenskapelige databaser med valgte søkeord og kriterier, i denne sammenheng brukte vi CINAHL Complete. Det ble søkt i PubMed, uten gode resultat. Her ble det søkt etter både kvalitative og kvantitative artikler. De kvalitative artiklene beskriver eller tolker et fenomen og har som formål om å forstå og å forklare menneskers opplevelser og erfaringer. De kvantitative artiklene brukes for å trekke deskriptive eller beskrivende slutninger som har til formål å teste en hypotese, om virkeligheten stemmer overens med den data man innhentet (Forsberg & Wengström, 2016, s.42).

Forskningsartiklene i dette litteraturstudiet tar i bruk strukturerte intervjuer, fokusgrupper, intervensjonsstudier og randomiserte kliniske studier. De kvalitative artiklene får bedre frem forskningen og er mer beskrivende enn de kvantitative artiklene (Forsberg & Wengström, 2016, s.49). I dette litteraturstudiet er det inkludert to kvalitative studier og seks kvantitative studier. Dette temaet har mye nyere forskning, og studiene som er tatt med er relevant og aktuelle for dagens helsevesen.

3.1.2 Inklusjon- og eksklusjonskriterier

Når man skal finne relevante artikler er det nødvendig å sette opp inklusjons- og eksklusjonskriterier og relevante søkeord. Her ble det søkt etter fagfellevurderte og vitenskapelige artikler fra 2008-2019, alle voksne, har diagnostisert KOLS, europeiske, amerikanske og oseaniske artikler. Alle inkluderte artikler har oppbygning som en forskningsartikkel, som har en klar IMRaD-struktur, med etisk redegjørelse og et sykepleieperspektiv.

3.1.3 Kvalitetsvurdering

Kvalitetsbedømming bør omfatte studiens hensikt og forskningsspørsmål, design, utvalg, analyse og tolkning (Forsberg & Wengström, 2016, s.104). Alle inkluderte artikler og studier er nøye analysert og har et forskningsspørsmål med en klar og tydelig hensikt. Vi benyttet Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste [NSD] for å søke om publiseringskanalene var godkjent på nivå 1 eller 2. Alle artiklene er godkjent på nivå 1 eller 2, som er høyeste rang (NSD, 2019).

For å sikre artiklenes validitet, ble det gjort en kvalitetssikring med kvalitative og kvantitative sjekklister utarbeidet av Forsberg & Wengström (2016, s.195). Sjekklistene inneholder flere ulike spørsmål angående metoder, utvalg, metode for datainnsamlingen, dataanalysen og evaluering om innholdet er troverdig og nyttige. Artiklene ble bedømt ut ifra «ja» eller «nei», hvor alle artiklene hadde kun «ja». Alle artiklene må gjøre godt rede for sin metode, funnene sine og de må ha etiske hensyn. Ut ifra disse kriteriene, svarte artiklene på problemstillingen.

3.1.4 Etske hensyn

Forskning innenfor helsefag må være etisk forsvarlig, grunnet Helsinkideklarasjonen. Den understreket at forskningspersoner må være frivillige og informerte, og at det bør gis skriftlig samtykke til deltakelse (Forsberg & Wengström, 2016, s.59). I Helseforskningsloven (2008, §5) beskrives det at forskning basert på mennesker skal vise respekt, velferd og integritet over deltakere av forskningen, samt at deltakernes rettigheter skal gå foran vitenskapens interesse.

3.2 Søkehistorikk

For å finne frem til artiklene brukte vi CINAHL Complete. Søkeordene som ble valgt er «Nurs*», «Pulmonary disease, Chronic obstructive», og «Quality of Life». Vi brukte «Nurs*» som S1, «COPD» som S2 og «Quality of Life» som S3. Disse søkeordene ble kombinert ved hjelp av den boolske operatøren AND. Den boolske operatøren AND begrenser søket, slik at man får et mer konkret treff (Forsberg & Wengström, 2016, s.69). Ved å bruke den boolske operatøren, ekskluderer man eller inkluderer artikler med de gitte søkeordene. Når vi kombinerte søket gav det oss syv artikler som legger et godt grunnlag for besvarelsen av oppgaven. Senere ble det derfor brukt andre kombinasjoner for å finne resterende litteratur. Vi brukte senere søkeordet "breathing techniques".

Når vi kombinerte søkeordene med den boolske operatøren AND, ble vi sittende igjen med 79 artikler, hvor de fleste ble kvalitetsvurdert ut i fra inklusjons- og eksklusjonskriterier og om den svarte på problemstillingen på en god måte. Søkeordene og antall treff, leste artikler og abstrakter fra CINAHL Complete er lagt ved i en søketabell i vedlegg (2.0)

P	I	O
COPD	Nurs*	Quality of Life

3.3 Analyse

Å analysere betyr å dele opp i mindre deler, undersøke de hver for seg, for å så sette delene sammen til en enhet eller syntese (Forsberg & Wengström, 2016, s.152). I denne oppgaven er det brukt analyseprosessen av Evans (2002), som er en metode for å jobbe systematisk med innhentet data. En analyseprosess gjennomføres gjennom fire trinn for å analysere artiklene (Evans, 2002). Det første trinnet brukes for å samle data, forskningsartiklene, i trinn to blir nøkkelfunn i artiklene identifisert, i trinn tre blir artiklene analysert på tvers og finner relaterte tema og i trinn fire blir det en resultatdel med sentrale funn i artiklene (Evans, 2002).

Trinn 1 - Analysering

Det første trinnet er datainnsamling, samt å beskrive søkehistorikken. Dette er nærmere beskrevet i punkt 3.2. I Litteraturstudiet er det inkludert seks kvantitative studier og to kvalitative studier som er relevante for problemstillingen.

I følge Evans (2002) sin analyseprosess skal man identifisere nøkkelfunn i hver artikkel i trinn to. I denne prosessen ble det fordelt fire artikler til hver for analysering, for å så bli byttet på og analysert igjen. Det er også brukt artikler i oppgaven som vi i senere tid måtte ekskludere da de ikke var med på å besvare på problemstillingen, men inneholdt gode poenger. Alle artiklene er lest nøye flere ganger.

Trinn 2 - Nøkkelfunn

Evans (2002) beskriver neste trinn som identifisering av nøkkelordene fra artiklene. Det ble gjort en analyse av artiklene der nøkkelfunn ble satt opp i et tankekart (vedlegg 1.3). Nøkkelord som vi ser går igjen er ord som dyspné, angst, depresjon, livskvalitet, "self-management/ efficacy", informasjon, undervisning av pusteteknikker, feil fokus i intervensjoner og ulike øvelser for å få opplevelse av kontroll av egen sykdom. Flere eksempler på nøkkelfunn er vist i analysen tabellen (vedlegg 3.0)

Trinn 3 - likheter og ulikheter

Evans (2002) beskriver at artiklene skal analyseres på tvers av hverandre for å finne felles funn, tema, likheter og ulikheter. De identifiserte nøkkelfunnene ble satt opp i en tabell (vedlegg 3.0) samt et tankekart (vedlegg 1.3) for å få en god og oversikt. På bakgrunn av nøkkelfunnene og utgangspunkt i problemstillingen har vi utarbeidet tre hovedtema. Det første tema er om "Redusering av fysiske og psykiske plager gjennom ikke-farmakologiske og farmakologiske tiltak". Den handler om hvordan sykepleier kan bedre de fysiske og psykiske symptomene med sin posisjon i behandlingen og hvordan tiltakene går inn i hverandre, og hvilken behandling som er best ut fra hvilket stadium de er i. Det andre temaet "Styrking av pasientens mestringsstrategier" handler om ulike mestringsstrategier som brukes for å få pasienten til å øke tryggheten på seg selv og styrker mestringen av sykdommen. Våres siste punkt "Sykepleier som ressurs" tar for seg sykepleiers rolle innenfor KOLS behandlingen, hvor det legges fokus på tverrfaglighet og sykepleiers kunnskap.

Trinn 4 -hovedtema

Etter grundig analyse ved hjelp av Evans (2002) modell har vi kommet frem til ulike hovedtema som beskriver de ulike nøkkel funnene som blir presentert i resultat. Vi har derfor kommet frem til følgende hovedtema: Redusering av fysiske og psykiske plager gjennom ikke-farmakologiske og farmakologiske tiltak, Styrking av pasientens mestringsstrategier og Sykepleier som ressurs.

4 Resultat

I dette kapittelet blir hovedtemaene presentert med resultatene fra studiene.

4.1 Redusering av fysiske og psykiske plager gjennom ikke-farmakologiske og farmakologiske tiltak

Nedsatt livskvalitet er ofte en sentral komorbiditet blant KOLS pasienter. Flere av studiene viser sammenhengen mellom angst, dyspné og depresjon, og hvordan disse henger sammen og påvirker livskvaliteten (Efraimsson, Hillervik, Ehrenberg, 2008, s. 181; Long, Bekelman, Make, 2014, s. 517). Dyspné og lite funksjon i ADL vil ha store konsekvenser hos pasientens livsutfoldelse, da oppgaver som hygiene, oppgaver i hjemmet og andre fysiske aktiviteter blir påvirket. Et resultat av dette kan være sosial isolasjon (Yilmaz & Aydin, 2018; Chavannes, Grijsen, Akker, Schepers, Nijdam, Tiep & Muris, 2009, s.173; Long et al. 2014, s.517).

Et sentralt funn er at gjennom tilstrekkelig behandling kan pasienten redusere symptomer som dyspne, angst og depresjon, samtidig som den øker livskvaliteten (Long, et al. 2014, s.517; Valenza, Valenza-Peña, Torres-Sanchez, Gonzalez- Jimenez, Conde-Valero & Valenza-Demet, 2014, s.212). Flere studier viser til ulike tiltak som bidrar til økt livskvalitet og redusering av fysiske symptomer og psykiske symptomer. Ikke-farmakologiske tiltak som røykeslutt, forbedring av fysisk aktivitet, ernæring, puste- og hoste teknikker kom frem i flere av studiene. (Verbrugge, De Boer & Georges, 2013, s. 2791; Valenza, et al. 2014, s. 212; Yilmaz & Aydin, 2018; Efraimsson, et al. 2008, s.181; Long, et al. 2014, s.517). Intervensjoner blant sykepleiere som involverer ikke-farmakologiske tiltak har stor påvirkning på livskvaliteten i henhold til daglig funksjon (Verbrugge, et al. 2013, s.2791; Chavannes, et al. 2009, s. 173; Efraimsson et al. 2008, s. 181).

