



Fakultet for medisin og helsevitenskap  
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

## **Bacheloroppgave**

# **Hvordan fremme helse og mestring i hverdagen hos pasienter med kols**

Innleveringsdato: 01.06.2020

Emnekode: HSYK3003

Kandidatnummer: 10042

Antall ord: 8784

# Sammendrag

**Tittel:** Hvordan fremme helse og mestring i hverdagen hos pasienter med kols.

**Hensikt:** Å undersøke hvordan sykepleier med helsefremmende tilnærming kan fremme helse og føre til økt mestring av hverdagen hos pasienter med kols.

**Problemstilling:** Hvordan kan sykepleier med en helsefremmende tilnærming fremme mestring av hverdagen hos pasienter med diagnosen kols?

**Metode:** Denne oppgaven er et litteraturstudium som tar i bruk åtte relevante forskningsartikler i tillegg til faglitteratur. Empirien er funnet ved systematiske søk ved databasene Pubmed og Cochrane Library.

**Resultat:** Det ble funnet at flere forskjellige helsefremmende undervisningsmetoder kunne ha effekt med tanke på mestring for pasienter med kols, men at de må vurderes opp i mot hvilke forutsetninger den enkelte pasient har for å nyttegjøre seg av dem. I denne vurderingsprosessen var sykepleiere viktige.

**Konklusjon:** Sykepleier kan fremme mestring ved bruk av helsefremmende tilnæringsmåte med fokus på samhandling med pasienten. Individuell kartlegging og tilpasning av undervisning til pasientene, enten på sykehus eller hjemme, er viktige faktorer for å få økt mestring og redusert blant annet angst og fatigue.

**Nøkkelord:** Kols, angst, mestring, helsefremming, undervisning, sykepleiers helsefremmende funksjon, sykepleiers pedagogiske funksjon.

# Innhold

Tabeller .....	v
1. Innledning.....	6
1.1. Innledning til tema .....	6
1.2. Bakgrunn for valgt tema .....	6
1.3. Definisjon av sentrale begreper i problemstillingen .....	6
1.4. Avgrensning og presisering av problemstillingen .....	7
1.5. Oppgavens oppbygning .....	7
2. Metode .....	7
2.1. Valgt metode .....	7
2.2. Valgt litteratur og kildekritikk.....	10
3. Empiri.....	11
3.1. Sammenfattet empiri .....	21
3.2.1. Studier som belyser ulike former for pasientundervisning .....	21
3.2.2. Studier som belyser forholdet mellom kols, angst og depresjon .....	22
3.2.3. Studie som belyser pasientenes behov .....	22
4. Teori.....	22
4.1. Teori som belyser sykepleiefenomenet og pasientgruppens situasjon .....	22
4.1.1 Kols .....	22
4.1.2 Angst .....	23
4.1.3 Helsefremming og forebygging .....	24
4.1.4 Salutogenese og «opplevelse av sammenheng».....	24
4.1.5 Helsepedagogikk og den didaktiske relasjonsmodellen.....	25
4.1.6 Mestring .....	25
4.1.7 Empowerment .....	26
4.2. Sykepleieteori .....	26
4.2.1 Joyce Travelbee om sykepleie og samhandling .....	26
5. Diskusjon .....	27
5.1. Introduksjon.....	27
5.2. Hvordan tilnærme seg pasienten på en helsefremmende måte? .....	27
5.2.1. Helsefremmende tilnærming: Et fokus på samhandling.....	28
5.3. Hvordan fremme mestring mens pasienten er innlagt? .....	29
5.3.1. Kartlegging av psykososiale behov og håndtering av angst .....	30
5.3.2. Undervisning og veiledning .....	31
5.4. Hvordan fremme mestring etter utskrivelse?.....	32
5.4.1. Helsefremmende undervisning i hjemmet .....	32

5.4.2. Lungerehabilitering som tilbud for å fremme mestring .....	33
5.5. Oppsummering .....	34
6. Konklusjon .....	35
Referanser.....	36

# Tabeller

Tabell 2-1 Søketablell .....	8
Tabell 3-1 Artikkelmatrise.....	11
Tabell 5-1 Undervisningsopplegg .....	34

# 1. Innledning

## 1.1. Innledning til tema

I denne bacheloroppgaven ved sykepleierstudiet har jeg valgt å skrive om et tema og en pasientgruppe som fanget min interesse tidlig i studiet. Denne pasientgruppen er pasienter med diagnosen kols. Mitt første møte med denne pasientgruppen var allerede i første praksis ved sykehjem, men det var i min praksis ved lungemedisinsk avdeling at jeg virkelig fikk innblikk i denne pasientgruppen. Som sykepleierstudent er dette en pasientgruppe jeg har møtt ved samtlige praksiser, og som fremtidig sykepleier også kan møte på i alle sektorer av helsetjenesten. Jeg vil i denne oppgaven sette fokus på den helsefremmende og pedagogiske funksjonen sykepleier kan ha i møte med denne pasientgruppens mange utfordringer.

## 1.2. Bakgrunn for valgt tema

Kols er en utbredt lidelse både nasjonalt og internasjonalt. Ifølge Verdens Helseorganisasjon (WHO) var det i 2016 251 millioner mennesker som hadde diagnosen kols i verden (World Health Organization, 2017). I Norge hadde vi et estimert antall på 150 000 personer med bekreftet diagnose i 2018 (Folkehelseinstituttet, 2018). Ifølge Folkehelseinstituttet legges det inn over 10 000 pasienter med kols i Norge, og 29% av disse blir reinnlagt i løpet av de første 30 dagene etter utskrivelse (Folkehelseinstituttet, 2018).

Jeg ønsker å fokusere på sykepleiers helsefremmende og pedagogiske funksjon i møte med denne pasientgruppen. Bakgrunnen for dette fokuset er at mange av disse pasientene ofte opplever hyppige sykehusinnleggelses og nedsatt livskvalitet på grunn av forverringer i sin tilstand. Det jeg ønsker å belyse i denne sammenheng er hvordan sykepleier kan fremme helse og mestring av hverdagen hos pasienter med kols, og da indirekte forebygge flere reinnleggelses ved å gi dem økt kunnskap og egenkontroll. Jeg ønsker å dra fram mestring av angst som et eksempel, i tillegg til det generelle fokuset på å fremme mestring. Jeg har med dette som bakgrunn utarbeidet følgende problemstilling:

**Hvordan kan sykepleier med en helsefremmende tilnærming fremme mestring av hverdagen hos pasienter med diagnosen kols?**

## 1.3. Definisjon av sentrale begreper i problemstillingen

Kols: Kronisk obstruktiv lungesykdom, hovedsakelig bestående av kronisk bronkitt og emfysem. De vanligste symptomene er dyspné, hoste med ekspektorat og ekspiratoriske pipelyder (Wyller, 2014, s. 383).

Helsefremming: Helsefremming omhandler å fokusere på å fremme faktorer som gir god helse istedenfor å fokusere på å forhindre sykdom. Helsefremming er en prosess som skal sette pasienten i stand til å ta mer kontroll over de forhold som påvirker helsa (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug, & Grimsbø, 2016b, s. 354; Tveiten, 2016, s. 21–22).

Mestring: Mestring beskriver hvordan man, ved bruk av forskjellige strategier, møter og håndterer belastende eller truende situasjoner/hendelser som fører til ubehag, mistrivsel og stress. Mestring kan deles inn i to hovedformer: problemfokuset og følelsesmessig fokusert mestring (Håkonsen, 2014, s. 259).

## 1.4. Avgrensning og presisering av problemstillingen

For å avgrense problemstillingen har jeg valgt å begrense pasientgruppen til å omhandle pasienter med kols som er innlagt på sykehus på grunn av akutt forverring (eksaserbasjon). I tillegg ønsker jeg å undersøke hvilke tilbud og ressurser som er tilgjengelige med tanke på oppfølging og undervisning i hjemmet hos pasienter med kols. Jeg vil se på tilnærminger, kartlegginger og tiltak som sykepleier kan utføre under innleggelsen, med mål om å fremme mestring for disse pasientene generelt i hverdagen.

Pasientgruppen består av begge kjønn og er mellom 45 og 99 år. Det er ikke lagt noe avgrensning i sammenheng med hvilket sykdomsstadium pasientene er på, de kan ha både milde eller mer alvorlige symptomer til vanlig. Fokuset er at pasientene sliter med dyspné og opplever av den grunn forverringer av en så stor grad at de må legges inn på sykehus. Det vil bli spesifisert om noe av forskningen fokuserer på pasientgrupper med en spesifikk grad av kols. Det utelukkes i denne problemstillingen de pasientene som er så alvorlig syke at de ikke kan kommunisere normalt eller ikke kan utføre noen form for dagligdagse aktiviteter hjemme.

Med tanke på sykepleiers rolle og funksjon har jeg valgt å avgrense til sykepleiers helsefremmende og pedagogiske funksjon. For å avgrense rundt hva som menes med å fremme mestring har jeg valgt å fokusere på hvordan fremme mestring gjennom undervisning og helsefremmende tilnærming i samtale.

## 1.5. Oppgavens oppbygning

I dette underkapittelet presenteres oppgavens videre oppbygning. I neste kapittel; kapittel «2. Metode» beskrives metodene brukt i denne oppgaven for å finne relevant fagstoff, inkludert søketabell, valgt litteratur og kildekritikk. I kapittel 3, omhandlende empiri, presenteres relevante forskningsartikler i artikkelmatrise. Videre i kapittel «4. Teori» presenteres det relevant teori til temaet, presentasjon og videre beskrivelser av aktuelle begreper og aktuell sykepleieteori, som senere skal drøftes opp mot relevant forskning i kapittel «5. Diskusjon». Deretter avrundes det med konklusjon i kapittel 6.

# 2. Metode

## 2.1. Valgt metode

I denne oppgaven er det valgt å gjennomføre en avgrenset litteraturgransking, et litteraturstudium. Litteraturen inkluderer forskningsartikler, fagartikler og fagbøker. Innsamlet forskning ble funnet gjennom strukturerte søk utført på databasene Pubmed og Cochrane Library. Målet var å finne litteratur tilknyttet problemstillingen. Litteraturen skulle belyse hvordan helsefremmende arbeid kan utføres til denne pasientgruppen, kols-pasienters situasjon tilknyttet angst, og forskjellige mulige tiltak omhandlende tematikken.

Forskningsartiklene skulle også inkludere fokus på sykepleiers rolle i den helsefremmende behandlingen av denne pasientgruppen.

For å avgrense litteraturgranskingen, ble det utformet følgende inkluderingskriterier:

- Artiklene er skrevet på engelsk eller skandinaviske språk
- Inkluderte studier er publisert etter år 2010.
- Kvantitative studier har flere enn 50 deltakere.
- Studiene er anerkjente forskningsartikler, publisert i anerkjente tidsskrifter innenfor fagfeltet.
- Artiklene har relevans for oppgavens problemstilling og har følgende fokusområder: kols, mestring, angst, helsefremming, sykepleiers helsefremmende og pedagogiske funksjon, undervisning.
- Studiene er vurdert som etisk forsvarlige, og har dokumentert samtykke fra alle deltakerne.

Detaljert søkehistorikk med søkeord, kombinerte søk, antall treff og utvalgte artikler presenteres i tabell «2-1. Søketabell».

Pensumlitteraturen brukt i oppgaven ble avgrenset ved at den skulle være forskningsbasert og omhandle overnevnte fokusområder og relevant sykepleieteori. Beskrivelse av valgt litteratur og kildekritikk presenteres i delkapittel «2.3. Valgt litteratur og kildekritikk».