I studiet til Chavannes et al. (2009, s. 173) resulterte ikke-farmakologiske tiltak i en reduksjon av lungeproblemer og sykehusinnleggelseser med 30-40%. Informasjon og undervisning av sykdommen, ulike puste- og hoste teknikker førte til økt livskvalitet, bedring av angst og depresjon. (Efraimsson, et al. 2008, s.181; Chavannes, et al. 2009, s. 173; Verbrugge, et al. 2013, s.2791; Valenza, et al. 2014, s. 212; Long, et al. 2014, s.517; Padilha, Sousa & Pereira, 2017, s.127)

Da funn i andre artikler påpeker viktigheten med ikke-farmakologiske tiltak, blir det presentert en palliativ tilnærming med farmakologiske og ikke-farmakologiske tiltak i studiet til Long et al. (2014, s.517). De farmakologiske tiltakene tar for seg opiatere som demper angst og depresjon. Funnene i studien påpeker at opioider som morfin har effekt på kortpustethet. Pasientene i intervensjonsgruppen hadde høyere livskvalitet, dyspnéen ble forbedret, samt at angst og depresjon ble forbedret. Tiltakene virket bedre på GOLD III og IV enn i tidligere stadier (Long, et al. 2014, s.518).

4.2 Styrking av pasientens mestringsevner

Padilha et al. (2017, s.124) introduserer i sin studie intervensjonen Participatory Action Research, [PAR]. Introduksjonen av denne intervensjonen førte til en endring av behandlingen der det ble større fokus på pasientens dagligdagse problem, pasientens evne til å håndtere symptomer, henvisning til andre faggrupper, informasjon og undervisning av selve sykdommen. Kompetansenivået hos sykepleiere skulle økes, samtidig skulle sykepleierne ha større fokus på pasients håp, involvering, kunnskap og ferdigheter om sykdommen. Etter omorganisering økte mestrings-, kunnskaps-, og undervisningsintervensjoner fra 0.37% til 62,4% (Padilha, et al. 2017, s.126).

Undervisningsprogrammet COPD-GRIP er en intervensjon gjort av sykepleiere i studiet til Weldam, Lammers, Zwakman & Schurrmans (2016, s.88). Intervensjonen tar utgangspunkt i å finne ut hva slag syn pasienter har på sykdommen og hva innsikt de har om egen livssituasjon. Resultatet av dette programmet er muligheten til å utvikle et mer individuelt program for hver enkelt pasient da sykepleier og andre faggrupper får en tydeligere oversikt over hva behandlingsbehovet er.

Flere av de inkluderte studiene peker på ulike undervisnings - og læringsmetoder for hvordan kompetanse og kunnskap økes for både pasient og sykepleier. Her blir det nevnt metoder som sykepleieintervensjoner, teoretisk undervisning og treningsprogram (Weldam et al. 2016, s.88; Valenza et al. 2014, s.212; Efraimsson, et al. 2008, s.181; Padilha, et al. 2017, s.126; Chavannes, et al. 2009, s.173). Undervisningen av pasienter burde være tilpasset sykepleieren, slik at sykepleieren har større kunnskap til å ha innvirkning på pasientens mestringsevne (Weldam, et al. 2016, s.88).

4.3 Sykepleier som ressurs

Flere av studiene beskriver at sykepleier har en nøkkelposisjon som kan endre dagen til en KOLS pasient (Weldam, et al. 2016, s.88; Verbrugge, et al. 2013, s.2791; Long, et al. 2014, s.517). Funn i studien til Verbrugge et al. (2013, s.2791) viste seg at det å ta på seg lytterollen og aktiv lytting, førte til at pasientens psykiske problemer hadde blitt hørt og forstått. Dette ville bidra til at pasientens hverdag ble bedre og at de fikk et annet syn på sykdommen. Sykepleier har en sentral rolle i behandlingen av KOLS pasienter, hvor de har en rød tråd for et godt samarbeid med andre faggrupper for å sikre best mulig behandling (Chavannes, et al. 2009, s.173; Efraimsson, et al. 2008, s.181; Weldam et al. 2016, s.88; Long, et al. 2014, s.517; Yilmaz & Aydin, 2018). Et godt tverrfaglig samarbeid er viktig for å utarbeide en individuell plan for KOLS pasienter (Verbrugge, et al. 2013, s.2791; Long, et al. 2014, s.517; Weldam, et al. 2016, s.88). Sykepleiere er en ressurs for pasienter ved å implementere intervensjonene de utfører (Padilha, et al. 2017, s. 126).

Informasjon og undervisning fra sykepleiere ble i flere artikler fremhevet som en betryggende faktor for KOLS pasientene. I studiet til Padilha et al. (2017, s. 126) følte sykepleierne at de hadde for lite kunnskap og for lite kontakt med pasientene for å gjøre inntrykk på livskvaliteten. Long et al. (2014, s.517) og Weldam et al. (2016, s.88) underbygger også denne teorien og forklarer at sykepleiere ikke var trygg nok på egne kunnskaper og ferdigheter. Padilha et al. (2017, s. 126) forklarer dette som en mangel

eller feil i organisering, retningslinjer og kunnskapsutviklingen blant sykepleiere. Forskerne mente at det var feil fokus i intervensjonene, noe som de presenterte slik;

“(...) we’re very focused on a biomedical model... we worry too much about the vital signs, with examinations, with medication...” (Padilha, et al. 2017, s.124).

I et av studiene kom det frem en intervensjon kalt Integrated Disease Management, [IDM]. Denne omhandlet sykdoms- og mestringsstrategier som optimal medikasjon, plan for eventuelle eksaserbasjoner, et individuelt treningsprogram og en kontinuerlig “self-management” utdanning av pasientene. Studiet påpeker at alle i intervensjonsgruppene merket nedgang i symptomer som dyspnè, hosting og tungpustethet (Chavannes et al. 2009, s.172). Et annet funn i studiene viser også at slike programmer har stor bedring innenfor kunnskapen rundt sykdommen og livskvaliteten. Flere av de inkluderte studiene (Verbrugge, et al. 2013, s.2791; Efraimsson, et al. 2008, s.181; Chavannes, et al. 2009, s.173; Padilha, et al. 2017, s.124) påpeker funksjonen til sykepleier der hensikten og sykepleierens rolle er å utgi informasjon om sykdommen, innstille selvtillit, bli en diskusjonspartner for å øke mestringsevne gjennom ulike intervensjoner hos pasienter.

5 Diskusjon

Her presenteres diskusjon; Først metodediskusjon deretter resultatdiskusjon

5.1 Metodediskusjon

Metoden og fremgangsmåten har sitt preg fra Forsberg & Wengstrøm (2016) og Evans (2002) analysemodell av artikler, supplert med Dalland (2017) sin bok. Dette mener vi er en styrke i oppgaven, da vi har fått flere ulike syn på hvordan skrive metodekapittelet. Det ble satt opp et tankekart som viser alle artiklene og belyser hovedfunnene. Dette gir god oversikt over likhetene mellom artiklene. Denne systematiske litteraturstudien er bygd opp av teori fra pensum samt åtte forskningsartikler som er godkjent for bruk gjennom inklusjonskriterier som er vist i punkt 3.1.2.

Denne litteraturstudien ble påbegynt høst 2018. Det ble utarbeid en prosjektplan samt en fremdriftsplan som skal være mal for videre arbeid med hovedoppgaven. Gjennom internundervisning av bibliotekar og lærer har vi skaffet tilstrekkelig kunnskap som kan anvendes ved utforming av studien samt hvordan et systematisk litteratursøk skal gjennomføres.

Det systematiske litteratursøket startet høsten 2018. Søkeprosessen og søkeordene resulterte i fem forskningsartikler. Dette gav et godt grunnlag for prosjektplanen. I 2019 startet arbeidet på nytt med nye søk for å innhente resterende artikler. Databasen CINAHL ble anvendt i denne oppgaven. Databasen PubMed ble forsøkt men søkeprosessen ble for vanskelig. Søkeprosessen i CINAHL resulterte i gode artikler som gav et godt utgangspunkt for besvarelsen av oppgaven.

Denne litteraturstudien tar utgangspunkt i både kvantitative og kvalitative studier. Dette gir grunnlag for en helhetlig oppgave. Ved å ta i bruk begge metodene, får man satt sammen de kvalitative og kvantitative resultatene. Man får da belyst fenomenet på flere synsvinkler. Resultatene fra den kvantitative analysen belyses med kvalitativ testing av en hypotese eller fenomen (Forsberg & Wengstrøm, 2016, s.152). Vi ser dette som en styrke i oppgaven da dette gir bredere belysning av problemstillingen. Det finnes mye nyere forskning om KOLS, med ønskelig at artiklene var fra de siste fem årene. Vi fant ikke tilstrekkelig artikler som passet til problemstillingen, derfor utvidet vi til de siste ti årene, noe som kan ansees som både en styrke og en svakhet i oppgaven. Det er kun to artikler eldre enn 2010 (Efraimsson, et al. 2008; Chavannes, et al. 2009). Alle artiklene er hentet fra vestlige land, grunnet at helsevesenet er sammenlignbart med det norske, noe som kan ansees som en mulig styrke.

Artiklene ble analysert på engelsk og hovedpunktene ble skrevet ned i en felles tabell, slik at vi hadde felles forståelse. En styrke er at begge to analyserte artiklene, slik det er en felles vurdering. Vi har arbeidet godt i lag og utfylt hverandre. det ble diskutert og reflektert mye slik at vi kom frem til en felles god løsning.

5.2 Resultatdiskusjon

Hvordan kan sykepleier forbedre livskvaliteten til pasienter med diagnosen KOLS?

5.2.1 Redusering av fysiske og psykiske plager

Nedsatt livskvalitet er en sentral komorbiditet hos KOLS pasienter. Et sentralt funn i Efrainsson et al. (2008, s.181) er hvordan angst, dyspné og depresjon henger sammen og hvordan det påvirker livskvaliteten. Vejlgaard & Rasmussen (2012, s.610) beskriver sammenhengen mellom angst, depresjon og dyspné ved at angsten til pasienten vil føre til økt pustebesvær, samtidig som dyspné igjen fører til hurtig, overfladisk respirasjon som fører til ytterligere oksygenbehov og forverring av angst. Nedsatt funksjon i ADL-oppgaver som hygiene, oppgaver i hjemmet og andre fysiske aktiviteter er ofte en konsekvens av dette, og resulterer ofte til sosial isolasjon og nedsatt livskvalitet (Yilmaz & Aydin, 2018; Chavannes, et al. 2009, s. 173; Long, et al. 2014, s.517). Dette belyses også i Almås et al. (2016, s.153) som sier at pasienter som har hatt dyspné før eller har angst for å få dyspné vil pasientene minske sine ADL-oppgaver.

Ikke-farmakologiske tiltak har stor påvirkning på livskvaliteten i henhold til daglig funksjon og kan redusere lungeproblemer og sykehusinnleggelse med opp mot 30-40%. Studiene viser at sykepleierens deltakelse i slike intervensjoner har en stor påvirkningskraft for livskvaliteten hos KOLS pasienter (Verbrugge, et al. 2013, s.2791; Chavannes, et al. 2009, s. 173; Efrainsson, et al. 2008, s.181). Tiltak som avslappings- og hoste teknikker, daglig fysisk trening og utfyllende informasjon om akutt eksaserbasjoner er sentrale tiltak. Valenza et al. (2014, s. 212) påpeker i sitt studie at slike tiltak kan være med å bedre livskvaliteten og symptomer innenfor dyspné, angst og depresjon. Sykepleiere er ansvarlig for styrking av pasientens funksjonsevne som gjelder opptrening, tilrettelegging og støtte knyttet til daglig livssituasjoner, samt tilrettelegge for sosial deltakelse (Romsland, et al. 2015, s.27). Dette krever god undervisning og kunnskap om den gitte pasientsituasjonen (Dignani, et al. 2014, s.202).

Vejlgaard & Rasmussen (2012, s. 608) påpeker videre at sykdommen er progredierende og pasienten vil til slutt ikke klare å håndtere symptomene. I sykdommens terminale fase vil man ta for seg symptomlindrende behandling. Dette understrekes i studiet til Long et al. (2014, s.517) som tok for seg palliativ tilnærming hos KOLS pasientene hvor leppeblåsing, pusteteknikker, morfin og annen farmakologisk behandling var tilnærmingen til angst og depresjon. Det var 85% av pasientene som merket stor bedring i angst, depresjon og dyspné. Ifølge dette perspektivet vil man i tidligere faser, som GOLD I og II, heller ta utgangspunkt i symptom forebyggende behandling, noe resulteres i Chavannes et al. (2009, s. 173). Symptom forebyggende behandling har som mål å forebygge eller hindre utvikling sykdommen (Kaasa & Loge, 2016, s. 41). Dette belyses i studiet til Yilmaz & Aydin (2018) gjennom intervensjoner med blant annet 30 minutt gange daglig. Dette ble gjort for å øke pasientens livskvalitet, senke BMI og dyspné. Denne typen behandling hadde god effekt på pasienter ved GOLD I og II men dårlig effekt på GOLD III og IV.

Long et al. (2014, s.517) skriver i sin studie at individuelle opplegg med palliativ tilnærming hadde stor effekt på pasientens symptomer. Da ikke-farmakologiske tiltak ofte blir nevnt er også medisiner sentralt i behandlingen av KOLS pasienter. Helsedirektoratet (2012) sier i sin rapport at KOLS pasienter har stor effekt av ulike medisiner som bronkieutvidende medisiner, kortikosteroider og oksygen. Et interessant funn i studien til Long et al. (2014, s.517) støtter derimot bruken av opioider blant KOLS pasienter i tidligere faser, som GOLD I og II. Dette førte til økt livskvalitet samt forbedring av angst og depresjon. Helsedirektoratet (2012) støtter bruken av opiater i terminal fase og forklarer effekten som gunstig da det letter på pustebesvær samtidig som det kan ha en effekt på angsten. Long et al. (2014, s.517) sin palliative tilnærming viser seg å være gunstig i sykdommens ulike stadier og vi mener det burde åpnes for tidligere bruk av opiater hos KOLS pasienter, om behovet er der.

Finset (2016, s.67) påpeker at livskvalitet omhandler en generell helse oppfattelse som tanker, forestillinger, følelser, mestring og funksjon sammen med fysiske og psykiske symptomer som angst- og stemningslidelser. Videre nevner Finset (2016, s.67) at individets allmenne opplevelse av glede og mening også har en betydning for livskvalitet. Ifølge dette perspektivet er Næss i Kristoffersen (2012, s.58) sin teori om livskvalitet relevant hos KOLS pasienter, da hun argumenterer for at livskvalitet kan forklares som en samlebetegnelse på at livskvalitet er avhengige av ytre og indre forhold der livskvaliteten blir forstått som psykisk velvære basert på menneskets subjektive opplevelse av ulike sider ved livssituasjonen.

5.2.2 Styrking av pasientens mestringsevner

LMS er senter som finnes i rundt de fleste sykehus i Norge, og ivaretar behovet for opplæring der målet er for mennesker å leve med sin sykdom (Helsedirektoratet, 2012). Romsland et al. (2015, s.145) beskriver betydningen av mestring og mestringsstrategier, og sier at dette kan få størst helsegevinst og livskvalitet hos KOLS pasienter. En undersøkelse gjort av Chavannes et al. (2009, s. 173) påpeker også viktigheten med mestrings programmer og strategier, og sier at dette kan redusere opp mot 40% av alle innleggelse. Helsedirektoratet (2012) har i sine retningslinjer for KOLS behandling utarbeidet gode retningslinjer som omhandler røykeslutt, ernæring, trening undervisning innenfor sykdommen og ulike teknikker, samt oppfølging av farmakologiske tiltak. Undervisning av sykdommen har vært et sentralt tiltak innenfor mestringsstrategier. Å gi informasjon og veiledning er en av sykepleierens viktigste kommunikative oppgaver. Man vil gjennom undervisning skaffe seg økt kunnskap som gir følelse av kontroll, både kognitiv og instrumentell, og opplevelse av mestring (H. Eide & T. Eide, 2013, s.48).

I studien til Efrainsson et al. (2008, s.181) ble det gjennomført et strukturert self-management program utført av sykepleiere med hensikt å undervise KOLS pasienter basert på individuelle preferanser, behov, intellektuell kapasitet og livsstil. Studien til Chavannes et al. (2009, s. 173) viser også at gjennom individuelle program kan man få en betydelig påvirkning på ulike parameter som SGRQ og Modified Medical Research Dyspnea Scale [MMRC]. De påpeker sammenhengen mellom god og strukturert undervisning som nøkkelen til tilstrekkelig og god kunnskap innenfor sykdommen. Dette vil ifølge studien til Efrainsson et al. (2008, s.181) i stor grad påvirke livskvaliteten hos enkelte pasienter og man ser forskjeller fra individualiserte programmer og standardiserte programmer.

I studiene til Long et al. (2014, s.517), Verbrugge et al. (2013, s.2791) og Efrainsson et al. (2008, s.181) beskriver de at sykepleieren står sentralt i å henvise til andre faggrupper og har ansvar for pasientveiledning. Ved å koble inn andre faggrupper vil det føre til et helhetlig rehabiliteringstilbud for pasientene, noe som sikrer faglig forsvarlighet (Romsland, et al. 2015, s.81). I dag har KOLS pasienter ulike tilbud nettopp innenfor fysisk trening og rehabilitering. Helsedirektoratets (2012) retningslinjer sier at et kommunalt tilbud er essensielt for KOLS pasienter. LMS er et tilbud gjennomført av spesialhelsetjenesten og kommunetjenesten. De tilbyr ulike tilbud for å bygge opp kompetansen og mestring blant pasienter som har langvarige sykdommer, deriblant KOLS. Helsedirektoratet (2012) sier at målet med LMS er å ivareta behov for opplæring, noe som er viktig i rehabiliteringsforløpet. Et tilbud i nærmiljøet vil dekke generelle behov for pasienten, samtidig som mer intensive program i regi av spesialhelsetjenesten blir gjennomført. Dette er et tilbud som ikke er tilgjengelig i alle kommuner (Helsedirektoratet, 2012). På bakgrunn av dette kan LMS være et godt tiltak for KOLS pasienter som trenger å øke mestrings egenskaper. Da vil sykepleierne gi et helhetlig tilbud til pasientene, noe som er viktig for å yte faglig forsvarlig sykepleie (Helsepersonelloven, 1999, §4).

Valenza et al. (2014, s.213) konstaterer at behandling av KOLS må skje ut ifra hvilke GOLD-stadier de er i. Samtidig påvirker pasientens personlige persepsjoner overfor sykdommen behandlingen. Dette gjør at pasienter har feil eller uvanlig innsikt i hva sykdommen gjør og medfører, noe som kan få negative konsekvenser for sykepleien (Weldam, et al., 2016, s.88). Romsland et al. (2015, s.25) sier at det personens egne mål og ønsker som er utgangspunktet for behandlingen videre. En viktig sykepleieferdighet er å forstå andre menneskers situasjon og deres egen opplevelse ved hjelp av aktiv lytting. Dette bygges under fra studiet til Verbrugge et al. (2013, s.2791) som fremstiller at det å bli en diskusjonspartner førte til at pasientens syn på sykdommen ble endret, samt at de følte seg sett og hørt. Lytting er en forutsetning for en god samtale. Verbrugge et al. (2013, s.2791) resulterer videre at konfronterende intervju vil føre til høyere mestringstro og endring av syn på sykdommen. Ifølge dette perspektivet vil Bandura (1998) sin teori være gunstig. Resultatet av høy mestringstro vil prestasjon, ambisjoner og oppmuntring bli positivt påvirket. På bakgrunn av dette kan aktiv lytting være en behandlingsmetode til KOLS pasienter, da dette vil skape trygghet og dempe de psykiske problemene til pasienten (Bandura, 1998).

Weldam et al. (2016, s.88) presenterer en intervensjon kalt COPD-GRIP. Dette gjøres av sykepleier gjennom ulike konsultasjoner som har i hensikt å finne forstå hvilke persepsjon pasienten har overfor sin egen sykdom. Samtidig finner man ut sammenhengen mellom persepsjonen og oppførselen. Resultatet av dette programmet er muligheten til å utvikle et mer individuelt program for hver enkelt pasient da sykepleier eller andre faggrupper får en tydeligere oversikt over hva behandlingsbehovet er. Weldam et al. (2016, s.88) resulterer videre i sin studie at pasientens syn på sykdommen er sjeldent diskutert, tross for sin relevans. Her ble det funnet ut at når man endret pasientens syn på sykdommen, ville man få økt livskvalitet. Dette kan ha en sammenheng ved at intervensjoner med KOLS pasienter har feil fokus, noe som er belyst i studiet til Padilha et al. (2017, s.126). Lazarus og Folkman i Kristoffersen (2012, s.146) beskriver emosjonelt orientert mestring omfatter strategier som tar sikte på å endre opplevelsen av en situasjon fremfor å endre selve situasjonen. Strategiene tar sikte på å redusere ubehaget ved å dempe de følelsene som ledsager opplevelsen av stress, eller

ved å endre situasjonens meningsinnhold. På den måten tilstreber personen å få kontroll over seg selv, følelsene og situasjonen. Endring av persepsjoner på sykdommen mener vi står sentralt i behandlingen. Vi mener endring av persepsjoner og perspektiver på sykdommen kan øke forståelse av innhold og konsekvenser.