**Tabell 2-1 Søketabell**

Database	Dato	Søk	Søkeord	Antall treff	Valgte artikler
Pubmed	21.3.2020	S1.	«Copd exacerbation»	7883	
		S2.	«Anxiety»	236155	
		S3.	«Nursing»	774143	
		S4.	S1 AND S2 AND S3	20	<b>2 (A)</b>
Pubmed	24.3.2020	S1.	«Copd»	86218	
		S2.	«Health promotion»	143529	
		S3.	«Nursing»	774143	
		S4.	«Anxiety»	236155	
		S5.	S1 AND S2 AND S3	66	<b>1 (B)</b>
		S6.	S1 AND S4 AND «correlation»	96	<b>1 (C)</b>
Pubmed	06.4.2020	S1.	«Anxiety»	236155	



		S2.	«Adaptation»	328338	
		S3.	«Copd»	86218	
		S4	«Nursing»	774143	
		S5.	S1 AND S2 AND S3	98	1 (D)
		S6.	S3 AND S4	2474	1 (E)
Pubmed	08.4.2020	S1.	«Teaching»	1374571	
		S2.	«Anxiety»	236155	
		S3.	«Copd»	86218	
		S4.	«Nursing»	774143	
		S5.	S1 AND S2 AND S3 AND S4	39	1 (F)
Pubmed	21.4.2020	S1.	«Advanced copd»	2623	
		S2.	«Psychoeducative intervention»	85	
		S3.	S2 AND S1	2	1 (G)
Cochrane Library	22.4.2020	S1.	«Copd»	113	
		S2.	«Pulmonary rehabilitation»	15	
		S3.	S1 AND S2	20	1 (H)

**Inkluderte artikler:**

- A. Uchmanowicz, I., Jankowska-Polanska, B., Motowidlo, U., Uchmanowicz, B., & Chabowski, M. (2016). Assessment of illness acceptance by patients with COPD and the prevalence of depression and anxiety in COPD. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 11(1), 963-970.  
DOI: <https://doi.org/10.2147/COPD.S102754>
- B. Karasu, F. & Aylaz, R. (2020). Evaluation of meaning of life and self-care agency in nursing care given to chronic obstructive pulmonary patients

according to health promotion model. *Applied Nursing Research*, 51.  
DOI: <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2019.151208>

- C. Galic, K., Dodaj, A., Corluca-Cerkez, V., Lasic, V., Pejic, R., Simic, J., & Vukojevic, M. (2019). Study of depression and anxiety in patients with asthma and chronic obstructive pulmonary disease. *Psychiatria Danubina*, 1, 112-117.  
Hentet fra: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30946729>
- D. Sigurgeirdottir, J., Halldorsdottir, S., Arnardottir, R. H., Gudmundsson, G., & Björnson, E. H. (2019). COPD patients' experiences, self-reported needs, and needs-driven strategies to cope with self-management. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, volume 14, 1033-1043.  
DOI: <https://doi.org/10.2147/COPD.S201068>
- E. Helvacı, A., Izgu, N., & Ozdemir, L. (2020). Relationship between symptom burden, medication adherence, and spiritual well-being in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Clinical Nursing*. DOI: <https://doi.org/10.1111/jocn.15251>
- F. Mei Ji, Ai-Hong Wang, Jun Ye, Ya-Hui Shen, Chun-Mei Chen, Chen Yu, & Li-Fang Li. (2019). Effects of the health belief model following acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease in a hospital in China. *Journal of Thoracic Disease*, 11(8), 3593-3598. DOI: [10.21037/jtd.2019.07.40](https://doi.org/10.21037/jtd.2019.07.40)
- G. Bove, D. G., Lomborg, K., Jensen, A. K., Overgaard, D., Lindhardt, B. Ø., & Midtgaard, J. (2016). Efficacy of a minimal home-based psychoeducative intervention in patients with advanced COPD: A randomized controlled trial. *Respiratory Medicine* 121, 109-116. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rmed.2016.11.009>
- H. Puhan, M. A., Gimeno-Santos, E., Cates, C. J., & Troosters, T. (2016). Pulmonary rehabilitation following exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005305.pub>

## 2.2. Valgt litteratur og kildekritikk

Artiklene beskrevet i søketabellen og videre i artikkelmatrisen ble valgt ut fra inkluderingkriteriene nevnt over. I tillegg til Pubmed og Cochrane Library var det ønskelig å kunne utføre søk på databasen Cinahl, da dette er en database med fokus på sykepleiefokusert forskning. Det var ikke mulig grunnet tekniske problemer ved fakultetets bibliotek.

Det litterære grunnlaget for denne oppgaven består av åtte forskningsartikler presentert i artikkelmatrisen, fagartikler i form av nettartikler og teori fra faglitteratur i form av fagbøker. Artiklene består av syv primærstudier og én systematisk oversiktsartikkel. Seks av primærstudiene er kvantitative forskningsartikler, mens én er en kvalitativ studie. Det er valgt kvantitative studier for å få breddeinformasjon tilknyttet problemstillingen, men det var også ønskelig med noe dybdeinformasjon. Derfor ble også en kvalitativ artikkel inkludert. Nettartiklene brukt i denne oppgaven er tatt fra anerkjente nettsider som

Verdens Helseorganisasjon (WHO) sin offisielle nettside, St. Olavs Hospital sin offisielle nettside og Folkehelseinstituttet (FHI) sin offisielle nettside.

Fagbøkene er valgt ut fra at de beskriver temaer knyttet til den aktuelle problemstillingen. Dette inkluderer fagbøker som omhandler sykepleieteori, grunnleggende sykepleie, anatomi, sykdomslære, helsepedagogikk, helsefremmende arbeid, psykiatri og kommunikasjonsferdigheter. Fagbøkene ble valgt ut fra kriteriet om at de belyser teori og kunnskap som er relevant for å kunne besvare problemstillingen. Bøkene er av anerkjente forfattere innen helsefaget. Det er brukt de nyeste eller nest nyeste utgavene av bøkene, for å holde litteraturen faglig oppdatert. Tilgangen til fagbøker var begrenset til selveid pensum og nettbibliotek, dette grunnet at fysisk tilgang til universitetsbiblioteket var forbudt pga. restriksjoner knyttet til corona-viruset.

### 3. Empiri

Dette kapitlet inneholder en presentasjon av samlet empiri. Først presenteres aktuelle forskningsartikler i tabell «3-1 Artikkelmatrise», deretter presenteres en sammenfatning av empirien i kapittel «3.2 Sammenfattet empiri». Det er valgt ut åtte artikler. Artiklene fra A til G er primærstudier, mens artikkel H er en systematisk oversiktsartikkel.

**Tabell 3-1 Artikkelmatrise**

<b>Artikkel A</b>	
Uchmanowicz, I., Jankowska-Polanska, B., Motowidlo, U., Uchmanowicz, B., & Chabowski, M. (2016). Assessment of illness acceptance by patients with COPD and the prevalence of depression and anxiety in COPD. <i>International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease</i> , 11(1), 963-970. DOI: <a href="https://doi.org/10.2147/COPD.S102754">https://doi.org/10.2147/COPD.S102754</a>	
<b>Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål</b>	Hensikten med studien var å undersøke graden av aksept av egen sykdom hos pasienter med kols. Videre var målet å undersøke forholdet mellom graden av aksept og opplevelsen av angst og depresjon. Til sist ønsket studien å bekrefte hvilke sosiodemografiske og kliniske faktorer som er assosiert med aksept av egen sykdom, angst og depresjon.
<b>Metode</b>	Kvantitativ studie fra Polen. Utvalget var på 102 pasienter med kols som var innlagt på sykehus pga. eksaserbasjoner. 37,25% var kvinner. Gjennomsnittsalderen på pasientene var på 65,8 år. Datainnsamlingen ble gjort ved bruk av en spørreundersøkelse laget av forskerne. Spørreundersøkelsen inneholdt 18 spørsmål om sosiodemografiske faktorer og kliniske data (kjønn, alder, utdanning, mengde sigaretter røkt, antall innleggelser, kunnskap om egen sykdom og inhalasjonsmedisiner).

	<p>Aksept av sykdom og opplevelsen av depresjon og angst ble vurdert ved hjelp av screeningverktøyene Acceptance of Illness Scale (AIS) og Hosiptal Anxiety and Depression Scale (HADS).</p> <p>Scorene av de to verktøyene sier følgende: Høy ASI-score = høy aksept av sykdommen. Poengskalaen går fra 8 til 40 poeng.</p> <p>Høy HADS-score = alvorlige angst- og depresjonssymptomer. Poengskalaen går fra 0 til 21 poeng, der en score mellom 11-21 anses som høy score.</p>
<b>Resultat</b>	<p>58,8 % oppga at de hadde for lite kunnskap om egen sykdom. 39,2% oppga å ha fått sin kunnskap fra sykepleiere, 37,3 % fra leger.</p> <p>52% av pasientene hadde alvorlig kols, 37% hadde moderat kols. Alle pasientene hadde røkt, og over 70 % røykte mer enn 10 sigaretter per dag. 40,2% av pasientene opplevde forverring av symptomene sine mer enn to ganger per dag. 55,9% oppga at de våknet pga. tung pust tre netter eller mer i uka. 64,7% mente de tok inhalasjonsmedisinene sine riktig. Over 60 % av pasientene hadde vært innlagt i løpet av de siste 12 mnd. pga. eksaserbasjoner.</p> <p>Gjennomsnittsscoren på AIS var på 20,6 poeng, som viser til at de fleste hadde moderat aksept av sin sykdom, men en tendens til lav aksept.</p> <p>Gjennomsnittsscoren på HADS var på 10,2 poeng for angst og 10,8 for depresjon.</p> <p>Det ble konkludert med at det er en negativ korrelasjon mellom aksept av sykdom og depresjon. Pasientene med mindre aksept hadde høyere depresjonsscore. Det ble funnet at nivået av aksept av sykdom ikke hadde noe påvirkning på angst. Angsten var mest påvirket av økende alder og grad av dyspné.</p> <p>Det ble funnet at jo mindre komorbiditet, jo bedre aksept av sykdommen, mens høy grad av dyspné førte til mindre aksept.</p>
<b>Kommentar og relevans for problemstilling</b>	<p>Studien er relevant for problemstillingen da den viser at lav grad av aksept av egen sykdom er tilknyttet høye scorer med depresjon. Angst ble ikke direkte knyttet til lavt nivå av aksept i denne studien, men til andre forhold.</p> <p>Gjennomsnittsscoren av angst var likevel betydelig.</p> <p>Aksept av egen sykdom er en faktor som spiller inn på evnen til å mestre ens egen situasjon, og derfor blir aksept et viktig begrep når det er snakk om mestring. I tillegg tar denne studien opp at over halvparten av pasientene som var med i studien følte de hadde for lite kunnskap om sin sykdom. Dette peker på et behov for kunnskapsformidling fra</p>

	helsepersonell sin side, som kan knyttes til sykepleiers pedagogiske funksjon.
<b>Artikkel B</b>	
<p>Karasu, F. &amp; Aylaz, R. (2020). Evaluation of meaning of life and self-care agency in nursing care given to chronic obstructive pulmonary patients according to health promotion model. <i>Applied Nursing Research</i>, 51.</p> <p>DOI: <a href="https://doi.org/10.1016/j.apnr.2019.151208">https://doi.org/10.1016/j.apnr.2019.151208</a></p>	
<b>Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål</b>	Studien hadde som hensikt å evaluere hvilken påvirkning en helsefremmende tilnærming av sykepleieutøvelse hadde på kols-pasienters opplevelse av mening i livet og deres evne til egenomsorg.
<b>Metode</b>	<p>Kvantitativ studie fra Tyrkia.</p> <p>Populasjonen var voksne pasienter diagnostisert med kols. Utvalget var på 160 stk., tatt fra to sykehus.</p> <p>Kontrollgruppene og forsøksgruppene ble tatt fra hvert sitt sykehus.</p> <p>Det ble brukt flere screeningverktøy for å evaluere egenomsorg, mening i livet og generelle data om anamnese. Screeningene ble tatt med tre mnd. mellomrom, en pretest og en posttest. I løpet av 3 mnd. fikk pasientene i forsøksgruppene 3 hjemmebesøk på ca. 35 min. der det ble utført sykepleie basert på en veileder utarbeidet med grunnlag i helsefremmende modell (Health Promotion Model). Om «health promotion model» ble det beskrevet at sykepleierne som utførte hjemmebesøkene skulle ha fokus på samhandling med pasienten for å forbedre livskvalitet. Sykepleierne måtte ha fokus på konseptet egenomsorg, hvilke faktorer som påvirker egenomsorgen, slik at de kunne utarbeide gode pleieplaner og tiltak som fremmet egenomsorgen.</p> <p>I det første hjemmebesøket ble det laget sykepleiediagnoser og relaterte sykepleietiltak ble utført. Pasientene fikk informasjon om hvordan de kunne tilpasse seg til de fysiske og psykiske endringene som kommer av kols, og hvordan de kunne tilpasse seg til problemene de ville møte på.</p> <p>Pasientene fikk i slutten av første møte en pleieplan (care guide) av sykepleieren, planen var basert på helsefremmende modell. I de tre neste besøkene ble helsehjelpen gitt ut fra pasientenes behov og nye sykepleiediagnoser som ble utformet i hvert møte, ettersom pasientene hadde nye behov. Kontrollgruppene fikk kun vanlig, standard helsehjelp.</p>
<b>Resultat</b>	Ved sammenligning av pretest og posttest av screening om egenomsorg viste det statistisk signifikant økning av opplevelse av egenomsorg i forsøksgruppen. I