På denne siden belyser Padilha et al. (2017, s.126) at feil i organiseringen av helsesektoren, feil i retningslinjer og mangelfull kunnskap kan ha innvirkning på dette. Lazarus og Folkman i Kristoffersen (2012, s.147) skriver i sin mestringsteori at stress og mestring er et resultat av personens egen tolkning av situasjonen. De baserer sin teori om å endre pasientens opplevelse av situasjonen. Den aktive og problemorienterte mestringsstrategien tar for seg følelsesmessig bearbeiding av problematiske situasjoner som ikke kan endres, slik som ved en kronisk sykdom som KOLS. Ifølge dette perspektivet skriver Næss i Kristoffersen (2012, s.57) i sin teori at livskvalitet personlighetsegenskaper er grunnleggende for mestring av egen livssituasjon. Derfor kan studiet til Padilha et al. (2017, s.124) og PAR intervensjonen være en rammefaktor for endring av fokus i sykepleien da intervensjonen har mer fokus på håp, involvering, kunnskap og ferdigheter. Da denne intervensjonen ble utført, resulterte det i en endring av antall intervensjoner som omhandler undervisning om mestring fra 0.37% til 62.4% (Padilha, et al. 2017, s.126).

5.2.3 Sykepleier som ressurs

I Padilha et al. (2017, s.127) understreker forskerne viktigheten av å holde seg faglig oppdatert som sykepleier for å utføre faglig forsvarlig sykepleie. Her bygges det under av studiet til Dignani et al. (2014, s.207) at sykepleiere må ha en felles forståelse på begrepet livskvalitet. Sykepleiere har en unik posisjon i behandlingen til KOLS pasienter, da de er involvert i alle sykdommens faser. Flere av de inkluderte studiene (Verbrugge et al. 2013, s.2791; Efraimsson, et al. 2008, s.181; Chavannes et al. 2009, s. 173; Padilha et al. 2017) påpeker funksjonen til sykepleier der hensikten og sykepleierens rolle er å utgi informasjon om sykdommen, innstille selvtillit, bli en diskusjonspartner for å øke mestringsevne. I henhold til pasient- og brukerrettighetsloven §3-2 (1999), har pasienten rett til informasjon om egen sykdom og skal informeres om mulige risikoer og bivirkninger. Dette krever god faglig kunnskap og sykepleiere er pliktige til å holde seg faglig oppdatert og har ansvar for å forbedre egen kompetanse. Kunnskap legger derfor grunnlaget for behandlingen. Kunnskap er knyttet til sykepleieren, og er utviklet gjennom praktisk- og erfaringslæring (Kristoffersen, 2012, s.163). Dessverre ser man at kunnskap hos sykepleiere er mangelfull, noe som har ført til reduksjon av intervensjoner og kontakt hos pasienter. Dette kan forklares som et resultat av dårlig organisering, dårlig dokumentasjon og rutiner (Padilha, et al. 2017, s.126). Kunnskap og kompetanse står sentralt om hverandre og kompetanse innebærer at noen er kvalifisert til å kunne ta beslutninger og handle innenfor et bestemt funksjonsområde (Kristoffersen, 2012, s.361). I studien til Verbrugge et al. (2013, s.2791) kom det frem at anskaffelse av informasjon og kunnskap av sykdomsbilde var essensielt for at sykepleier kunne klare å få pasientene til å forstå undervisningen.

I Helsepersonelloven (1999, §4) står det at sykepleier er pliktig å holde seg forsvarlig i utøvelsen av sykepleie. Den sier at man skal utføre arbeidet sitt i samsvar med kravene til omsorgsfull pleie og faglig forsvarlighet som kan forventes ut fra kvalifikasjoner, karakter og situasjon. I studiet til Weldam et al. (2016, s.88) viste det seg at flere av sykepleierne mente det ikke var nok tid til å utføre intervensjoner til pasientene, grunnet underbemanning og lite ressurser. Dette kan gå i strid med forsvarlighetsprinsippet, som sier at det er essensielt for sykepleier å ta seg god tid med pasientene (H. Eide & T. Eide, 2013, s.49). Studien til Padilha et al. (2017) tyder på det samme. Da man har fått belyst viktigheten av mestring, undervisning og kunnskap rundt sykdommen ser man at behovet for å forbedre helsetjenesten er til stede (Romsland et al. 2015; Almås et al. 2015; Verbrugge, et al. 2013, s.2791; Weldam et al. 2016, s.88; Dignani et al. 2014). I dagens situasjon mangler helsetjenesten tilbud om tverrfaglig vurdering for å sikre best mulig behandling for KOLS pasienter og tilpasset rehabiliteringsopplegget med individuelle behov. Dette kan minne om funn i studiet til Padilha et al. (2017), hvor de fant ut at intervensjoner mellom sykepleier og pasient ofte har feil fokus.

En viktig sykepleieferdigheter å forstå andre menneskers situasjon og deres egen opplevelse ved hjelp av aktiv lytting. Dette bygges under fra studiet til Verbrugge et al. (2013, s.2791) som staterer at det å bli en diskusjonspartner førte til at pasientens syn på sykdommen ble endret, samt at de følte seg sett og hørt. Generelt vil en god lytter representere en positiv kraft som hjelper den andre til å uttrykke det han tenker, opplever, og føler i forhold til et tema (Hummelvoll, 2012, s.427). Dermed kan sykepleier gjennom aktiv lytting oppnå bedre kontakt med pasienten og samtidig avdekke sider av sykdommen som ikke før er belyst.

Studiene til Verbrugge et al. (2013, s.2791), Long et al. (2014, s.517) og Weldam et al. (2016, s.88) påpeker viktigheten med et godt tverrfaglig samarbeid. Integrated Disease Management, også kalt IDM er en integrert behandlingsmodell som blir presentert i Chavannes et al. (2009, s.172). Den tar for seg behandlingen av KOLS pasienter på tvers av ulike faggrupper. Intervensjonene tar for seg optimalisering medisiner, raske tiltaksplaner mot eksaserbasjoner, individualiserte treningsprogrammer og kontinuerlig undervisning (Chavannes, et al. 2009, s.173). Dette gjøres gjennom tverrfaglige team, som består av to spesialiserte fysioterapeuter, sykepleier, ernæringsfysiolog, farmakolog, logistikksjef og leger. Her får man inn variert kunnskap og spisskompetanse, noe som bidrar til at pasienten enklere kan sette seg mål og lære seg ny kunnskap som kan bidra til at pasienten enklere kan bruke ferdigheter (Kristoffersen, 2012, s.361). Tverrfaglige team er ikke noe nytt og Helsedirektoratet (2012) skrev i sin rapportmal viktigheten rundt tverrfaglig samarbeid og ser på dette som essensielt i behandlingen av KOLS pasienter. Samtidig ser vi forskjeller i IDM-modellen og modellen som er brukt i Norge kalt "Chronic Care Model" [CCM]. Romsland et al. (2015, s.80) forklarer tverrprofesjonell praksis som et samarbeid mellom ulike profesjoner som forvalter både en grunnleggende felles kunnskap og en særlig kunnskap som er knyttet til profesjonens spesifikke oppgaver og praksis. Hensikten med et slikt samarbeid er å belyse rehabiliteringsbehovet, målsettinger, tiltak og virkemidler fra de ulike fagprofesjonenes ståsted (Romsland, et al, 2015., s.81). På denne siden vil teorien til H. Eide & T. Eide (2013, s.47) om tverrfaglig sykepleie og rehabilitering føre til økt global livskvalitet sett ut fra perspektivet til Wahl og Hanestad (2004, s.31).

Organiseringen av helse er fragmentert med få ressurser og KOLS omsorg har lav prioritet. Profesjonelle fagpersoner ønsker å gi myndiggjøre KOLS intervensjoner gjennom tverrfaglig samarbeid, men er hemmet av begrenset kunnskap og erfaring med KOLS (Lundell, 2018, s.50). Dette bygges under av funn i studiet til Padilha et al. (2017, s.126), som belyser at omorganisering i helsesektoren er nødvendig. Lundell (2018, s.47) skriver at KOLS pasienter blir prioritert ned av andre kronikere, som diabetes. Dette kan ha sammenheng med at sykepleiere har for lite kunnskap og kontakt med pasientene for å danne seg et godt grunnlag for en god behandlingsplan. Samtidig hadde noen av sykepleierne i studiet til Long et al. (2014, s.518) for lite kunnskap om sykdommen, og var derfor ikke trygg nok på seg selv til å lære videre til pasientene. Dette belyste forskerne i Padilha et al. (2017, s.128) hvor de mener at sykepleiere må utvide sin komfortsone og holde seg faglig oppdatert. Da vil sykepleierne yte mer forsvarlig sykepleie og vil bidra ytterligere til pasientens autonomi og livskvalitet.

Da vi har sett virkningen av et tverrfaglig team, er det viktig å få en implikasjon av dette i praksis. CCM- modellen som er brukt i Norge tar utgangspunkt i sykepleier og lege som det tverrfaglige teamet (Helsedirektoratet, 2012). Det er derimot et stort behov for kompetansen til fysioterapeuter, ergoterapeuter, farmakologer og ernæringsfysiolog (Chavannes, et al., 2009, s. 173). Informasjon og kunnskap av sykdomsbilde var essensielt for at sykepleier kunne klare å få pasientene til å forstå undervisningen. Kunnskap legger derfor grunnlaget for behandlingen. Dessverre ser man at kunnskap hos sykepleiere er mangelfull, noe som har ført til reduksjon av intervensjoner og kontakt hos pasienter (Padilha, et al. 2017, s.128).

6 Konklusjon

Studien viser at gjennom ulike tiltak sammen med andre faggrupper, kan sykepleier øke livskvaliteten hos KOLS pasienter gjennom ikke-farmakologiske og farmakologiske tiltak som hoste- og pusteteknikker, fysisk trening og ernæring. Disse har vist seg å være effektive for forbedringen av fysiske og psykiske symptomer der resultatet ofte er større livsutfoldelse og livskvalitet. Sykepleier har en sentral rolle innenfor behandlingen der det handler mye om å diskutere med pasienten, øke selvtillit, undervise om sykdommen, tilrettelegging og hjelpe pasienten gjennom behandlingen. Det er også introdusert palliativ tilnærming med bruk av opiater i tidligere stadium av sykdommen, noe som har vist seg å være effektiv.

Denne studien har også introdusert COPD-GRIP, IDM-modellen og PAR som bidrar med forbedring av helsetjenesten gjennom omorganisering, større fokus på sykepleieintervensjoner, endring av syn hos pasienten og større tverrfaglig samarbeid.

Det som forskning derimot påpeker er at det er stor mangel på intervensjoner som tar for seg undervisning, mestring kunnskap og strategier blant sykepleiere, men også hos andre faggrupper. Dette blir også belyst i rapportmalen til Helsedirektoratet der mangelen går utover tilbudet til KOLS pasienter. Som forskning også sier er dette gjerne et resultat av dårlig organisering, samt mangel på ressurser. Da vi ser viktigheten med intervensjonene og hvilken effekt de har, er det enda viktigere å gjennomføre de.

6.1 Forslag til videre forskning

Det er gjort mye forskning på hvordan sykepleier kan bidra til økt mestringsevne og livskvalitet, men vi fant lite forskning på hvordan sykepleier kan bidra til å endre persepsjonen til pasientene. Det var lite forskning på hvordan rehabiliteringstilbudet var i Norge. Vi mener da at forslag til videre forskning kan være å forske på om kunnskapen blant sykepleiere er tilstrekkelig, og om kunnskapen og tiltakene i Norge er tilstrekkelig. I tillegg kan det være ønskelig å sjekke om det er geografiske forskjeller i samfunnet som avgjør behandlingen.

Referanser

- Almås, H., Stubberud, D.G. & Grønseth, R. (Red.). (2015). *Klinisk Sykepleie 1*. (5.utg.). Oslo: Gyldendal akademiske.
- Almås, H., Bakkelund, J., Thorsen, B-H. & Sorknæs, A. (2015) Sykepleie ved lungesykdommer. I H. Almås, D. G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk Sykepleie 1* (107-164). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Barlow J, Wright C, Sheasby J, Turner A, Hainsworth J: Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient Educ Couns* 2002, 48(2):177-187.
- Bandura, A. (1998, 1. mai). *Banduras mestringsforventninger*. Hentet fra: http://www.midtsund.net/Hjemmeside/pedagogikk/oppslagsverk/banduras_mestringsforventninger.htm
- Chavannes, N.H., Grijsen, M.V.D., Akker, M., Schepers, H., Nijdam, M., Tiep, B. & Muris, J. (2009). Integrated disease management improves one-year quality of life in primary care COPD patients: a controlled clinical trial. *Primary Care Respiratory Journal*; 18, s. 171-176 <https://doi.org/10.3132/pcrj.2009.00003>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Dignani, L., Toccaceli, A., Guarinoni, M. G., Petrucci, C. & Lancia, L. (2014). Quality of Life in Chronic Obstructive Pulmonary Disease: An Evolutionary Concept Analysis. *Nursing Forum, An Independent Voice For Nursing. Volume 50, Issue 3*. DOI: 10.1111/nuf.12110
- Eide, H. & Eide, T. (2013). *Kommunikasjon i relasjoner*. (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademiske
- Efrainsson, E. Ö., Hillervik, C. & Ehrenberg, A. (2008). Effects of COPD self-care management education at a nurse-led primary health care clinic. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*; 22, s.178-185 DOI: 10.1111/j.1471-6712.2007.00510.x
- Evans, D. (2002, 20. mars). Systematic reviews of interpretive research: Interpretive data synthesis of processed data. *Australian journal of Advanced Nursing*. Vol. 20(2) s. 22-27. Hentet fra: <http://www.ajan.com.au/vol20/vol20.2-4.pdf>

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2016) *Att göra systematiska litteraturstudier*, (4. utg.). Stockholm: Natur og kultur.

Finset, A. (2016), *Atferdsmessige og Psykologiske Forhold I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.). Palliasjon.* (s. 62-73). Oslo: Gyldendal Akademiske.

Helsedirektoratet. (2012, 11, 01.januar). Nasjonal faglig retningslinje og veileder for forebygging, diagnostisering og oppfølging av personer med KOLS. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonalt-faglig-retningslinje-og-veileder-for-forebygging-diagnostisering-og-oppfolging-av-personer-med-kols>

Helseforskningsloven. *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning* (LOV-2008-06-20-44). Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44?q=helseforskningsloven>

Helsepersonelloven. *Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Healthstatus (2009, 12. mars). *St. George's Respiratory Questionnaire*. Hentet fra: www.healthstatus.sgul.ac.uk/sgrq

Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt - Ikke stykkevis og delt*. (7. utg.). Oslo: Gyldendal

Kaasa, S., (Red.). (2012), *Palliasjon*. (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk

Kaasa, S., Loge, J.H. (Red.). (2016), *Palliasjon*. (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kaasa, S., Loge., J. H., (2016), *Palliativ medisin - En introduksjon*. I S. Kaasa, J. H. Loge (Red.), *Palliasjon* (s.34-51). 3.utg. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Kristoffersen, N. J. (2012) Helse og sykdom. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E. A. Skaug (Red.) *Grunnleggende sykepleie bind 1. Helse og sykdom* (s.31-81). Oslo: Gyldendal akademiske.

Kristoffersen, N. J. (2012) Den myndige pasienten. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E. A. Skaug (Red.) *Grunnleggende sykepleie bind 3. Pasientfenomener og livsutfordringer* (s. 337-385). Oslo: Gyldendal akademiske.

- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E. A. [Red.], (2012), *Grunnleggende sykepleie bind 2. Grunnleggende behov*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Kristoffersen, N. J. (2012), Stress og mestring. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E. A. Skaug [Red.], *Grunnleggende sykepleie 3- Pasientutfordringer og livsutfordringer*, (s.133-196). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Long, M. B., Bekelman, D. B. & Make, B. (2014) Improving Quality of Life in Chronic Obstructive Pulmonary Disease by Integrating Palliative Approaches to Dyspnea, Anxiety, and Depression. *Feature Article Volume 16; Number 8*, s.514-520
DOI: [10.1097/NJH.000000000000111](https://doi.org/10.1097/NJH.000000000000111)
- Lundell, S., (2018, 15. mai), COPD in primary care: Exploring conditions for implementation of evidence-based interventions for eHealth. *UMEÅ University*. Hentet fra: <http://umu.diva-portal.org/smash/get/diva2:1256045/INSIDE01.pdf>
- Mjell, J. (2015)., Sykdommer i respirasjonsorganene. I S. Ørn, J. Mjell & E. B. Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (s.209-242). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- NSD. (2019, 20. mars). Register over vitenskapelige publiseringskanaler. Hentet fra: <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999) *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettighe>
- Padilha, J.M., Sousa, P.A.F., Pereira, F.M.S. (2017) Nursing clinical practice changes to improve self-management in chronic pulmonary disease. *International Nursing Review* 65, s.122-130 DOI: [10.1111/inr.12366](https://doi.org/10.1111/inr.12366)
- Romsland, G., Dahl, B., Slettebø, Å. (2015). *Sykepleie og rehabilitering*. (1. utg.). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Valenza, M.C., Valenza-Peña, G., Torres-Sanchez, I., Gonzalez-Jiménez, E., Gonde-Valero, A., Valenza-Demet, G. (2014) Effectiveness of controlled breathing techniques on Anxiety and Depression in hospitalized Patients With COPD: A Randomized Clinical Trial. *Respiratory Care, February 2014 Vol 59 No 2*, s. 209- 215 DOI: [10.4187/respcare.02565](https://doi.org/10.4187/respcare.02565)
- Vejlgaard, T., Rasmussen, T. R., (2012), Palliativ indsats ved kronisk obstruktiv lungesygdom. I S. Kaasa, *Palliasjon* (s.605-618). Oslo: Gyldendal Akademiske.

Verbrugge, R., De Boer, F., Georges, J-J. (2013) Strategies used by respiratory nurses to stimulate self-management in patients with COPD. *Journal of Clinical Nursing*; 22, s.2787-2799 <https://doi.org/10.1111/jocn.12048>

Wahl, A. K., Hanestad, B. R. (2004) *Måling av livskvalitet i klinisk praksis - En innføring*. Bergen: Fagbokforlaget.

Weldam, S., Lammers, J-W., Zwakman, M., J.Schuurmans, M. (2016) Nurses perspective of a new individualized nursing care intervention for COPD patients in primary care settings: A mixed method study. *Applied Nursing Research*; 33, s.85-92
DOI: 10.1016/j.apnr.2016.10.010

WHO (2019) Chronic Respiratory diseases- Causes of COPD. Hentet fra:
<https://www.who.int/respiratory/copd/causes/en/>

Yilmaz, F. T., Aydin, H.T. (2018) The effect of regular walking program on dyspnoea severity and quality of life in normal weight, overweight, and obese patients with chronic obstructive pulmonary disease. *International Journal of Nursing Practice*
DOI: 10.1111/ijn.12636

Vedlegg

1.0 Kartleggingsverktøy

1.1 - SGRQ - Hentet 19.04.19 fra healthstatus
«<http://www.healthstatus.sgul.ac.uk/sgrq>»

ST. GEORGE'S RESPIRATORY QUESTIONNAIRE ORIGINAL ENGLISH VERSION

ST. GEORGE'S RESPIRATORY QUESTIONNAIRE (SGRQ)

This questionnaire is designed to help us learn much more about how your breathing is troubling you and how it affects your life. We are using it to find out which aspects of your illness cause you most problems, rather than what the doctors and nurses think your problems are.

Please read the instructions carefully and ask if you do not understand anything. Do not spend too long deciding about your answers.

Before completing the rest of the questionnaire:

Please tick in one box to show how you describe your current health:

Very good Good Fair Poor Very poor

St. George's Respiratory Questionnaire
PART 1

Questions about how much chest trouble you have had over the past 3 months.

Please tick (✓) one box for each question:

- | | most
days
a week | several
days
a week | a few
days
a month | only with
chest
infections | not
at
all |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|
| 1. Over the past 3 months, I have coughed: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Over the past 3 months, I have brought up phlegm (sputum): | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Over the past 3 months, I have had shortness of breath: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Over the past 3 months, I have had attacks of wheezing: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. During the past 3 months how many severe or very unpleasant attacks of chest trouble have you had? | | | | | |

Please tick (✓) one:

- more than 3 attacks
- 3 attacks
- 2 attacks
- 1 attack
- no attacks

6. How long did the worst attack of chest trouble last?
(Go to question 7 if you had no severe attacks)

Please tick (✓) one:

- a week or more
- 3 or more days
- 1 or 2 days
- less than a day

7. Over the past 3 months, in an average week, how many good days (with little chest trouble) have you had?

Please tick (✓) one:

- No good days
- 1 or 2 good days
- 3 or 4 good days
- nearly every day is good
- every day is good

8. If you have a wheeze, is it worse in the morning?

Please tick (✓) one:

- No
- Yes

St. George's Respiratory Questionnaire
PART 2

Section 1

How would you describe your chest condition?

Please tick (✓) one:

- The most important problem I have
- Causes me quite a lot of problems
- Causes me a few problems
- Causes no problem

If you have ever had paid employment.