	kontrollgruppene var det reduksjon i opplevelse av egenomsorg. I forhold til opplevelse av mening var det økning hos forsøksgruppen, og reduksjon hos kontrollgruppene i posttestene, og i pretestene var det ikke statistisk signifikant forskjell.
<b>Kommentar og relevans for problemstilling</b>	Studien har relevans ved at den ser på effekt av helsefremmende tilnærming hos pasienter med kols, og hvordan den påvirker deres evne til egenomsorg, og opplevelse av mening i tilværelsen med kronisk sykdom. Dette er relevant ettersom problemstillingen har som fokus å se på hvordan sykepleier skal jobbe helsefremmende i sammenheng med kols og mestring. Da er begreper som mening og egenomsorg aktuelt.
<b>Artikkel C</b>	
Galic, K., Dodaj, A., Corluca-Cerkez, V., Lasic, V., Pejic, R., Simic, J., & Vukojevic, M. (2019). Study of depression and anxiety in patients with asthma and chronic obstructive pulmonary disease. <i>Psychiatria Danubina</i> , (31)1, 112-117. Hentet fra: <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30946729">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30946729</a>	
<b>Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål</b>	Studiens formål er å utforsker frekvensen av utvikling av angst og depresjon hos pasienter med astma og kols, i relasjon til kjønn, alder og sosioøkonomisk status. I tillegg søker den å evaluere mulige forskjeller mellom pasienter med og uten høye nivåer av angst og depresjon, og å finne en korrelasjon mellom de psykologiske aspektene og selve grunnlidelsen.
<b>Metode</b>	Kvantitativ studie fra Bosnia-Herzegovina. Studien hadde et pasientutvalg på 120 pasienter. 60 pasienter hadde astma, 60 pasienter hadde kols. Av pasientene med kols var der 22 kvinner og 38 menn. Datainnsamlingen ble utført ved bruk av en sosiodemografisk spørreundersøkelse for generell informasjon om pasientene, standardisert BAI (Beck Anxiety Inventory) og BDI (Beck Depression Inventory).
<b>Resultat</b>	Det ble funnet en statistisk signifikant forskjell mellom de to gruppene, der pasientene med astma scoret høyest når det gjelder moderat angst mens pasienter med kols scoret høyest angående alvorlig angst. Det var altså flere kols-pasienter med alvorlig angst enn astma-pasienter, og det var flere astma-pasienter enn kols-pasienter som opplevde moderat angst. Begge grupper hadde moderate nivåer av depresjon. I tillegg ses det høyere score for depresjon knyttet til kvinnelig kjønn. Studien konkluderte med at det er en signifikant korrelasjon mellom angst og depresjon hos pasienter med kols og astma, spesielt hos kvinner. Kols og astma er

	stressfaktorer, og gir økt risiko for å utvikle angst og depresjon.
<b>Kommentar og relevans for problemstilling</b>	Studien er relevant til problemstillingen da den belyser en korrelasjon mellom angst og kols.
<b>Artikkel D</b>	
<p>Sigurgeirsdottir, J., Halldorsdottir, S., Arnardottir, R. H., Gudmundsson, G., &amp; Bjørnson, E. H. (2019). COPD patients' experiences, self-reported needs, and needs-driven strategies to cope with self-management. <i>International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease</i>, volume 14, 1033-1043.  DOI: <a href="https://doi.org/10.2147/COPD.S201068">https://doi.org/10.2147/COPD.S201068</a></p>	
<b>Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål</b>	Studien har som mål å utforske pasienter med kols sine erfaringer, selv-rapporterte behov, og strategier for å håndtere egenomsorgen i hverdagen.
<b>Metode</b>	Kvalitativ studie fra Island. En fenomenologisk studie, metoden brukt var Vancouver School of Doing Phenomenology. 10 pasienter med varierende alvorlighetsgrad av kols, 3 kvinner og 7 menn. Gjennomsnittsalderen var på 69,2 år. Pasientene ble intervjuet 1-2 ganger, totalt ble det gjort 15 dybdeintervju.
<b>Resultat</b>	<p>Kols hadde negativ innvirkning på pasientenes fysiske og psykososiale velvære, i tillegg til familierelasjoner og det sosiale livet. Studien identifiserte 14 behov og 8 samlinger av strategier som pasientene brukte for å håndtere egenomsorgen i forhold til sin kols. Strategiene inneholdt både positive og negative aspekter. Behovene som pasientene anga var følgende:</p> <p>Behov for:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Å takle realitetene av kols, en livstruende sykdom.</li> <li>2) Å takle dyspné og redsel for mulig tungpusthet.</li> <li>3) Å takle at verden blir mindre og mindre, og tap av frihet.</li> <li>4) Å takle røyking som en tilbakevendende avhengighet.</li> <li>5) Å takle angst, prokrastinering (utsettelses-atferd) og følelsen av bitterhet.</li> <li>6) Å tenke positivt i hverdagen og opprettholde håpet.</li> <li>7) Å akseptere hjelp fra andre.</li> <li>8) Å takle å ha redusert evne til arbeid og å tjene penger.</li> <li>9) Å takle det å vite for lite om kols.</li> <li>10) Å skaffe seg en sunn livsstil med fysisk aktivitet.</li> <li>11) Å ha regelmessige fysiske undersøkelser og tilgang til profesjonell helsehjelp.</li> <li>12) At helsepersonellet kjenner dem.</li> </ol>

	<p>13) Å ha en følelse av trygghet i forhold til helsehjelpen.  14) Å ha god støtte, ha det gøy og opprettholde sosiale relasjoner.</p> <p>Mestringsstrategiene som ble funnet er delt inn i 8 grupper, tilknyttet de 14 behovene.</p> <p>Strategier knyttet til punkt 1: Angst, økonomiske ordninger, å prøve å opprettholde håpet og fortsette med livet.</p> <p>Strategier knyttet til punkt 2: Å prøve å hvile, prokrastinere, redusert deltakelse i ADL.</p> <p>Strategier knyttet til punkt 3, 5 og 8: Prokrastinering, redusert deltakelse i sosiale aktiviteter.</p> <p>Strategier knyttet til punkt 4: De føler at de må kjempe en krig uten våpen, andre strategier er bevissthet rundt risikoen for å begynne å røyke igjen, og hva det innebærer for dem.</p> <p>Strategier knyttet til punkt 9: De søker på nettet og spør helsepersonell.</p> <p>Strategier knyttet til punkt 6 og 10: De prøver å tenke annerledes om livsstil, de prøver å være fysisk aktiv, lager seg nye vaner.</p> <p>Strategier knyttet til punkt 11, 12, og 13: De prøver å takle et ineffektivt forløp, der de føler at kontinuiteten i forløpet mangler.</p> <p>Strategier knyttet til punkt 7 og 14: De prøver, men har vansker med å akseptere god støtte fra venner og familie.</p>
<p><b>Kommentar og relevans for problemstilling</b></p>	<p>Studien er relevant til problemstillingen da den tar for seg å undersøke mer i dybden hvordan det er å leve med kols. Dette er aktuelt for å belyse mer hvordan pasienter med kols opplever sin hverdag både i forhold til utfordringer og hvordan de selv prøver å mestre dem. Dette kan gi en pekepinn til hvilke helsefremmende tiltak som er nyttige for dem, i sammenheng med både angst, angstmestring og generell mestring i hverdagen. Studien viser til tydelige behov for forbedrede mestringsstrategier og oppfølging hos disse pasientene.</p>
<p><b>Artikkel E</b></p>	
<p>Helvaci, A., Izgu, N., &amp; Ozdemir, L. (2020). Relationship between symptom burden, medication adherence, and spiritual well-being in patients with chronic obstructive pulmonary disease. <i>Journal of Clinical Nursing</i>.  DOI: <a href="https://doi.org/10.1111/jocn.15251">https://doi.org/10.1111/jocn.15251</a></p>	
<p><b>Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål</b></p>	<p>Hensikten med studien er å undersøke forholdet mellom symptom-byrde, «medication adherence» (om medisiner tas som foreskrevet), og åndelig velvære hos pasienter med kols.</p>
<p><b>Metode</b></p>	<p>Kvantitativ studie fra Tyrkia.  Studiet er en beskrivende korrelasjonell studie. Utvalget var 112 pasienter med kols. Datainnsamlingen ble utført ved</p>



	bruk av COPD Assessment Test (CAT), the Adherence to Refills and Medications Scale-7 (ARMS-7), og Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp).
<b>Resultat</b>	Resultatene viste at FACIT-Sp scoren var negativt moderat assosiert med CAT og ARMS-7 scorene. Det ble konkludert med at personer med høyere åndelig velvære (FACIT-Sp score) hadde mindre symptombyrde og større «medication adherence». Det ble funnet at pasienter med langvarig bruk av oksygenbehandling og høyere komorbiditet hadde større symptom-byrde. Pasienter som fortsatt røyket hadde mindre åndelig velvære, høyere symptom-byrde og lavere «medical adherence».
<b>Kommentar og relevans for problemstilling</b>	Studien er relevant til problemstillingen da den undersøker forhold som indirekte har med pasientens evne til egenomsorg (medical adherence) tilknyttet åndelig velvære. Åndelig velvære forteller i denne sammenheng noe om pasientens psykiske og åndelige funksjon i hverdagen med kols.
<b>Artikkel F</b>	
Mei Ji, Ai-Hong Wang, Jun Ye, Ya-Hui Shen, Chun-Mei Chen, Chen Yu, & Li-Fang Li. (2019). Effects of the health belief model following acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease in a hospital in China. <i>Journal of Thoracic Disease</i> , 11(8), 3593-3598. DOI: <a href="https://doi.org/10.21037/jtd.2019.07.40">10.21037/jtd.2019.07.40</a>	
<b>Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål</b>	Hensikten med studien er å undersøke effekten av undervisning med helsefremmende modell (health belief model educational program) på angst og fatigue hos pasienter med akutt eksaserbasjon av kols.
<b>Metode</b>	Kvantitativ studie fra Kina. Utvalgte deltakere var totalt 99 pasienter innlagt med akutt eksaserbasjon av kols, mellom 35 og 94 år, 71 menn og 29 kvinner. Delt inn i to grupper, kontrollgruppen fikk konvensjonell undervisning ved innleggelse og utskrivelse. Forsøksgruppen fikk undervisning gjennom Health Belief Model under innleggelsen, og fram til 6 uker etter utskrivelsen. Angst og fatigue ble vurdert ved innleggelse, utskrivelse og 6 uker etter utskrivelse. Screeningverktøyene brukt var: SAS (self-rating anxiety scale) og MFI-20 (multidimensional fatigue inventory). Under innleggelsen fikk forsøksgruppen 30-45 minutter med undervisning 5 ganger i uka. Etter utskrivelse fikk pasientene telefon-konsultasjon 2 ganger i uka, hjemmebesøk innen 2 uker etter utskrivelse. Etter uke 2

	<p>etter utskrivelse fikk pasientene tilbud om undervisning 1 gang i uka, med varighet på 15-30 minutter.</p> <p>«The health belief model educational program» er et helsefremmende undervisningsprogram. Det inkluderer både forskningsbasert kunnskap om pasientens fysiologiske tilstand ved kols og psykologisk mestringsstøtte.</p> <p>Pasientene og pårørende fikk undervisning av lungeleger og sykepleiere. De fikk undervisning om grunnleggende patofysiologi tilknyttet kols, risikofaktorer og symptomer på akutt eksaserbasjon, hvordan eksaserbasjoner kunne påvirke familielivet, samfunnet og økonomien. Viktigheten av god psykisk helse og positiv livsholdning ble fremmet. Pasientene fikk informasjon om viktigheten av røykestopp, langtidsbruk av oksygen, nok hvile og riktig hoste- og pusteteknikk. De fikk undervisning i puste- og hosteteknikker og andre treningsøvelser med instruksjon av leger eller sykepleiere. Det ble også brukt filmer og bilder i undervisningen, og det var lagt opp til at pasientene selv kunne være aktive i læringen. Det ble blant annet brukt quiz, filmer og informative bilder. Pasientene fikk også mye informasjon i form av blader og nettsider. Helsepersonellet skulle ha fokus på å ha varme og støttende tilnærminger, med fokus på mestringsstøtte og motiverende samtaler. Pasientene fikk stille spørsmål og fortelle hvordan de selv hadde det. De ble oppmuntret til å skape gode rutiner i hverdagen ved at de fikk tilbud til å delta på forskjellige undervisningsarrangement sammen med sine pårørende og andre pasienter. De hadde også mulighet til å ringe eller sende mail til kontaktpersoner på sykehuset etter utskrivelse.</p>
<b>Resultat</b>	<p>Studien kom fram til at pasienten i forsøksgruppa hadde statistisk signifikant lavere score på både angst og fatigue, sammenlignet med pasientene i kontrollgruppa. Scorene ble lavere ved hver screening for forsøksgruppa. Hos kontrollgruppa var de relativt like mellom screeningen tatt ved utskrivelse, og screeningen 6 uker etter utskrivelse.</p>
<b>Kommentar og relevans for problemstilling</b>	<p>Studien har relevans til problemstillingen da den tar for seg effekt av sykepleie utført i henhold til en helsefremmende modell. Spesielt relevant er den fordi fokuset var på hvordan formidle god informasjon, skape relasjon, etterkomme pasientens behov, god undervisning av både pasient og pårørende under innleggelsen og god oppfølging i etterkant av innleggelsen.</p>
<b>Artikkel G</b>	
<p>Bove, D. G., Lomborg, K., Jensen, A. K., Overgaard, D., Lindhardt, B. Ø., &amp; Midtgaard, J. (2016). Efficacy of a minimal home-based psychoeducative intervention</p>	

in patients with advance COPD: A randomized controlled trial. *Respiratory Medicine* 121, 109-116. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rmed.2016.11.009>