Please tick (✓) one:

- My chest trouble made me stop work altogether
- My chest trouble interferes with my work or made me change my work
- My chest trouble does not affect my work

Section 2

Questions about what activities usually make you feel breathless these days.

Please tick (✓) in ***each box*** that applies to you ***these days***:

- | | True | False |
|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Sitting or lying still | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Getting washed or dressed | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Walking around the home | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Walking outside on the level | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Walking up a flight of stairs | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Walking up hills | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Playing sports or games | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

St. George's Respiratory Questionnaire PART 2

Section 3

Some more questions about your cough and breathlessness these days.

Please tick (✓) in **each box** that applies to you **these days**:

	True	False
My cough hurts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
My cough makes me tired	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I am breathless when I talk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I am breathless when I bend over	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
My cough or breathing disturbs my sleep	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I get exhausted easily	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Section 4

Questions about other effects that your chest trouble may have on you these days.

Please tick (✓) in **each box** that applies to you **these days**:

	True	False
My cough or breathing is embarrassing in public	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
My chest trouble is a nuisance to my family, friends or neighbours	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I get afraid or panic when I cannot get my breath	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I feel that I am not in control of my chest problem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I do not expect my chest to get any better	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I have become frail or an invalid because of my chest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exercise is not safe for me	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Everything seems too much of an effort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Section 5

Questions about your medication, if you are receiving no medication go straight to section 6.

Please tick (✓) in **each box** that applies to you **these days**:

	True	False
My medication does not help me very much	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I get embarrassed using my medication in public	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I have unpleasant side effects from my medication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
My medication interferes with my life a lot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

St. George's Respiratory Questionnaire PART 2

Section 6

These are questions about how your activities might be affected by your breathing.

Please tick (✓) in **each box** that applies to you **because of your breathing**:

	True	False
I take a long time to get washed or dressed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I cannot take a bath or shower, or I take a long time	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I walk slower than other people, or I stop for rests	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jobs such as housework take a long time, or I have to stop for rests	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
If I walk up one flight of stairs, I have to go slowly or stop	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
If I hurry or walk fast, I have to stop or slow down	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
My breathing makes it difficult to do things such as walk up hills, carrying things up stairs, light gardening such as weeding, dance, play bowls or play golf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
My breathing makes it difficult to do things such as carry heavy loads, dig the garden or shovel snow, jog or walk at 5 miles per hour, play tennis or swim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
My breathing makes it difficult to do things such as very heavy manual work, run, cycle, swim fast or play competitive sports	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Section 7

We would like to know how your chest usually affects your daily life.

Please tick (✓) in **each box** that applies to you **because of your chest trouble**:

	True	False
I cannot play sports or games	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I cannot go out for entertainment or recreation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I cannot go out of the house to do the shopping	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I cannot do housework	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I cannot move far from my bed or chair	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

St. George's Respiratory Questionnaire

Here is a list of other activities that your chest trouble may prevent you doing. (You do not have to tick these, they are just to remind you of ways in which your breathlessness may affect you):

- Going for walks or walking the dog
- Doing things at home or in the garden
- Sexual intercourse
- Going out to church, pub, club or place of entertainment
- Going out in bad weather or into smoky rooms
- Visiting family or friends or playing with children

Please write in any other important activities that your chest trouble may stop you doing:

.....
.....
.....
.....

Now would you tick in the box (one only) which you think best describes how your chest affects you:

- It does not stop me doing anything I would like to do
- It stops me doing one or two things I would like to do
- It stops me doing most of the things I would like to do
- It stops me doing everything I would like to do

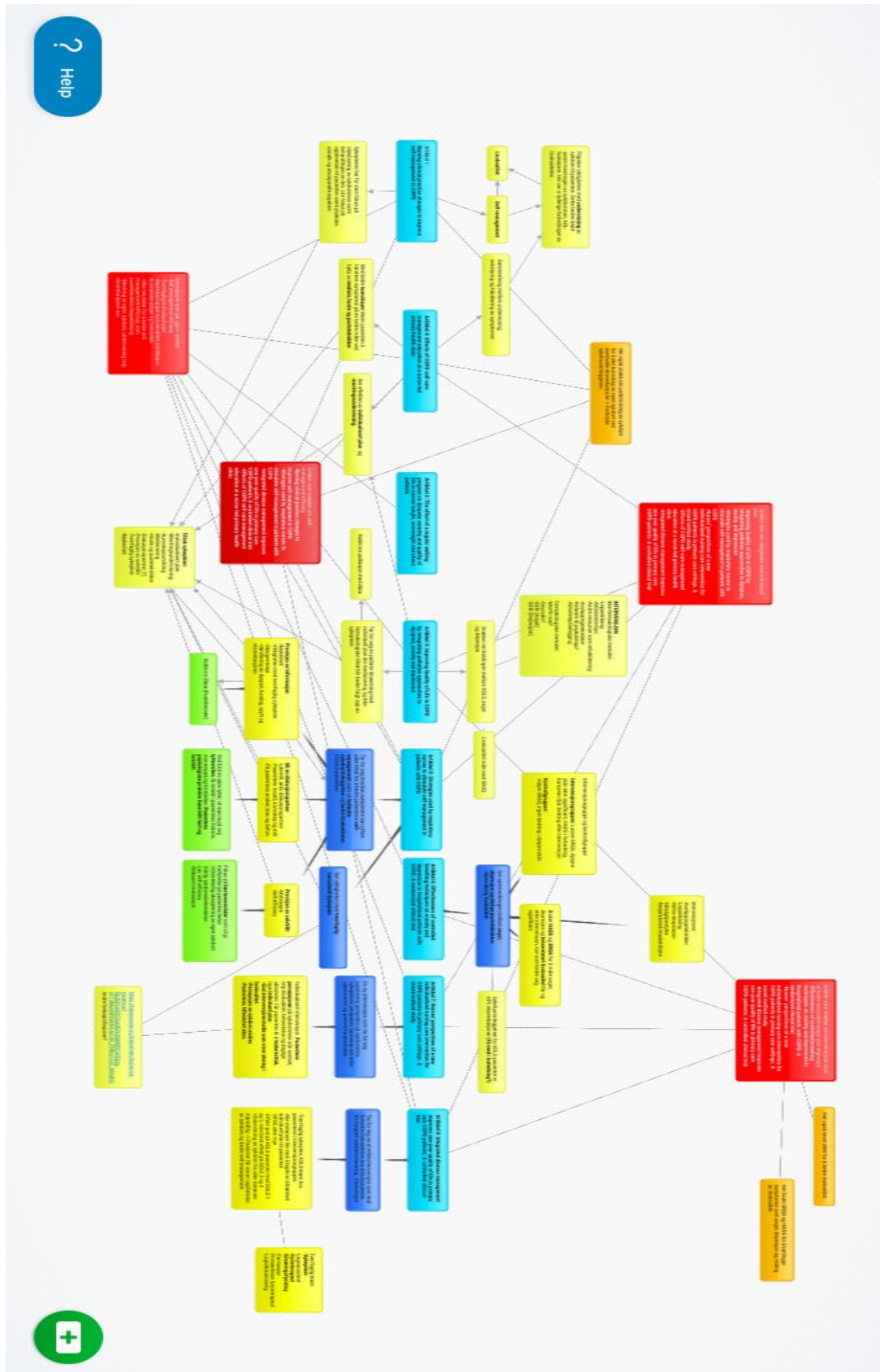
Thank you for filling in this questionnaire. Before you finish would you please check to see that you have answered all the questions.

1.2 GOLD- Kriterier

Gold 2011-algoritmen

Tidligere inndeling av stadier ved kols basert på lungefunksjon etter inhalasjon med bronkodilatator	Diagnosekriterium $FEV_1/FVC < 0,70$ Kriterier:
Stadium I: Mild kols	$FEV_1 \geq 80$ % av forventet
Stadium II: Moderat kols	FEV_1 50–79 % av forventet
Stadium III: Alvorlig kols	FEV_1 30-49 % av forventet
Stadium IV: Svært alvorlig kols	$FEV_1 < 30$ % av forventet

1.3 – Tankekart



2.0 Søketabell

Søkeord	Hvilket søk	Dato	Database	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte artikler
Nurs*	S1	27.11.2018	CINAHL Complete	98572	0	0	0
Pulmonary Disease, Chronic Obstructive	S2	27.11.2018	CINAHL	5505	0	0	0
Quality of Life	S3	27.11.2018	CINAHL	42254	0	0	0
S1+S2+S3	S4	27.11.2018	CINAHL	79	43	14	7

Søkeord	Hvilket søk	Dato	Databas e	Antal l treff	Leste abstrakte r	Leste artikle r	Inkludert e artikler
Nurs*	S1	27.11.2018	CINAH L Complete	98572	0	0	0
Pulmonary disease, chronic obstructive	S2	27.11.2018	CINAH L	5505	0	0	0
Quality of Life	S3	27.11.2018	CINAH L	42254	0	0	0
Breathing techniques	S4	27.11.2018	CINAH L	30	0	0	0
S1+S2+S3+S4	S5	27.11.2018	CINAH L	1	1	1	1

3.0 - Analysetabell

Artikkel	Nøkkelfunn
Artikkel 1: Nursing clinical practice changes to improve self-management in Chronic Pulmonary Disease	<ul style="list-style-type: none"> -Stor sammenheng mellom selvstyring og livskvalitet -Sykepleiere har for stort fokus på behandling og stabilisering av sykdommen -Viktig å forbedre kunnskapen til sykepleier og lære den bort spesielt til pasienter -Introduksjon til PAR.
Artikkel 2: The effect of a regular walking program on dyspnea severity and quality of life in normal weight, overweight and obese patients	<ul style="list-style-type: none"> -Ser sammenhengen mellom trening, FEV og overvekt. -KOLS pasienter merker forskjell med trening uansett utgangspunkt i sykdommen. - Kan være vanskelig å gjennomføre da fysisk aktivitet krever mye mer fra KOLS pasienter er folk ellers
Artikkel 3: Improving Quality of Life in COPD by integrating palliative approaches to dyspnea, anxiety and depression	<ul style="list-style-type: none"> -Viser sammenhengen mellom KOLS, depresjon, angst og dyspné. -Palliativ tilnærming av farmakologiske og ikke-farmakologiske bidrar til økt livskvalitet, mindre angst og dyspné -Opiater i tidligere stadier har klinisk effekt på angst, depresjon og dyspné -Mer individuell behandling utgjør en stor forskjell
Artikkel 4: Effects of COPD self-care management education at a nurse-led primary health clinic	<ul style="list-style-type: none"> -Ser stor sammenheng mellom kunnskap, undervisning og forbedring av symptomer. -Med bedre kunnskaper klarer pasienter å håndtere symptomer på en bedre måte ved hjelp av medisin, hoste- og pusteteknikker. -Ser effekten av en individualisert plan og mestrings-undervisning,