<b>Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål</b>	Hensikten med denne randomiserte kontrollerte studien var å teste effektiviteten av en minimal hjemmebasert psykoedukativ intervensjon i forhold til vanlig behandling for å redusere symptomer av angst i pasienter med langtkommen kols.
<b>Metode</b>	<p>En kvantitativ randomisert kontrollert studie fra Danmark. Utvalget bestod av 66 pasienter med langtkommen kols. Alle pasientene hadde enten kols grad 3 eller 4. Det var 33 pasienter i forsøksgruppen, 33 pasienter i kontrollgruppen. Effektiviteten av en minimal hjemmebasert psykoedukativ intervensjon ble vurdert ut ifra pasientenes opplevelse av angst og opplevelsen av mestring. Angst ble vurdert ved bruk av Hospital Anxiety and Depression scale, subscale for anxiety (HADS-A). Mestring ble vurdert med Chronic Respiratory Questionnaire, domain of mastery (CRQ-M). Vurderingene ble gjort tre ganger, først ved starten av studien, så én måned etter intervensjonen og deretter tre måneder etter intervensjonen.</p> <p>Forsøksgruppen fikk en minimal hjemmebasert psykoedukativ intervensjon, mens kontrollgruppen fikk sin vanlige oppfølging ifølge daværende retningslinjer for behandling av pasienter med langtkommen kols. Dette inkluderer tiltak som lungerehabilitering og avansert pleieplan, i tillegg til farmakologisk behandling.</p> <p>Den minimale hjemmebaserte psykoedukative intervensjonen er basert på kognitiv-atferdsterapi, og den besto av flere steg, likt strukturen i kognitiv-atferdsterapi. Hovedhensikten var å gi pasienten innsikt i interaksjonen mellom tanker, følelser, kroppslige opplevelser og atferd. Målet med intervensjonen var å hjelpe og veilede pasienten til å restrukturere uhensiktsmessige tanker og atferdsmønstre relatert til situasjoner med angst og dyspné. Pasientene fikk i løpet av intervensjonen to laminerte kort med illustrasjoner av kognitive mønstre i form av en positiv og en negativ sirkel, men korresponderende pusteteknikker. Intervensjonen ble utført av en opplært sykepleier. Intervensjonen er designet slik at man ikke trenger spesialist-utdanning for å utføre den, og den er laget slik at den kan tas i bruk av lungesykepleiere. Lengden på intervensjonen var på ca. én time, og ble utført hjemme hos pasientene. To uker etter intervensjonen ble pasientene kontaktet per telefon for en 20 minutter lang støttesamtale.</p>
<b>Resultat</b>	Pasientene i forsøksgruppen hadde en lavere gjennomsnittsscore på HADS-A ved vurderingen etter

	<p>intervensjonen, enn i kontrollgruppa. Dette vil si at de opplevde mindre angst. Forsøksgruppen hadde høyere gjennomsnittsscore på CRQ-M etter intervensjonen enn kontrollgruppa. Dette vil si at de opplevde større grad av mestring. Dette gir en indikasjon at det var en signifikant effekt av intervensjonen i sammenheng med angst og mestringsfølelse. Studien konkluderer med at en hjemmebasert psykoedukativ intervensjon har effekt når det gjelder å dempe symptomer og forbedre pasientenes evne til egenomsorg.</p>
<p><b>Kommentar og relevans for problemstilling</b></p>	<p>Denne studien er relevant da den utforsker en form for opplæring og veiledning av pasienter med kols som ikke kan ta i bruk andre former for opplæring pga. nedsatt funksjonsevne. Studien viser til en alternativ behandlingsmetode som kan brukes til de pasientene med kols som ikke kan ta god nytte av andre mer krevende undervisningsprogram. Studien fokuserer på en hjemmebasert intervensjon, og er da relevant tiltakene den belyser kan være nyttige angående oppfølging av pasienter med kols etter opphold på sykehus. I tillegg viser den at denne formen for tiltak reduserer angst og øker evnen til egenomsorg i hverdagen hos pasienter med kols.</p>
<p><b>Artikkel H</b></p>	
<p>Puhan, M. A., Gimeno-Santos, E., Cates, C. J., &amp; Troosters, T. (2016). Pulmonary rehabilitation following exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i>. DOI: <a href="https://doi.org/10.1002/14651858.CD005305.pub4">https://doi.org/10.1002/14651858.CD005305.pub4</a></p>	
<p><b>Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål</b></p>	<p>Hensikten med denne systematiske oversikts-artikkelen var å vurdere om lungerehabilitering etter akutt eksaserbasjon av kols hadde noen effekt på antall reinnleggelses på sykehus og om lungerehabilitering har noen effekt på andre viktige faktorer for kols-pasienter som livskvalitet, dødelighet og aktivitetsevne hos pasienter med kols.</p>
<p><b>Metode</b></p>	<p>Systematisk oversikts-artikkel. Studien vurderte 20 forskjellige studier med til sammen 1477 deltagere med diagnosen kols. Studiene inkludert i oversikts-artikkelen var randomiserte kontrollerte studier som sammenlignet lungerehabilitering med konvensjonell helsehjelp etter akutte eksaserbasjoner av kols. Studiene inkludert var både i fulltekst, abstrakter og upubliserte data. Rehabiliteringsprogrammene i de forskjellige studiene begynte på forskjellige tidspunkt, noen startet mens pasienten var innlagt, andre etter at pasientene var utskrevet. Det var store forskjeller i hvilke typer trening og aktiviteter som ble brukt, hvor lange øktene var og hvilken</p>

	intensitet de hadde. Det var også variasjon i hvor stor grad rehabiliteringene inneholdt pasientundervisning. Det var store variasjoner i hvordan rehabiliteringsprogrammene var organisert.
<b>Resultat</b>	Studien fant at det sammenfattet av de 20 forskjellige studiene peker på at lungerehabilitering har moderat til stor effekt på helse relatert livskvalitet og treningsevne hos pasienter med kols etter en eksaserbasjon. Det er mer usikkerhet om lungerehabilitering har effekt i sammenheng med reinnleggelser og dødelighet, da noen studier viser at det har ingen effekt mens andre viser til noe effekt. Denne heterogeniteten i studiene i forhold til reinnleggelser på sykehus og dødelighet kan til en viss grad forklares av forskjellene på hvordan rehabiliteringen ble utført i de forskjellige studiene.
<b>Kommentar og relevans for problemstilling</b>	Studien er relevant da den gir oversikt over virkningen og effekten av lungerehabilitering etter at pasienter har opplevd akutte eksaserbasjoner av kols. Lungerehabilitering er et eksisterende tilbud til pasienter med kols for å forbedre deres livskvalitet i hverdagen. Dette er et viktig tiltak å nevne og diskutere verdien av i denne oppgaven, da med tanke på oppfølging av pasientene etter innleggelse pga. eksaserbasjon.

### 3.1. Sammenfattet empiri

Litteraturstudiet bygger på åtte artikler. Alle artiklene peker på viktige elementer tilknyttet kols og helsefremmende tiltak, og er relevante for problemstillingen.

#### 3.2.1. Studier som belyser ulike former for pasientundervisning

Fire av artiklene belyser effektene forskjellige former for pasientundervisning har på blant annet evne til egenomsorg, opplevelse av mening, reduksjon av angst og fatigue, aktivitetsevne, risiko for reinnleggelser og dødelighet hos pasienter med kols (Bove et al., 2016; Ji et al., 2019; Karasu & Aylaz, 2020; Puhan et al., 2016) Tre av artiklene er kvantitative primærstudier (Bove et al., 2016; Ji et al., 2019; Karasu & Aylaz, 2020), mens Puhan et al. (2016) er en systematisk oversiktsartikkel. To av studiene tar for seg undervisning basert på helsefremmende prinsipper, der begge poengterer viktigheten av sykepleiers helsefremmende tilnærming, i tillegg til et generelt fokus på bruker- og pårørendemedvirkning (Ji et al., 2019; Karasu & Aylaz, 2020). Studien av Ji et al. (2019) belyser at helsefremmende undervisning av pasienter innlagt med akutt forverring av kols, både under innleggelse og i etterkant, reduserer angst og fatigue. I denne studien poengteres også verdien av både pasienten og pårørendes behov for undervisning. Karasu & Aylaz (2020) viste i sin studie at en helsefremmende sykepleieintervensjon som bestod av kombinert hjemmeundervisning og behovsrettet pleie førte til økt opplevelse av mening og økt egenomsorg. Pasientene fikk tre hjemmebesøk i løpet av tre måneder.

Bove et al. (2016) belyste i sin studie at en minimal hjemmebasert psykoedukativ intervensjon førte til reduksjon av angst og økt egenomsorg hos pasienter med

langtkommen kols. Studien viser effekten av hvordan prinsippene for kognitiv-atferdsterapi kan brukes for å undervise og fremme mestring til egenomsorg hos pasienter med alvorlig kols. Puhan et al. (2016) tar for seg effekten av lungerehabilitering som tiltak i etterkant av en akutt forverring hos kols-pasienter. Denne systematiske oversiktsartikkelen trekker fram at det varierer i hvordan lungerehabilitering blir utført, og dette fører til usikkerhet med tanke på effekten lungerehabilitering har på reduksjon av antall reinnleggelser og dødelighet. Det trekkes fram at lungerehabilitering har god effekt på helserelatert livskvalitet og treningsevne hos pasienter med kols.

### 3.2.2. Studier som belyser forholdet mellom kols, angst og depresjon

Tre av de kvantitative artiklene tar for seg forholdet mellom kols, angst og depresjon og faktorer som spiller inn på utvikling av angst og depresjon. Det trekkes også fram hva forhold som aksept av egen sykdom, symptombyrde og åndelig velvære, har å si for graden av angst og depresjon pasienter med kols opplever (Galić et al., 2019; Helvaci, Izgu, & Ozdemir, 2020; Uchmanowicz et al., 2016). I studien av Galić et al. (2019) fant de en signifikant korrelasjon mellom angst og depresjon hos pasienter med kols. Det poengteres i alle tre artiklene viktigheten av et psykososialt fokus i forhold til pasienter med kols, og at det er viktig å anerkjenne utviklingen av depresjon og angst tidlig i forløpet (Galić et al., 2019; Helvaci et al., 2020; Uchmanowicz et al., 2016).

### 3.2.3. Studie som belyser pasientenes behov

Til sist er det tatt med en kvalitativ studie av Sigurgeirsdottir et al. (2019). Dette er en studie som ved analyse av flere dybdeintervju beskriver hvilke behov og mestringsstrategier pasienter med kols opplever og bruker i hverdagen. Studien trekker fram flere tiltak som helsepersonell kan igangsette for å hjelpe pasientene å mestre hverdagen. Spesielt legges det vekt på mer grundig undervisning. Studien er basert på Vancouver School of Phenomenology, og er en kombinasjon av hermeneutisk fenomenologi og konstruktivisme (Sigurgeirsdottir, Halldorsdottir, Arnardottir, Gudmundsson, & Bjornsson, 2019).

## 4. Teori

I dette kapitlet presenteres det teoretiske grunnlaget bak tematikken i oppgaven, som vil bli videreført i drøftingsdelen. Her presenteres teori om kols, angst, helsefremming, mestring og andre relaterte begreper. Joyce Travelbees forståelse av sykepleie som en relasjonell, mellommenneskelig prosess utgjør det sykepleieteoretiske fundamentet i oppgaven.

### 4.1. Teori som belyser sykepleiefenomenet og pasientgruppens situasjon

#### 4.1.1 Kols

Kols ses som en samlebetegnelse på sykdommer som karakteriseres av irreversibel økt luftveismotstand. Kols-begrepet omfatter sykdommene kronisk bronkitt og emfysem, to tilstander som ofte ses i kombinasjon. Kols er en langsomt progredierende sykdom. Den kroniske inflammasjonen i luftveiene fører til langsom nedbrytning og skader på lungevev, som fører til økt obstruksjon, spesielt ved ekspirasjon (Bakkelund, Thorsen, Almås,

Sorknæs & Grønseth, 2016, s. 133; Wyller, 2014, s. 383). Den vanligste årsaken til utvikling av kols er røyking av tobakk (Wyller, 2014, s. 383).

Vanlige symptomer ved kols er kronisk dyspné, hoste med ekspektorat og ekspiratoriske pipelyder (Wyller, 2014, s. 386). Symptomtrykket øker ved sykdomsgraden. Kols klassifiseres ofte i fire stadier, vurdert ut fra alvorlighetsgraden. Ved stadium 1 er symptomene relativt milde, de øker i alvorlighetsgrad ved hvert stadium, der stadium 4 beskriver svært alvorlige symptomer og sterkt nedsatt funksjonsevne, ofte respirasjonssvikt (Bakkelund et al., 2016, s. 135).

Kols er en tilstand som kan føre med seg mange komplikasjoner, spesielt tilknyttet kronisk dyspné. Kronisk dyspné kan føre til komplikasjoner som blant annet: redusert fysisk utholdenhet, endringer i ernæringstilstanden, søvnforstyrrelser, tretthet, konsentrasjonsvansker og sosiale og følelsesmessige konsekvenser. Innenfor de sosiale og følelsesmessige konsekvensene trekkes det særlig fram negativt selvbilde, sosial isolasjon, depresjon og angst (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug, & Grimsbø, 2016a, s. 110–111).

Tiltak for å redusere risikoen for forverring av lungefunksjonen innebærer blant annet å unngå forhold som har negativ innvirkning på lungefunksjonen. Slike forhold kan være vedvarende røyking. Da vil å motivere til røykeslutt være et aktuelt tiltak. Videre er det viktig med generell undervisning i forhold til hvordan sykdommen fungerer og utvikler seg, ettersom pasienter med kroniske sykdommer har mye egenansvar i hverdagen. Medisinsk behandling av kols har som mål å redusere symptomene og risikoen for forverring. Derfor burde pasientene vite hvordan medikamentene virker og hvilke bivirkninger som kan oppstå, slik at de har økt kunnskap og bedre forutsetninger til å takle egen sykdom (Bakkelund et al., 2016, s. 135-170).

Flere tiltak kan være å ta i bruk lungefysioterapi og god praktisk opplæring av pasienten i bruk av inhalasjonsmedikamenter og puste- og hosteteknikker (Bakkelund et al., 2016, s. 136; Kristoffersen et al., 2016a, s. 113-125). Andre tiltak som trekkes fram i litteraturen er kartlegging av pasientenes tilstand og psykososiale behov. Screeningverktøy som kan brukes er blant annet Montgomery and Aasberg depression rating scale (MARDS) for å vurdere angst og depresjonssymptomer. For å vurdere i hvilken grad livsutfoldelsen påvirkes av sykdommen kan man bruke Kols vurderingstest (COPD assesment test, CAT) (Bakkelund et al., 2016, s. 148).

#### 4.1.2 Angst

Angst er en følelsesmessig tilstand som innebærer en følelsesmessig opplevelse av at noe er farlig, i situasjoner der det ikke er noen reell fare. Emosjonen angst er tett knyttet til frykt, men man snakker om angst når denne frykttfølelsen kommer av en feiloppfatning eller en irrasjonell oppfatning av fare (Aarre, 2018, s. 163; Håkonsen, 2014, s. 297).

Angst skiller fra frykt ved at angst først og fremst beskriver noe følelsesmessig, en opplevelse av at noe er truende. Begrepet frykt innebærer derimot en rasjonell, tankemessig vurdering av en trussel. Angsten er en irrasjonell, uhensiktsmessig følelsesmessig reaksjon, som ikke står i sammenheng med den aktuelle situasjonen personen står ovenfor (Håkonsen, 2014, s. 297). Opplevelsen av angst er individuell, og har både kognitive, emosjonelle og fysiologiske dimensjoner (Aarre, 2018, s. 164).

Kroppen aktiveres på flere måter ved angst. De vanligste reaksjonene er økt puls, økt muskeltonus, svette og pustemønsteret endres. Angsten fører derfor til reaksjoner som

tapper kroppen for store energiresurser på kort tid, slik at man blir raskt sliten og tappes for energi (Håkonsen, 2014, s. 299).

#### 4.1.3 Helsefremming og forebygging

Helsefremming er en prosess der fokuset er å sette individet i stand til å få økt kontroll over faktorer som spiller inn på sin helse, med mål om å bedre helsen (Kristoffersen et al., 2016b, s. 354). Begrepet helsefremming kan også ses på som et fellesbegrep som omhandler alt vi som helsepersonell gjør for at pasienten skal få brukt sin kompetanse og lære ny kompetanse for å fremme egen livskvalitet (Tveiten, 2016, s. 22). Hensikten med helsefremmende arbeid er at pasienten skal kunne få utvikle sin personlige kompetanse, få økt sin mestring, få brukt sine ressurser og fremme bedre helse og velvære (Tveiten, 2016, s. 22). For at helsefremming skal foregå må man flytte makten tilbake til pasienten og anerkjenne pasientens egenkompetanse om sin situasjon. I tillegg er det viktig å ha et større fokus på pasientens medvirkning og deltakelse. Brukermedvirkning er derfor sentralt innen helsefremmende tenkning (Kristoffersen et al., 2016b, s. 350–333; Tveiten, 2016, s. 22).

Helsefremmende arbeid handler i stor grad om samhandling mellom pasient og helsepersonellet, der relasjon og tillit er viktige faktorer. For at samhandlingen eller interaksjonen mellom de to partene skal ha en helsefremmende funksjon er det nødvendig med en personorientert tilnærming fra helsepersonellens side. Videre er det helsepersonellens holdninger, moral og kompetanse definerer om samhandlingen og handlingene som utføres virker helsefremmende eller ikke (Eide & Eide, 2017, s. 16–18; Haugan & Rannestad, 2014, s. 207–208). En helsefremmende tilnærming bygger på en holistisk forståelse av mennesket, der mennesket består av en fysisk, psykisk, sosial og åndelig dimensjon (Gammersvik & Larsen, 2018, s. 138–140). Helsepersonellet må se pasienten som en hel og unik person, vise seg engasjert i deres situasjon og ha en anerkjennende og bekreftende holdning i sin helsefaglige tilnærming for å kunne fremme helse (Haugan & Rannestad, 2014, s. 207).

Begrepet sykdomsforebygging vil her defineres kort. Sykdomsforebygging vil si at man utfører tiltak for å forhindre eller utsette sykdom og forminske komplikasjoner ved sykdom. Helsefremming og forebygging ses i litteraturen som komplementære strategier (Kristoffersen et al., 2016b, s. 354; Mæland, 2010, s. 18–23).

#### 4.1.4 Salutogenese og «opplevelse av sammenheng»

Salutogenese er et sentralt begrep innen helsefremmende tenkning, og representerer kunnskap om hva som fremmer helse (Gammersvik & Larsen, 2018, s. 157–178). Det salutogene perspektivet er en motsats til det tradisjonelle patologiske perspektivet som har vært et ledende perspektiv innen helseforskning (Tveiten, 2016, s. 17–18). Innen salutogen tenkning er det helse som står fremst, deretter danner sykdom og patogen tenkning en bakgrunn for det holistiske pasientperspektivet (Gammersvik & Larsen, 2018, s. 157–178). Det salutogene perspektivet fokuserer på å utforske det friske i mennesket, og hvilke faktorer som fører til at man opprettholder og fremmer god helse (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug, & Grimsbø, 2016c, s. 51–54; Tveiten, 2016, s. 17–18).

Et viktig begrep innenfor salutogen tenkning er begrepet «opplevelse av sammenheng» (OAS)(Gammersvik & Larsen, 2018, s. 161; Haugan & Rannestad, 2014, s. 30; Kristoffersen et al., 2016c, s. 52; Tveiten, 2016, s. 18). I litteraturen om salutogenese trekkes det fram at «OAS» rommer tre komponenter. De tre komponentene består av at



livssituasjonen oppleves som forståelig, meningsfull og håndterlig (Kristoffersen et al., 2016c, s. 52–53).

Graden av den enkeltes «OAS» er en viktig faktor i sammenheng med den enkeltes mestringssevne i møte med belastende situasjoner (Haugan & Rannestad, 2014, s. 30; Kristoffersen et al., 2016c, s. 52–53; Tveiten, 2016, s. 18). En sterk «OAS» i tilværelsen er derfor knyttet til at man kan forstå og opprettholde følelsen av mening i belastende situasjoner (Kristoffersen et al., 2016c, s. 52–53). Videre fører dette til større mulighet til å mobilisere ressurser for å håndtere situasjonen på en konstruktiv måte (Kristoffersen et al., 2016c). Personer som er bevisst på sine ressurser og har «OAS» som holdning, har større mestringsgrunnlag i møte med helserelaterte utfordringer enn personer som kun fokuserer på sykdom (Tveiten, 2016, s. 18).

#### 4.1.5 Helsepedagogikk og den didaktiske relasjonsmodellen

Begrepet helsepedagogikk rommer alt som har med undervisning, læring, veiledning og utvikling tilknyttet helse. Kjernen i helsepedagogikk er samhandling og medvirkning mellom helsepersonell og pasient, med hovedvekt på å fremme mestring hos den enkelte. (Tveiten, 2016, s. 12). Sykepleierfaget rommer en pedagogisk funksjon. Eksempelvis er det for pasienter og pårørende et fokus at sykepleieren skal ivareta deres behov for nødvendig kunnskap slik at de er i stand til å ivareta egen helse (Kristoffersen et al., 2016c, s. 19).

Det finnes forskjellige måter å gjennomføre undervisning på. En av formene som trekkes fram i litteraturen er veiledning. Begrepet veiledning kan ses som en formell, relasjonell og pedagogisk istandsettingsprosess som omfordeler kunnskap og makt fra helsepersonellet til pasienten. Dette er en prosess der helsepersonell skal legge til rette for at pasienten skal få økt sin kunnskap, selvbevissthet og mestringskompetanse. Dette kan skje gjennom informasjon, rådgivning, støtte og praktisk undervisning (Tveiten, 2016, s. 89–90).

Ettersom pasienter har ulike behov krever det at helsepersonellet må vurdere hva som kan føre til god samhandling med den enkelte pasient. Et eksempel på faktorer som kan påvirke undervisningen er angst og smerte. Dette er faktorer som kan føre til at pasientene ikke får med seg det de blir undervist om. For å vurdere hvilken strategi som er mest hensiktsmessig er det mulig å bruke den didaktiske relasjonsmodellen. Dette er en modell som tar for seg planlegging, gjennomføring, vurdering og evaluering av undervisning og som innebærer flere elementer. Den didaktiske relasjonsmodellen ser på seks elementer; 1) Hvilke læreforutsetninger har pasienten? Hva kan de fra før? 2) Hvilke rammefaktorer som spiller inn? Hva er situasjonen, hvor og med hvem skal undervisningen skje? 3) Mål. Konkrete, tidfestede og målbare mål. 4) Innholdet. Hva skal undervisningen inneholde, hva er fokusområdet? 5) Metode. Hvordan skal innholdet presenteres for pasienten? 6) Vurdering av læresituasjonen i etterkant. Modellen fremmer også at det er viktig å se relasjonen mellom de enkelte elementene og hvordan de påvirker hverandre (Tveiten, 2016, s. 83-88).

#### 4.1.6 Mestring

Mestring er et begrep som beskriver hvordan individet forholder seg til situasjoner og hendelser som det opplever som truende mot sin integritet, i tillegg til opplevelsen av ubehag og mistriivsel (Håkonsen, 2014, s. 259). Begrepet mestring dreier seg om hvordan mennesker møter livssituasjoner som oppleves belastende. Mestring kan oppfattes som noe som består av både indre ressurser og de handlinger den enkelte utfører for å kunne

hanskes med både indre og ytre krav og konflikter. Eksempler på slike belastende hendelser kan være sykdom, funksjonstap og videre helsesvikt (Tveiten, 2016, s. 18–20).

Mestring kan deles opp i to hovedformer; problemfokustert mestring og følelsesmessig fokusert mestring (Håkonsen, 2014, s. 259; Tveiten, 2016, s. 20). Problemfokustert mestring er når individet bruker mestring i form av at det fokuserer på faktorer det kan påvirke for å endre sin situasjon. Problemfokusterte mestringsstrategier er ofte strategier man kan lære seg, ettersom problemløsning ofte innebærer atferd som man har lært fra før, eller har tidligere erfaring med. Problemfokustert mestring foregår på ulike måter, det fokuseres i hovedsak på to forskjellige varianter i litteraturen. Den første innebærer at man kan forholde seg til et problem slik som det er, og deretter forsøker å endre, løse eller fjerne problemet. Den andre varianten innebærer at man kan endre på hvordan man tenker eller oppfatter problemet eller situasjonen. Dette er en form for indre, tankemessig rekonstruksjon av en problematisk situasjon, der man forsøker å forstå den problematiske situasjonen på en ny eller annerledes måte (Håkonsen, 2014, s. 259–260; Tveiten, 2016, s. 20).

Følelsesmessig fokusert mestring brukes når det ikke er mulig å påvirke eller endre situasjonen. Da blir fokuset å redusere det følelsesmessige ubehaget situasjonen påfører individet (Håkonsen, 2014, s. 261; Tveiten, 2016, s. 20). Det er vanlig å bruke ubevisste strategier for å redusere de negative følelsene tilknyttet problematiske situasjoner. Slike ubevisste mestringsstrategier kan være hensiktsmessige og kan hjelpe en til å akseptere vanskelige situasjoner (Håkonsen, 2014, s. 261).

#### 4.1.7 Empowerment

Empowerment er det motsatte av undertrykking. Som begrep omhandler empowerment en mobilisering og styrking av egne krefter og ressurser. Norske oversettelser av dette begrepet er «egenkraftmobilisering» og «styrking» (Kristoffersen et al., 2016b, s. 351–352). Hensikten med empowerment er at den enkelte effektivt skal kunne styre sitt eget liv, og definere sine egne mål og behov (Kristoffersen et al., 2016b, s. 351–352). I empowermentttenkningen er det fokus på at pasienten skal gå fra å være en tradisjonell mottaker av helsehjelp, til å være en aktiv deltaker. Sett i denne sammenheng kan empowermentttenkningen representere et rammeverk for helsefremming (Tveiten, 2016, s. 27). I et helsefaglig perspektiv handler empowerment om at helsepersonell skal bidra til å styrke pasientens egne ressurser (Kristoffersen et al., 2016b, s. 353).

## 4.2. Sykepleieteori

### 4.2.1 Joyce Travelbee om sykepleie og samhandling

Joyce Travelbee sin sykepleieteori beskriver sykepleie med hovedvekt på samhandling mellom mennesker (Kristoffersen et al., 2016b, s. 28–29). Travelbee definerer sykepleie som en mellommenneskelig prosess mellom sykepleier og pasient. I denne prosessen har sykepleier ansvar for å etablere en relasjon, et menneske-til-menneske-forhold. Det er dette forholdet som ligger til grunn for sykepleierens evne til å hjelpe den andre å forebygge eller mestre erfaringer knyttet til sykdom og lidelse (Kristoffersen et al., 2016b, s. 29–31; Travelbee, 2001, s. 41–42).