<p>Artikkel 5: Strategies used by respiratory nurses to stimulate self-management in patients with COPD</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Røykeslutt førsteprioritet. -Teknikker om ulike kommunikasjonsmåter med pasient, referering til andre profesjoner, ha gode hjelpemidler tilgjengelig. -Konfronterende og motiverende kommunikasjon -Skaffe seg kortsiktige og langsiktige mål, jobbe målrettet → Sosiale, psykiske og fysiske problemer tatt opp -Mestring av egen sykdom → Økt følelse av livskvalitet
<p>Artikkel 6: Effectiveness of controlled breathing techniques on anxiety and depression in Hospitalized patients with COPD: A randomized clinical trial</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Kontrollerte pusteteknikker, god innvirkning på dyspné, angst og fysisk aktivitet. -Treningsprogram kombinert med undervisning reduserer angsten betraktelig -Stressmestring → Mestring av eksaserbasjoner → Angstmestring → Økt følelse av livskvalitet -Viktighet av tverrfaglig sykepleie
<p>Artikkel 7: Nurses' perspectives of a new individualized nursing care intervention for COPD patients in primary care settings. A mixed method study.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -COPD-GRIP, ny intervensjon om KOLS. Utdanningsprogram for ansatte, endring av persepsjon hos pasientene. -Høyere prosent helse relatert livskvalitet hos pasientene etter endt intervensjon -KOLS-pasienter får for lite behandling for psykiske og fysiske plager, mer på selve sykdommen. Mer fokus på dette → Økt livskvalitet -Sosiale, psykiske og fysiske forhold tatt hånd om i COPD-GRIP
<p>Artikkel 8: Integrated disease management improves one-year quality of life in primary care COPD-patients: A controlled clinical trial</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Ett år med IDM-program, SGRQ signifikant forbedring. MMRC Dyspnea score økt med 36%. -Skriver godt om hva som er livskvalitet hos KOLS pasienter. -Gode tiltak: Trening/fysisk aktivitet, mestring av egen sykdom, effektive terapier både fysisk og psykisk, røykeslutt. -Tverrfaglig team, individuell plan viktig for forbedring av livskvalitet.

4.0 Litteraturmatriser

Artikkel 1

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Eframsson, E., Hillervik, C. & Ehrenberg, A. (2008)</p> <p>"Effects of COPD self-care management education at a nurse-led primary care clinic."</p> <p><i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> s.178-185.</p> <p>DOI:10.1111/j.1471-6712.2007.00510.x</p>	<p>Målet var å undersøke effektene av et strukturert undervisningsprogram ledet av sykepleiere i klinikk. Målet var å finne ut effekten av dette programmet og hvordan det påvirket livskvaliteten hos KOLS Pasienter. Data ble samlet med intervjuer knyttet til forståelse av KOLS og St. George's Respiratory Questionnaire som adresserer hvordan livskvalitet blir påvirket av KOLS symptomer.</p>	<p>Experimental design</p> <p>Quantitative approaches</p> <p>District nursing</p> <p>Patient teaching</p> <p>Primary care.</p>	<p>Kvantitativ studie der 52 pasienter med KOLS ble delt inn i to forskjellige grupper. En kontrollgruppe og en intervensjonsgruppe. Begge gruppene fikk standardisert KOLS behandling, mens intervensjonsgruppen fikk tilbud om 2 besøk hos spesialsykepleiere der målet med besøket var å øke ADL funksjonene og kunnskapen rundt KOLS. Data ble samlet med intervjuer gjennom ti måneder. De fikk to spørreskjema, den ene om St.George's Respiratory Questionnaire og en spesielt laget for dette studiet.</p>	<p>Pasienter i intervensjonsgruppene rapporterte stor reduksjon i hoste og ekspektorat Det var stor økning i aktiviteter som trening og personlig hygiene. Felles for alle var at det reduserte dyspnø. Pasientene som var i kontrollgruppen rapporterte eller ingen forbedring. Pasientene hadde mer kunnskap om KOLS etter intervensjonen Livskvaliteten var også betydelig forbedret i intervensjonsgruppene.</p>	<p>Funnene i artikkelen viser klare forskjeller hos pasientene og hvordan undervisning av sykdommen har en påvirkning på livskvaliteten. Grunnen er en betydelig reduksjon i respiratoriske symptomer, økning i fysisk aktivitet og forbedret psykososial helse. Vi vil bruke denne artikkelen til å beskrive viktigheten av undervisning fra sykepleier til pasient.</p>

Artikkel 2

Referanse	Studiens hensikt/ mål	Nøkkelord / Keywords	Metode	Resultat/ Konklusjon	Relevans for oppgaven
<p>Verbrugge, R., Boer, F.,D., Georges, J.J. (2013)</p> <p>«Strategies used by respiratory nurses to stimulate self-management in patients with COPD»</p> <p>Journal of Clinical Nursing. Volume 22, Issue 19-20. (2013) P.2787-2799</p>	<p>Målet var å få innsikt i strategier, laget av sykepleiere, for å forbedre mestringen til pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom.</p>	<p>Chronic obstructive pulmonary disease</p> <p>Clinic session</p> <p>Qualitative research</p> <p>Respiratory nurse</p> <p>Self-management</p>	<p>Et kvalitativt forskningsstudie. Data ble hentet gjennom åpne intervju av en ekstern forsker med sykepleierbakgrunn. Intervjuene tok opp tema som self-management, brukerstøtte, veiledning, provisjon av informasjon, innstille selvtillit og bli en diskusjonspartner. Intervjuene ble tatt opp, transkribert og skrevet ned. Det var 14 sykepleiere involvert. Alle var kvinner.</p>	<p>Resultatet viser at sykepleierne beskriver røykeslutt som essensielt for behandlingen. Mestring av inhalasjonsteknikker var et resultat som viste bedring i livskvaliteten. Teknikker sykepleierne brukte var spesifikke intervjuteknikker, referere til andre helseprofesjoner og gi tilrettelegging for at pasienten skal klare seg godt i eget hjem. Det blir satt opp både kortsiktige og langsiktige mål for pasienten sammen med sykepleier. De tar for seg likeså godt de psykologiske og sosiale problemene, for å skape selvtillit hos pasienten. De får pasienten til å reflektere over egen sykdom for å få de til å tilpasse eller endre livsstilen sin til noe bedre. Det å ha en konfronterende og motiverende samtale hjelper pasienten til å forstå konsekvenser.</p>	<p>De sentrale funnene som er relevant for denne oppgaven er at den prater mye om hvordan sykepleier kan hjelpe pasienten til å mestre egen sykdom og på hvilken måte det gjøres som er best for pasienten. De tar hensyn til å reflektere om egen sykdom for å endre livsstilen til noe bedre. Informasjon om egen sykdom for å styrke pasientens standpunkt. Artikkelen snakker om at sykepleiere burde ha en mer steg for steg- plan, i samarbeid med pasienten, slik at pasienten får større følelse av mestring.</p>

Artikkel 3

Referanse	Studiens hensikt/ mål	Nøkkelord / Keywords	Metode	Resultat/ Konklusjon	Relevans for praksis
<p>Chavannes, N.,H., Grijsen, M., Akker, M.,V.,D, Schepers, H., Nijdam, M., Tiep, B., Muris., J. (2009)</p> <p>«Integrated disease management improves one-year quality of life in primary care COPD patients: a controlled trial»</p> <p>Primary Care Respiratory Journal. 18(3), s. 171-176</p> <p>http://dx.doi.org/10.3132/pcrj.2009.00003</p>	<p>Å utforske langvarig effektivitet av en integrert sykdoms program (IDM) bestående av optimal medikasjon, reaktivering, utdanning og forverring i primærhelsetjenesten med KOLS pasienter.</p>	<p>COPD</p> <p>Quality of Life</p> <p>Questionnaire</p> <p>SGRQ</p> <p>FEV1/FVC ratio</p> <p>MRC Dyspnea score</p>	<p>En kontrollert prøvelse som sammenligner effekten av IDM med tanke på livskvalitet i primærhelsetjenesten ved KOLS pasienter. Her ble det brukt St.George ´s Respiratory Questionnaire. De rekrutterte 162 pasienter med KOLS i primærhelsetjenesten, hvor 79 av de var i kontrollgruppen og 73 i intervensjonsgruppen. De lagde et integrert KOLS team bestående av fysioterapeuter, sykepleiere, ernæringsfysiolog, farmasøyt, lege og en logistikksjef. Disse gruppene ble testet i IDM-programmet, hvor dette ble nøye analysert og skrevet ned. Kvantitativ analyse.</p>	<p>Kontrollgruppen og intervensjonsgruppen hadde tilnærmet lik grunnlinje. Med et år av IDM, hadde SGRQ bedret seg med 4.0 poeng i intervensjonsgruppen mens kontrollgruppen kun hadde forbedret seg 0.7 poeng. I forhold til FEV1/FVC hadde intervensjonsgruppen forbedret seg med 13,4 poeng og MRC Dyspnea score med +36% poeng.</p>	<p>Artikkelen skriver en del om hva som er livskvalitet for pasienter med KOLS, ut ifra kriteriene til SGRQ. Her snakk om dyspnè, røyking, fysisk og psykisk tilstand. Resultatene viser stor bedring i SGRQ, derav stor bedring i livskvalitet. Gode tiltak ut ifra denne artikkelen vil være trening og fysisk aktivitet, mestring av egen sykdom, effektive terapier, det å ha tilgjengelig kollektivtransport til rehabiliteringssenter sto sentralt. Røykeslutt var også nevnt. Det å ha et team, tverrfaglig med individuell plan var viktig for forbedring. Eksaserbasjoner/forverring og mestring, god kunnskap om egen sykdom (mestring). Mestring av egen sykdom à 40% mindre sykehusinnleggelses i Canada.</p>