Travelbee beskriver at etableringen av et menneske-til-menneske forhold skjer gjennom fem faser, der fokus på god kommunikasjon sentral i alle faser. De fem fasene består av: 1) Det innledende møtet. Her kjenner ikke pasient og sykepleier hverandre og de baserer seg stereotypiske oppfatninger av hverandre. 2) Framveksten av identiteter. I denne fasen

ser sykepleier og pasienten hverandre som mer særegne personer, og sykepleier begynner å forstå mer av pasientens situasjon. Travelbee trekker fram at sykepleieren trenger å kunne «se» pasienten som en unik person, og ikke bare som en «pasient». Hvis sykepleier ikke «ser» pasienten som et eget menneske, kan hun ikke virkelig forstå hvordan pasienten har det, og da blir omsorgen mekanisk og upersonlig. 3) Empati. Begrepet empati er viktig i Travelbee sin tenkning. Med opplevelsen av empati mener Travelbee at man evner å ta del i den psykiske situasjonen en annen person er i. Om sykepleier har empati med en pasient i en gitt situasjon, da oppleves det nærhet og kontakt, som er viktig for en god relasjon. I tillegg gir det sykepleier mer forståelse av pasientens indre opplevelse av situasjonen, som er nyttig informasjon for å kunne hjelpe pasienten. 4) Sympati. Sympati er et ønske om å hjelpe den andre på grunnlag av innsikten man får ved opplevelsen av empati med pasienten. Ved opplevelsen av empati forstår man hvordan den andre har det, mens ved opplevelsen av sympati føler man hvordan den andre har det, og ønsker å hjelpe. 5) Etablering av gjensidig forståelse og kontakt. Denne fasen er produktet av de forrige fasene (Kristoffersen et al., 2016b, s. 32–34).

En profesjonell sykepleier kjennetegnes ifølge Travelbee av sykepleiers evne til å bruke seg selv terapeutisk, der hensikten er å fremme ønskede endringer hos pasienten. Disse endringene er terapeutiske når de bidrar til reduksjon og/eller lindring av pasientens plager (Kristoffersen et al., 2016b, s. 35). Terapeutisk bruk av seg selv fordrer at en er bevisst på hvordan en bruker sin egen personlighet som verktøy i samhandling med pasienten. I tillegg fordrer det at sykepleier er bevisst på hvordan egen atferd og kommunikasjon påvirker pasienten og motsatt; hvordan sykepleier kan bli påvirket av pasientens atferd. Egenskaper som selvinnsikt og selvforståelse, i tillegg til god forståelse av menneskelig atferd er viktige for å kunne bruke seg selv terapeutisk (Kristoffersen et al., 2016b, s. 35; Travelbee, 2001, s. 44–46).

## 5. Diskusjon

### 5.1. Introduksjon

I dette kapittelet ønsker jeg å drøfte min problemstilling gjennom innsamlet teori og forskning. Først vil det drøftes hvordan sykepleier kan tilnærme seg pasienten på en helsefremmende måte. Deretter vil det drøftes hvilke tiltak som er hensiktsmessige å utføre for å fremme mestring mens pasienten er innlagt på sykehus. Her vil det også drøftes rundt mestring av angst i sammenheng med kols. Videre vil drøftingen ta for seg hvordan man kan fremme mestring og egenomsorg når pasienten er hjemme. Til sist oppsummeres viktige elementer fra drøftingen. Min problemstilling lyder slik:

**Hvordan kan sykepleier med en helsefremmende tilnærming fremme mestring av hverdagen hos pasienter med diagnosen kols?**

### 5.2. Hvordan tilnærme seg pasienten på en helsefremmende måte?

Kols kan ha store konsekvenser for pasientene (Bakkeland et al., 2016, s. 136-139). Utfordringer tilknyttet blant annet dyspné, engstelse og nedsatt aktivitetsevne påvirker pasientene på alle områder i livet, deriblant det fysiske, psykiske, sosiale og åndelige plan

(Kristoffersen et al., 2016a, s. 110–111). I hverdagen har pasientene mye egenansvar når det gjelder håndtering av egen sykdom (Bakkeland et al., 2016, s. 171). Ifølge flere studier opplever mange pasienter med kols at de har lite kunnskap om egen sykdom (Sigurgeirsdottir et al., 2019; Uchmanowicz et al., 2016). Sigurgeirsdottir et al. (2019) nevner i sin studie at pasientene opplevde at de måtte takle en hverdag med lite informasjon om sin sykdom, mens Uchmanowicz et al. (2016) poengterte at 58% av pasientene i deres studie oppga å vite lite om sin sykdom. Dette kan tyde på at det er et større behov for undervisning til denne pasientgruppen.

Ifølge Bakkeland et al. (2016) er det avgjørende for pasientenes evne til egenomsorg og mestring i hverdagen at de har gode kunnskaper om flere forskjellige områder tilknyttet egen sykdom. For å fremme mestring blir det da aktuelt å utforske hva pasientene har behov for av blant annet undervisning. I denne oppgaven er det valgt å se hvordan sykepleier med en helsefremmende tilnærming kan fremme mestring hos pasienter med kols. Derfor blir det aktuelt å først se på hvordan tilnærme seg pasientene på en helsefremmende måte.

### 5.2.1. Helsefremmende tilnærming: Et fokus på samhandling

Helsefremmende arbeid er en prosess som fordrer en stor grad av samhandling mellom pasienten og helsepersonellet (Haugan & Rannestad, 2014, s. 207–208; Kristoffersen et al., 2016b, s. 354). En helsefremmende tilnærming har som mål å gi pasienten økt kontroll over de forhold som påvirker deres egen helse, og i tillegg styrke deres ressurser til å mestre helserelaterte utfordringer (Kristoffersen et al., 2016b, s. 354; Tveiten, 2016, s. 22). Det er flere viktige elementer innen helsefremming som trekkes frem i litteraturen. Disse elementene er; god samhandling med fokus på medbestemmelse og empowerment, relasjonsbygging, tillit og kommunikasjon mellom pasient og helsepersonell, mestringsstøtte og at pasienten har en opplevelse av sammenheng i tilværelsen (Eide & Eide, 2017, s. 16–18; Gammersvik & Larsen, 2018, s. 161; Haugan & Rannestad, 2014, s. 207–208; Kristoffersen et al., 2016b, s. 351–352; Tveiten, 2016, s. 27).

Når man i denne sammenheng skal utforske hvordan sykepleier mest hensiktsmessig kan gå fram i sin tilnærming for å fremme helse og mestring, blir det naturlig å trekke fram Joyce Travelbee sin definisjon av sykepleie. Travelbee (2001) hevder at sykepleie er en mellommenneskelig prosess som bygger på etablering av et menneske-til-menneske forhold der empati, sympati, kommunikasjon, tillit og anerkjennelse av den andre som en unik person er sentrale elementer. Dette er en definisjon som samsvarer med flere viktige elementer innen helsefremmende tenkning, og er et godt utgangspunkt for en helsefremmende tilnærming. Ved å danne en god relasjon til pasienten kan sykepleier komme i posisjon til å fremme helse og mestring. Videre trekker Travelbee fram at en sykepleier som bruker seg selv terapeutisk for å hjelpe den andre, har større mulighet for å fremme gunstige endringer hos pasienten (Kristoffersen et al., 2016b, s. 28–35).

En studie som så på effekten av en helsefremmende tilnærming i sammenheng med undervisning poengterte viktigheten av varme og støttende tilnærming (Ji et al., 2019). Ji et al. (2019) vektla at pasientene skulle møtes med vennlighet, anerkjennelse og støttende holdninger. Kommunikasjonen skulle være oppmuntrende og ha fokus på hva pasienten selv følte behov for å snakke om, slik at pasienten fikk mest mulig utbytte av den helsefremmende samhandlingen. Haugan og Rannestad (2014) utforsker hvilke egenskaper og holdninger sykepleier må utvise for å fremme helse. De trekker fram mental og fysisk tilstedeværelse, bekreftende nærvær, aktiv lytting, bevissthet rundt bruk av både

verbal og non-verbal kommunikasjon, vennlighet, varsomhet og respekt (Haugan & Rannestad, 2014, s. 207–208).

Videre vektlegges det innen teori om helsefremming at makten skal overføres fra helsepersonellet til pasienten. Det er pasienten selv som vet best hva som er god helse i deres liv (Kristoffersen et al., 2016b, s. 351–354; Tveiten, 2016, s. 22). Det blir da blant annet sykepleierens oppgave å utforske, i samhandling med pasienten, hvilke behov og ønsker pasienten har, og deretter utforme relevante tiltak. I en kvalitativ studie av Sigurgeirsdottir et al. (2019) poengteres verdien av å identifisere og kartlegge pasientenes behov og egne mestringsstrategier. Studien av Sigurgeirsdottir et al. (2019) beskriver flere selvrapporterte behov som pasienter med kols har oppgitt at de har, og hvilke mestringsstrategier de tar i bruk for å håndtere sine behov. Behovene omhandler blant annet håndtering av dyspné, redselen for mulig dyspné, angst, bitterhet og redusert selvstendighet i en endret hverdag. Pasientene i studien oppga at de hadde behov for mer kunnskap om egen lidelse, og at de satte pris på ærlighet når det kom til egen prognose. Videre ble viktigheten av tillit, trygghet, gode relasjoner til helsepersonellet og kontinuitet med tanke på oppfølging i forhold til helsetjenesten tatt opp.

Ettersom helsefremmende tenkning bygger på en holistisk forståelse av mennesket, fordrer det at sykepleier prøver å se vidt i møtet med pasienten, og ikke kun fokuserer på enkelte aspekter av situasjonen (Gammersvik & Larsen, 2018, s. 138–140). Ut fra egen erfaring fra praksisfeltet er det ikke alltid enkelt å få mulighet til å se hele pasientens situasjon når de blir innlagt på sykehus med akutt forverring av kols. Hvordan kan man da gå fram for å fremme mestring og helse i pasientens hverdag mens de er innlagt?

### 5.3. Hvordan fremme mestring mens pasienten er innlagt?

Pasienter innlagt med forverring av kols opplever økt grad av dyspné og åndenød, noe som kan føre til redusert allmenntilstand og økt utmattelse (Bakkelund et al., 2016, s. 134). Ut fra egen erfaring kan det oppleves utfordrende å skulle tenke helsefremmende når pasienter med kols er innlagt med akutt forverring. Hovedfokuset blir å redusere pasientenes symptomer og behandle de underliggende årsakene til forverringen. Det er først når pasientenes tilstand er mer stabil at det er gunstig å begynne å tenke helsefremmende. I tillegg kan man ved å forebygge mot videre komplikasjoner, legge til rette for helsefremmende arbeid (Kristoffersen et al., 2016b, s. 354; Mæland, 2010, s. 18–23)

Å fremme mestring i hverdagen når pasienten er innlagt fordrer at man først skaffer seg en oversikt over hvilke behov pasientene har, og hvordan de har håndtert disse behovene i hverdagen. Ifølge Bakkelund et al. (2016) kan sykepleier skape rom for at pasienten kan uttrykke sine tanker og behov ved å stille åpne spørsmål, lytte aktivt og vise at en har tid og at en er tilgjengelig. Gjennom samtale med pasientene kan sykepleier kartlegge hvordan pasientene har det hjemme, hvilke behov de har og ut fra dette legge grunn for videre tiltak for å fremme mestring og helse for pasientene. Det finnes flere forskjellige screeningverktøy som man kan benytte for å evaluere forskjellige sider ved pasientenes situasjon. I sammenheng med depresjon og angst kan man bruke Montgomery and Aasberg depression rating scale (MADRS) og Hospital Anxiety and Depression scale (HADS) (Bakkelund et al., 2016, s. 148–170; Bove et al., 2016; Uchmanowicz et al., 2016). For å vurdere påvirkningen sykdommen har på livsutfoldelsen til pasienten kan man ta i bruk Kols Vurderingstest (CAT)(Bakkelund et al., 2016, s. 148).

### 5.3.1. Kartlegging av psykososiale behov og håndtering av angst

Ifølge Bakkeland et al. (2016) er det viktig å kartlegge pasientenes psykososiale behov, deriblant tilknyttet angst, depresjon, livskvalitet og livsutfoldelse. Det er flere studier som trekker fram viktigheten av en psykososial kartlegging i tillegg til fysiske evalueringer av pasienter med kols (Galić et al., 2019; Helvaci et al., 2020; Uchmanowicz et al., 2016). Ifølge Galić et al. (2019) er det en signifikant korrelasjon mellom angst og depresjon hos pasienter med kols. Studien på kols som en stressfaktor som øker muligheten for å utvikle alvorlig angst og depresjon. Uchmanowicz et al. (2016) viser i sin studie forholdet mellom graden av aksept av egen sykdom og angst og depresjon hos pasienter med kols. Ifølge Uchmanowicz et al. (2016) er det større sjans for å utvikle depresjon om pasienten ikke aksepterer sin situasjon. Dette kan peke på viktigheten av å kartlegge graden av aksept hos pasienter med kols. Viktigheten av et psykososialt fokus poengteres også i studien av Helvaci et al. (2020). De viste i sin studie at pasienter med en større opplevelse av åndelig velvære hadde mindre symptombyrde. De pasientene som hadde det bedre psykisk hadde bedre evne til egenomsorg med tanke på å ta medisinene som foreskrevet fra legen. Overnevnte studier tyder på at et psykososialt fokus kan ha innvirkning på flere sider av pasientenes liv, spesielt omhandlende angst for pasienter med kols.

Et viktig tiltak med tanke på psykososiale behov er kartlegging og mestring av angst, ettersom dette fører til store påkjenninger hos pasientene (Bakkeland et al., 2016, s. 170; Kristoffersen et al., 2016a, s. 110-111). Et av de vanligste symptomene pasienter med kols opplever er dyspné, og opplevelsen at de ikke får puste (Wyller, 2014, s. 386). Det er naturlig å bli redd når man ikke får puste, men for pasienter med kols kan denne frykten utvikle seg til angst om de ofte opplever åndenød som de ikke klarer å håndtere. Angsten kan føre til at de unngår å utføre aktiviteter som kan føre til dyspné. Dette er igjen noe som fører til økt reduksjon av deres fysiske yteevne slik at de igjen lettere blir tung i pusten av mindre belastninger (Kristoffersen et al., 2016a, s. 110-111). I tillegg mobiliserer angst store ressurser i kroppen, blant annet forhøyet respirasjonsfrekvens, som fører til at man fort blir utmattet (Håkonsen, 2014, s. 299). Dette er ugunstig hos denne pasientgruppen ettersom de allerede har redusert lungekapasitet. Den ekstra påkjenningen fører til forsterket følelse av åndenød (Kristoffersen et al., 2016a, s. 110-111).

Videre vil et viktig tiltak være å hjelpe pasientene å håndtere angsten når den inntreffer. Det er viktig at sykepleier opptrer rolig og varsomt, og gir pasientene tid (Bakkeland et al., 2016, s. 170-171). Rolig og støttende tilnærming er også poengtert som viktig for å redusere angst i studien av Ji et al. (2019). Ved å gi pasientene rom til å snakke om sine følelser og tanker rundt sin opplevelse av angst og redsel, kan sykepleier vise støtte og skape trygghet. Anerkjennelse og forståelse ovenfor hvordan pasientene opplever situasjonen er viktig for å kunne hjelpe pasientene å finne gunstige mestringsstrategier. Psykososial støtte er derfor et viktig tiltak for å redusere angst og forbedre livskvaliteten hos pasienter med kols (Bakkeland et al., 2016, s.170-171).

For å fremme mestring i hverdagen og pasientens egenomsorg er det viktig å gi pasienten ressurser for å kunne håndtere angsten best mulig (Bakkeland et al. 2016, s. 170-171). Sigurgeirdottir et al. (2019) poengterte at når det kom til hvordan pasientene taklet angst og dyspné ble prokrastinering (utsettelses-atferd) og redusert deltagelse i dagliglivets aktiviteter og sosiale aktiviteter trukket fram. Her prøver pasientene å mestre problemet ved i hovedsak å unngå den angstutløsende faktoren, dyspné. Dette gjøres ved å redusere aktivitetsnivået, som videre fører til redusert sosial livsutfoldelse. Dette er en form for kombinert problemfokuseret og følelsmessig fokusert mestringsatferd som nok ikke er den beste metoden for å mestre angst og dyspné. Det er tidligere nevnt ugunstig at

pasienter med kols reduserer aktivitetsnivået, ettersom dette har negativ effekt på den fysiske yteevnen (Kristoffersen et al., 2016a, s. 110). Da er heller de forslagene Sigurgeirdottir et al. (2019) kommer med mer gunstige med tanke på mestring av angst og dyspné. De trekker fram undervisning med fokus på pusteøvelser, undervisning med mål om å styrke pasientenes selvtillit og generelt et økt fokus på brukermedvirkning i undervisningen. Disse strategiene blir også brukt i en studie av Ji et al. (2019) der slike undervisningsstrategier viste seg å ha reduserende effekt på både angst og fatigue.

### 5.3.2. Undervisning og veiledning

Med tanke på undervisning som tiltak for å fremme mestring er det flere studier som har sett på hvordan utføre undervisning og veiledning til pasienter med kols (Bove et al., 2016; Ji et al., 2019; Karasu & Aylaz, 2020). Bove et al. (2016) og Karasu og Aylaz (2020) sine studier så mer på hvordan fremme helse mens pasienten er hjemme, mens Ji et al. (2019) også hadde fokus på tiltak som kunne gjøres når pasienten var innlagt.

Ji et al. (2019) studerte effekten et helsefremmende undervisningsprogram hadde på angst og fatigue hos pasienter innlagt med akutt forverring av kols. Studien beskrev et undervisningsprogram som foregikk både under innleggelsen og i seks uker etter utskrivelse. Dette var et undervisningsprogram der de sakte bygget opp pasientenes kunnskaper ved å først undervise dem i hvordan kols påvirker kroppen, psyken, det sosiale liv og familielivet. Først etter å ha forsikret seg om at pasientene forsto dette, begynte de å undervise praktiske teknikker. Dette viste seg å ha signifikant effekt ved at pasientene fikk redusert sin opplevelse av angst og fatigue (Ji et al., 2019). Praktiske hoste -og pusteteknikker er ressurser som pasienten kan bruke for å lette sine symptomer, noe som kan hjelpe dem å håndtere angsten. Ved at pasientene utvikler ferdigheter som gir dem økt kontroll i skremmende situasjoner, kan opplevelsen av angst reduseres slik at den er mulig å håndtere og forstå (Bakkeland et al., 2016, s. 170-171).

I studien av Ji et al. (2019) ble det videre lagt vekt på at pasientene skulle være mest mulig medvirkende i undervisningen, og de ble oppfordret til å inkludere sine pårørende (Ji et al., 2019). Brukermedvirkning og empowerment er en viktig del av helsefremmende og helsepedagogisk arbeid. Ved å styrke pasientenes ressurser og deltakelse i undervisningen kan en fremme økt opplevelse av kontroll og egenomsorg hos pasienten (Kristoffersen et al., 2016b, s. 351-354; Tveiten, 2016, s. 21-22).

Som vist i studien av Ji et al. (2019) er det mulig å utføre undervisning for pasientene mens de er innlagt på sykehus. Det som kan være utfordrende er hvordan planlegge og tilrettelegge undervisningen i denne situasjonen. Det vil da kunne være gunstig at sykepleier bruker tid på å kartlegge faktorer som kan påvirke undervisningen, og deretter planlegge i samråd med pasienten hvilket innhold undervisningen burde ha. I slike situasjoner kan det være hensiktsmessig å ta i bruk den didaktiske relasjonsmodellen for å skreddersy et best mulig tilbud til pasienten (Tveiten, 2016, s. 83-88). Det ble ikke belyst i studien av Ji et al. (2019) om de planla og tilrettela undervisningen individuelt for hver pasient. I klinisk praksis er det derimot gunstig å tilrettelegge for hver enkelt pasient med tanke på hvordan undervisningen skal foregå. Når pasientene er innlagt med forverring av kols kan tilstanden deres variere, og da er det viktig å tilpasse undervisningen slik at de får mest mulig utbytte av den. Spørsmålene videre blir da 1) hvordan skal man så kunne fremme mestring i etterkant av innleggelsen, og 2) hvilke oppfølgingstilbud er mulige?

## 5.4. Hvordan fremme mestring etter utskrivelse?

Det finnes flere tilbud og metoder for å fremme helse og mestring hos pasientene etter utskrivelse fra sykehus. Mange pasienter har behov og nytte av hjemmesykepleien og regelmessige oppfølgingstimer hos fastlegen. Kontinuitet i helsehjelpen er noe pasienter med kols oppgir å ha et behov for, og oppgir at det fører til trygghet og tillit i relasjonen med helsepersonellet (Sigurgeirsdóttir et al., 2019). Videre med tanke på styrking av egenomsorg kan pasientene få utarbeidet en egenbehandlingsplan av lege og sykepleier, der de får klare retningslinjer angående hvilke medisiner de skal ta, hvordan de skal tas og til hvilket tidspunkt. Denne planen gir dem også instruksjoner til hvordan de kan håndtere forverringer av sin sykdom. En slik egenbehandlingsplan fordrer at pasienten har god innsikt og kunnskap om egen sykdom og symptomer, noe ikke alle pasienter med kols har. God undervisning er også her et viktig tiltak for at en slik ordning kan tas i bruk (Bakkelund et al., 2016, s. 171). Det er videre interessant å se hvordan en sykepleier kan, med fokus på å fremme helse og mestring, bidra til økt kunnskap og egenomsorg til denne pasientgruppen i hjemmet.

### 5.4.1. Helsefremmende undervisning i hjemmet

Flere studier har undersøkt hvordan man kan utføre hjemmeundervisning til pasienter med kols (Bove et al., 2016; Ji et al., 2019; Karasu & Aylaz, 2020). Ji et al. (2019) belyste i sin studie et helsefremmende undervisningsprogram der undervisningen startet mens pasientene var innlagt og fortsatte deretter i seks uker etter utskrivelse. I løpet av de seks ukene fikk pasientene telefonkonsultasjoner to ganger i uka den første uka, deretter ett hjemmebesøk etter to uker og videre tilbud om ett hjemmebesøk i uka. Studien viste at et slikt hjemmeundervisningstilbud rett etter utskrivelse fra sykehus var et godt tiltak med tanke på reduksjon av angst og fatigue (Ji et al., 2019). Dette støttes av Tveiten (2016) som hevder at det ikke er uvanlig at pasienter med mye angst og smerte kan ha redusert evne til å nyttiggjøre seg av informasjon og undervisning. Derfor kan det være nyttig å gjenta undervisning og veiledning når pasientens tilstand er forbedret, for eksempel når de er kommet hjem (Tveiten, 2016, s. 86).

Karasu og Aylaz (2020) brukte i sin studie en helsefremmende modell som grunnlag for sin helsefremmende intervensjon. I denne studien var ikke undervisningsprogrammet like intensivt som studien av Ji et al. (2019), men her var pasientutvalget pasienter med kols, og ikke pasienter med kols som nettopp hadde opplevd akutt forverring. Karasu og Aylaz (2020) fokuserte på undervisning som skulle fremme mening og egenomsorg hos pasientene. Denne intervensjonen, som ble utført av sykepleiere, baserte seg på tre hjemmebesøk i løpet av tre måneder der pasientene fikk en kombinasjon av undervisning og pleie av sine behov. Undersøkelsen viste at strukturerte hjemmebesøk der sykepleieren fokuserte på å styrke pasientenes egne ressurser, i tillegg til å yte nødvendig helsehjelp, hadde effekt på pasientenes opplevelse av mening i livet og deres evne til egenomsorg (Karasu & Aylaz, 2020). Denne studien var spesiell da den ønsket å se direkte på pasientenes opplevelse av mening i livet, en faktor som ikke er direkte nevnt i noen av de andre studiene.

Begrepet mening går igjen innen helsefremmende tenkning, og spesielt innen det salutogene begrepet «opplevelse av sammenheng» (OAS) (Gammersvik & Larsen, 2018, s. 161; Haugan & Rannestad, 2014, s. 30; Kristoffersen et al., 2016c, s. 52; Tveiten, 2016, s. 18). At en person har «OAS» i tilværelsen betyr at de opplever livet som håndterbart, meningsfullt og forståelig. Personer med en sterk «OAS» har derfor et større grunnlag for å mobilisere ressurser og mestre utfordringer, enn personer som ikke har det (Tveiten, 2016, s. 18). Dette viser at for at sykepleier skal kunne fremme mestring fordrer det at



man først fokuserer på at pasienten skal oppleve sin situasjon som forståelig, at de klarer å håndtere den, og at den gir mening. Ifølge Karasu og Aylaz (2020) kan strukturerte hjemmebesøk føre til økt kunnskap og egenomsorg, i tillegg til en økt opplevelse av mening.

Bove et al. (2016) viste i sin studie at en minimal hjemmebasert psykoedukativ intervensjon kan føre til redusert angst hos pasienter med langtkommen kols. De andre studiene av Ji et al. (2019) og Karasu og Aylaz (2020) spesifiserte ikke noen alvorlighetsgrad hos sine pasientgrupper. Bove et al. (2016) var en studie der de bruke prinsipper for kognitiv atferdsterapi for å hjelpe pasientene til å lære seg å endre tankemønster når de opplevde angst. Intervensjonen besto av ett møte på én time hjemme hos pasientene, og deretter en støttesamtale over telefon noen uker senere. Dette er en form for problemfokustert mestring som kan være mer gunstig for disse pasientene enn å fokusere på å fjerne problemet, da symptomene hos pasienter med langtkommen kols er så fremtredende at de kan sies å være konstante. Da kan en tankemessig endring være mer hensiktsmessig (Håkonsen, 2014, s. 259–260). Videre kan dette være et godt tilbud til de pasientene som har så alvorlige symptomer at mer intensive undervisningstilbud ville virket mot sin hensikt (Bove et al., 2016).