Artikkel 4

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelord /keywords	Metode	Resultat/ Konklusjon	Relevans for praksis
<p>Long, M., Bekelman, D. & Make, B. (2014). "Improving quality of life in chronic obstructive pulmonary disease by integrating palliative approaches to dyspnea, anxiety and depression." <i>Feature Article Volume 16, Number 8, 514-520.</i> 10.1097/njh.0000000000000111</p>	<p>Studiens hensikt er å evaluere brukervennligheten og gjennomførbarheten av å behandle dyspnè, angst og depresjon hos KOLS pasienter for å øke livskvaliteten. Rundt 40% av de som har KOLS har betydelig høyere sannsynlig for å utvikle angst og depresjon. Studien fokuserer spesielt på hvilken effekt en palliativ tilnærming hos KOLS pasienter som allerede hadde en KOLS fokusert behandling har for å dempe disse symptomene.</p>	<p>Anxiety COPD Depression Dyspnea Palliative Care</p>	<p>Dette er en tverrsnittstudie som tar som går over 3 måneder. Forskerne brukte kvalitative metoder for å undersøke gjennomførbarheten om å integrere palliativ behandling inn i behandlingen av KOLS pasienter ved å spørre hver enkelt pasient hvor gjennomførbart programmet var. I tillegg ble det brukt en kvantitativ spørreundersøkelse for å kartlegge pasientene både før, under og etter programmet var ferdig.</p>	<p>11 av 13 deltakere som fullførte studiet svarte med at det hadde vært en forbedring av livskvalitet. Dette kommer fra hjelp med pusting, selvtillit og bedre lungekapasitet. En av deltakeren forklarte også i intervjuet at han nyter livet mer og at pusting er mye enklere. Av de som følte seg deprimert var hovedgrunnen til symptomene kortpustethet.</p>	<p>Denne studien viser tydelig at ulike tiltak er veldig nyttig for KOLS pasienter og forbedringen av livskvaliteten. Av de 13 som avsluttet undersøkelsen var samtlige bestemt på å bruke de ikke-medikamentelle behandlingene som ble opplært. Dette var blant annet pusteteknikker og lungefysiologi. Disse teknikkene viser tydelige forbedringer innen livskvalitet og sykepleiere har derfor mulighet til å hjelpe KOLS pasienter. Studien konkluderer med at sykepleiere må føle seg trygg på å lære bort og undervise slike teknikker</p>

Artikkel 5

Referanse	Studiens hensikt/ mål	Nøkkelord / Keywords	Metode	Resultat/ Konklusjon	Relevans for praksis
<p>Valenza, M.C., Peña, G.V., Sánchez, I.T., Jiménez, E. G., Valero, A., C., & Demet, G.,V. (2014)</p> <p>«Effectiveness of Controlled Breathing Techniques on Anxiety and Depression in Hospitalized Patients With COPD: A Randomized Clinical Trial»</p> <p>Respiratory Care, Volume 59, Issue 2. Sider: 6</p> <p>https://doi.org/10.4187/respcare.02565</p>	<p>Hensikten med denne studien var å vurdere effekten av et kontrollert pusteprogram med tanke på angst og depresjon for pasienter med KOLS eksaserbasjoner.</p>	<p>Chronic Obstructive Pulmonary Disease</p> <p>Hospitalization</p> <p>Controlled Breathing</p> <p>Anxiety</p> <p>Depression</p>	<p>Randomisert klinisk studie med 46 pasienter i alder fra 67-86 år som var innlagt med akutt KOLS eksaserbasjoner. Deltakerne ble tilfeldig og likt delt i en kontrollgruppe og en kontrollert puste intervensjonsgruppe. De ble spurt om livskvalitet, dyspne, angst, maksimal inspiratorisk og ekspiratorisk trykk, håndstyrke og søvnkvalitet. Det er et såkalt cohort studie.</p>	<p>Kontrollerte pusteteknikker hadde en signifikant forbedring på dyspne, angst og mobilitet. Alle de målte variablene forbedret seg i intervensjonsgruppen. Kontrollgruppen hadde dårligere variabler på alle områdene.</p> <p>Angst og depresjon er viktige risikofaktorer for reinnleggelser med dårlig helse relatert livskvalitet. Treningsprogram kombinert med undervisning som handler om stressmestringsteknikker reduserte angsten betraktelig. Det er viktig å ha et alternativ om pusteteknikker for pasienter med KOLS.</p>	<p>Denne artikkelen er relevant for vår oppgave, da den snakker om angst og depresjon som de største faktorene for nedsatt livskvalitet hos pasienter med KOLS. De hadde utviklet et "pusteprogram" som forbedrer dyspne, angst og mobilitet, noe igjen som har sin positive effekt på livskvaliteten. Treningsprogram og stressmestringsteknikker reduserte angsten betraktelig, noe som er bra å ha med i oppgaven, at tverrfaglig sykepleie er viktig innenfor KOLS behandling.</p>

Artikkel 6

Referanse	Studiens hensikt/ mål	Nøkkelord / Keywords	Metode	Resultat/ Konklusjon	Relevans for praksis
<p>Padilha, J.M., Sousa, P.A.F., & Pereira, F.M.S. (2017)</p> <p>"Nursing clinical practice to improve self-management in chronic pulmonary disease"</p> <p><i>International Nursing Review</i> 65, s122-130</p> <p>DOI: 10.1111/inr.12366</p>	<p>Hensikten med denne studien er å se hvordan sykepleiepraksis og metodene som blir presentert i studien kan være med på å øke mestring av sykdom. Studiens mål er å forbedre livskvalitet gjennom forbedring av ADL-funksjoner, mestring av symptomer og autonomitet. Studien sier at det ikke er nok bevis for at intervensjonene som i dag blir gjennomført av fagpersonell, ikke har noe virkning innenfor utvikling av mestring.</p>	<p>Chronic obstructive</p> <p>Clinical nursing research</p> <p>Nurse Clinicians</p> <p>Nurse Diagnosis</p> <p>Outcome and process Assessment</p> <p>Participatory Action Research</p> <p>Patient Education.</p> <p>Pulmonary Disease</p> <p>Self-Management</p>	<p>Studiens metode gikk ut på "participatory action research (PAR)" delt inn i fem faser. På bakgrunn av PAR metoden er tar studien for seg kvalitative metoder for innhenting av informasjon.</p>	<p>Studiens resultat viser store mangler i selve utformingen av helsetjenesten. Helsetjenesten fokuser for mye sykdommen og de vitale parameter enn mennesket bak sykdommen.</p> <p>Bare 0.37% av intervensjonene mellom sykepleier og pasient omhandlet undervisning og læring av sykdommen og symptomer.</p>	<p>Studien viser tydelig at forandring må skje i praksis og at intervensjonene mellom sykepleier og pasient må ha et annet fokus. Ved implementering av tiltak som omhandler undervisning av sykdom, symptomer og hvordan man mestrer hverdagslivets oppgaver, ser man en tydelig forandring i livskvalitet.</p>

Artikkel 7

Referanse	Studiens hensikt/ mål	Nøkkelord / Keywords	Metode	Resultat/ Konklusjon	Relevans for praksis
<p>Weldam, S.W.M., Lammers, J.W.J., Zwakman, M., Schuurmans, M.J. (2016)</p> <p>«Nurses' perspectives of a new individualized nursing care intervention for COPD patients in primary care settings: A mixed method study»</p> <p>Applied Nursing Research 33, p.85-92</p>	<p>Å utforske sykepleieres erfaringer med den nye COPD-GRIP intervensjonen.</p>	<p>Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)</p> <p>Clinical nursing research</p> <p>Patient care management</p> <p>Patient centered nursing</p> <p>Primary care nursing</p>	<p>Tverrsnittstudie med pre og post- spørreskjema som tar for seg erfaringer av den nye intervensjonen COPD-GRIP. Pre-intervensjons spørreskjema tar for seg forventningene rundt intervensjonen, og post-intervensjons spørreskjema tar for seg erfaringen av intervensjonen. Det ble deretter satt sammen to fokusgrupper som diskuterte intervensjonen</p>	<p>Resultatene i artikkelen viste at COPD-GRIP intervensjonen var bra for oppfølging av KOLS pasienter. Denne artikkelen tar seg undervisning til sykepleiere, som vil bedre den faglige kompetansen. Det viste seg at pasientene hadde en forbedring fra 70% til 93% i livskvalitet, herav helserelatert livskvalitet. Intervensjonen fører til mer pasientsentrert sykepleie og utføres etter pasientens behov.</p> <p>Et strukturert verktøy for å utøve individualisert pasientbehandling. Det var en god metode for å identifisere pasientens persepsjoner på sykdommen. Intervensjonen er et verktøy som kan diskutere flere tema i detalj, forbedre pasientkunnskapen og forbedring av forståelsen og bevisstheten til sykdommen.</p> <p>Barrierene var at det var for lite tid og økonomi for å gjøre intervensjonen. Det var vanskelig å utføre intervensjonen på pasienter med annen kulturell bakgrunn, lav økonomisk status og lav «health literacy».</p>	<p>Relevans for praksis er at denne artikkelen snakker om hvordan sykepleier kan bli bedre lært opp til å håndtere KOLS pasienter på en slik måte at den helserelaterte livskvaliteten blir økt. Denne artikkelen skriver at KOLS pasienter får alt for lite behandling for sin sykdom, her med tanke på det fysiske, psykiske og den sosiale byrden, noe som blir tatt godt vurdert gjennom. COPD-GRIP. GRIP står for Guidance, Research on an Illness Perception. Med tanke på oppgaven, vil denne modellen passe fint inn i forbedring av livskvalitet.</p>

Artikkel 8

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Yilmaz, F.T., Aydin, H, T. (2018)</p> <p>“Effect of a regular walking program on dyspnea severity and quality of life in normal weight, overweight, and obese patients with chronic obstructive pulmonary disease”</p> <p><i>Wiley: International Journal of Nursing Practice</i></p> <p>DOI: https://doi.org/10.1111/ijn.12636</p>	<p>Målet med denne studien var å måle effekten av treningsprogram som brukte gåturer som treningsform. Denne undersøkelsen brukte ulike parameter som BMI, FEV, lengden på gåturen, antall skritt, alvorligheten av dyspné og livskvalitet for å sjekke utfallet.</p>	<p>Chronic obstructive pulmonary disease</p> <p>dyspnea severity</p> <p>Nurses</p> <p>Physical activity</p> <p>Quality of life</p>	<p>Denne studien tar for seg et eksperimentelt design der pasientgruppen er mennesker som har KOLS grad 1 og oppover ifølge GOLD systemet. Gruppen ble også tatt ut på bakgrunn av sin BMI.</p>	<p>Alle pasienter som gjennomførte studien reduserte dyspné symptomene, økte lengden, antall steg og samtidig scoret bedre når det gjelder helse relatert livskvalitet.</p> <p>Samtidig påpeker derimot studien at det kan være vanskelig å gjennomføre et slikt program med KOLS pasienter da mange sliter med fysisk aktivitet. Derfor har sykepleiere en sentral rolle i denne studien da kan hjelpe, motivere og undervise pasienter.</p>	<p>Funnene i studien er tydelige. Med fysisk aktivitet reduserer pasienten sine symptomer som bidrar med økt livskvalitet og håndtering av sin sykdom. Det kan derimot være vanskelig å gjennomføre et slikt program, men med hjelp av sykepleiere og deres funksjon er dette gjennomførbart både i institusjoner og i hjemmet.</p>