#### 5.4.2. Lungerehabilitering som tilbud for å fremme mestring

Videre skal lungerehabilitering som oppfølgingstilbud utforskes. Dette er et tilbud til pasienter med kols med mål om å øke mestring i hverdagen. Det går ofte ut på at pasienten er med på et program som inkluderer økt fokus på livsstilsendring, fysisk trening og undervisning, i tillegg til medisinsk behandling (Bakkelund et al., 2016, s. 177). Dette er et tilbud som man i Norge i hovedsak henvises til av fastlege (St. Olavs Hospital, 2020). I denne prosessen kan sykepleiers observasjoner, kartlegging og dokumentasjon av pasientens tilstand og behov ha stor verdi. Både kartlegging gjort ved innleggelse av sykehus og kartlegging gjort hjemme kan være med på å hjelpe fastlegen i å utarbeide best mulig tilbud til pasienten.

Puhan et al. (2016) har i sin systematiske oversiktsartikkel undersøkt 20 studier som har fokus på effekten av lungerehabilitering av pasienter med kols etter en akutt forverring av deres sykdom. Studiene så på effekten lungerehabilitering hadde på antall reinnleggelser, dødelighet, helse relatert livskvalitet og aktivitetsevne. Puhan et al. (2016) trekker fram at lungerehabiliteringen hadde moderat til stor effekt på pasientenes helse relaterte livskvalitet og aktivitetsevne. Både livskvalitet og aktivitetsevne er begge faktorer som kan føre til økt mestring og opplevelse av god helse. Studien opplyste videre at det var usikkert om lungerehabiliteringen hadde noen effekt på reinnleggelser og dødelighet, da de forskjellige studiene utførte rehabiliteringen på ulike måter. Det var store variasjoner i lengden på rehabiliteringsprogrammene, hvilket treningsopplegg de brukte og mengden trening (Puhan et al., 2016).

Ifølge St. Olavs Hospital (2020) sine nettsider er dette er også fremtredende i informasjonen om lungerehabilitering i Norge. I Norge er det flere sykehus og institusjoner som tilbyr denne behandlingen, men hvordan rehabiliteringen utføres ved de forskjellige institusjonene varierer (St. Olavs Hospital, 2020). Puhan et al. (2016) så på studier fra flere land, men kom fram til at lungerehabilitering har god effekt på livskvalitet og aktivitetsevne hos pasienter med kols, til tross for varierende rehabiliteringsopplegg (Puhan et al., 2016). Det kan derfor være et godt tilbud for mange pasienter som ikke føler at de mestrer sin situasjon optimalt, eller har behov for mer oppfølging og kunnskap. Det er viktig at sykepleiere som jobber med denne pasientgruppen har kunnskap om hvilke tilbud som finnes og hvordan de skal gå fram for at pasientene får et best tilpasset tilbud.

Dette for å fremme deres overordnede helse og mestringsevne (Bakkeland et al., 2016, s. 171).

Ifølge St. Olavs Hospital sine nettsider finnes det i dag tilbud om lungerehabilitering ved Helse Sør-Øst og Helse Vest (St. Olavs Hospital, 2020). Dette kan føre til at mange pasienter ikke har mulighet å delta, med tanke på blant annet lang reisevei til behandlingsstedet. Dette får konsekvenser for sykepleien ved at sykepleier må samhandle med både pasient og andre yrkesgrupper om hvordan best få gjennomført denne behandlingen. Alternativt må man finne andre tilbud pasienten kan ha nytte av nærmere hjemstedet. Det viktig at sykepleier setter seg inn i hvilke tilbud pasientens hjemkommune tilbyr (Bakkeland et al., 2016, s. 171). Ifølge studien av Bove et al. (2016) hadde pasientene som fikk hjemmeundervisning mer nytte av dette med tanke på angst og mestring, enn pasientene i kontrollgruppen, som blant annet gjennomførte lungerehabilitering. Pasientutvalget i denne studien besto av pasienter med langtkommen kols, så det utelukker ikke effekten lungerehabilitering kan ha for pasienter med mindre alvorlig kols. Derfor kan lungerehabilitering være noe sykepleier kan informere pasientene om, slik at man sammen kan komme fram til om dette kan ha positiv effekt for pasientens behov.

## 5.5. Oppsummering

En helsefremmende sykepleietilnærming baserer seg på samhandling, tillit, personorientert kommunikasjon, brukermedvirkning og fokus på hvilke behov og mestringsstrategier pasienten. Dette for å kunne utarbeide tiltak for å fremme helse og mestring. Videre har det blitt drøftet hvordan sykepleier kan jobbe for å fremme mestring både under innleggelse og etter utskrivelse, med fokus på kartlegging av behov og vurdering av undervisningsopplegg. Det har i løpet av denne bacheloroppgaven blitt drøftet flere undervisningsopplegg som hadde som mål å styrke pasientens egenomsorg, opplevelse av mening og mestring, samt å redusere opplevelsen av angst og fatigue. Undervisningsoppleggene som er drøftet er nevnt i tabell «5-1 Undervisningsopplegg». Det ble også drøftet rundt muligheten av å bruke lungerehabilitering som oppfølgingstilbud etter utskrivelse. Til sist ble sykepleierens viktige rolle i vurderingen av mulige egnede oppfølgingstilbud belyst

**Tabell 5-1 Undervisningsopplegg**

<b>Undervisningsopplegg</b>	<b>Utført av:</b>
1. Helsefremmende undervisning under innleggelse og i etterkant av pasienter med akutt forverring av kols.	Mei Ji, Ai-Hong Wang, Jun Ye, Ya-Hui Shen, Chun-Mei Chen, Chen Yu, & Li-Fang Li. (2019). Effects of the health belief model following acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease in a hospital in China. <i>Journal of Thoracic Disease</i> , 11(8), 3593-3598. DOI: <a href="https://doi.org/10.21037/jtd.2019.07.40">10.21037/jtd.2019.07.40</a>
2. Helsefremmende undervisning og pleie i hjemmet hos pasienter med kols.	Karasu, F. & Aylaz, R. (2020). Evaluation of meaning of life and self-care agency in nursing care given to chronic obstructive pulmonary patients according to health promotion model. <i>Applied Nursing Research</i> , 51.

	DOI: <a href="https://doi.org/10.1016/j.apnr.2019.151208">https://doi.org/10.1016/j.apnr.2019.151208</a>
3. Minimalistisk hjemmebasert psykoedukativ intervensjon hos pasienter med langtkommen kols.	Bove, D. G., Lomborg, K., Jensen, A. K., Overgaard, D., Lindhardt, B. Ø., & Midtgaard, J. (2016). Efficacy of a minimal home-based psychoeducative intervention in patients with advance COPD: A randomized controlled trial. <i>Respiratory Medicine 121</i> , 109-116. DOI: <a href="https://doi.org/10.1016/j.rmed.2016.11.009">https://doi.org/10.1016/j.rmed.2016.11.009</a>

## 6. Konklusjon

### **Hvordan kan sykepleier med en helsefremmende tilnærming fremme mestring av hverdagen hos pasienter med diagnosen kols?**

En helsefremmende sykepleietilnærming som skal fremme mestring i hverdagen for pasienter med kols, innebærer at man må møte pasienten som en unik person med unike behov. Dette kan være krevende i en hektisk hverdag, både på sykehus og i kommunehelsetjenesten. Sykepleier må være bevisst sin tilnærming, og hvordan tilnærmingen påvirker pasienten. Pasienter med kols kan ha mange individuelle utfordringer, noe sykepleier må være bevisst på med tanke på å fremme mestring hos den enkelte. Dette får konsekvenser for sykepleien ved at all kartlegging og undervisning må tilpasses den enkelte. Det må være stort fokus på hva pasienten ser på som god helse, og hvilke behov og ressurser de har. God kommunikasjon og evnen til å bruke seg selv terapeutisk er viktig i en helsefremmende tilnærming. Det er konkretisert flere måter å utføre undervisning på, både når pasienten er innlagt og i etterkant (se Tabell 5-1). I tillegg er det belyst at lungerehabilitering som oppfølgingstilbud hadde god effekt på livskvalitet og aktivitetsnivå hos noen pasienter med kols, mens for pasienter med langtkommen kols kunne det være mer gunstig med andre tilbud. Det er pasientens behov som skal ligge til grunn for den faglige vurderingen sykepleier utfører med tanke på undervisning og veiledning.

# Referanser

- Aarre, T. F. (2018). *Psykatri for helsefag*. 2. utg. Bergen: Fagbokforlaget.
- Bakkelund, J., Thorsen, B. H., Almås, H., Storknæs, A. D., & Grønseth, G. (2016). Sykepleie ved lungesykdommer. I Stubberud, D., Grønseth, G., & Almås, H (Red.), *Klinisk sykepleie: 1*. Bd. 1. 5. utg. (s.118-182). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bove, D. G., Lomborg, K., Jensen, A. K., Overgaard, D., Lindhardt, B. Ø., & Midtgaard, J. (2016). Efficacy of a minimal home-based psychoeducative intervention in patients with advanced COPD: A randomised controlled trial. *Respiratory Medicine*, *121*, 109–116. <https://doi.org/10.1016/j.rmed.2016.11.009>
- Eide, H., & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: Personorientering, samhandling, etikk* (3. utg., s. 420). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Folkehelseinstituttet. (2018). Nye beregninger: 150 000 har kols. Hentet 30. april 2020, fra Folkehelseinstituttet website: <https://www.fhi.no/nyheter/2018/150-000-har-kols/>
- Galić, K., Dodaj, A., Čorluka-Čerkez, V., Lasic, V., Pejić, R., Šimić, J., & Vukojević, M. (2019). Study of depression and anxiety in patients with asthma and chronic obstructive pulmonary disease. *Psychiatria Danubina*, *31*(Suppl 1), 112–117.
- Gammersvik, Å., & Larsen, T. B. (2018). *Helsefremmende sykepleie: I teori og praksis* (2. utg., s. 284). Bergen: Fagbokforl.
- Haugan, G., & Rannestad, T. (2014). *Helsefremming i kommunehelsetjenesten* (s. 301). Oslo: Cappelen Damm.
- Helvacı, A., Izgu, N., & Ozdemir, L. (2020). Relationship between symptom burden, medication adherence, and spiritual well-being in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Clinical Nursing*, <https://doi.org/10.1111/jocn.15251>
- Håkonsen, K. M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser* (5. utg., s. 454). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Ji, M., Wang, A.-H., Ye, J., Shen, Y.-H., Chen, C.-M., Yu, C., & Li, L.-F. (2019). Effects of the health belief model following acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease in a hospital in China. *Journal of Thoracic Disease*, *11*(8), 3593–3598. <https://doi.org/10.21037/jtd.2019.07.40>
- Karasu, F., & Aylaz, R. (2020). Evaluation of meaning of life and self-care agency in nursing care given to chronic obstructive pulmonary patients according to health promotion model. *Applied Nursing Research*, *51*, 151208. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2019.151208>

- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A., & Grimsbø, G. H. (2016a). *Grunnleggende behov* (3. utg., s. 422). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A., & Grimsbø, G. H. (2016b). *Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., s. 462). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A., & Grimsbø, G. H. (2016c). *Sykepleie—Fag og funksjon* (3. utg., s. 386). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Mæland, J. G. (2010). *Forebyggende helsearbeid: Folkehelsearbeid i teori og praksis* (3. utg., s. 234). Oslo: Universitetsforl.
- Puhan, M. A., Gimeno-Santos, E., Cates, C. J., & Troosters, T. (2016). Pulmonary rehabilitation following exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (12). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005305.pub4>
- Sigurgeirsdottir, J., Halldorsdottir, S., Arnardottir, R. H., Gudmundsson, G., & Bjornsson, E. H. (2019). COPD patients experiences, self-reported needs, and needs-driven strategies to cope with self-management. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Volume 14*, 1033-1043. <https://doi.org/10.2147/COPD.S201068>
- St. Olavs Hospital. (2020). Lungerehabilitering i Norge. Hentet 18. mai 2020, fra St. Olavs hospital website: <https://stolav.no/fag-og-forskning/kompetansetjenester-og-sentre/nasjonal-kompetansetjeneste-trening-som-medisin/kols/lungerehabilitering-i-norge>
- Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (s. 287). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Tveiten, S. (2016). *Helsepedagogikk: Pasient- og pårørendeopplæring* (s. 233). Bergen: Fagbokforl.
- Uchmanowicz, I., Jankowska-Polanska, B., Motowidlo, U., Uchmanowicz, B., & Chabowski, M. (2016). Assessment of illness acceptance by patients with COPD and the prevalence of depression and anxiety in COPD. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease, 11*(1), 963-970. Doi: <https://doi.org/10.2147/COPD.S102754>
- World Health Organization. (2017). Chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Hentet 30. april 2020, fra [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd))
- Wyller, V. B. B. (2014). *Syk: Mikrobiologi, patofysiologi, farmakologi og klinisk medisin : B.1 : Syk 1 : kapittel 1-11* (3. utg., s. 580). Oslo: Cappelen Damm akademisk.