

Kandidatnummer: 1567

BSYBAC_6

Bacheloroppgave i Sykepleie

Sykepleie ved kols



Universitetet
i Stavanger

**Det helsevitenskapelige fakultet
Bachelor i Sykepleie**

[Stavanger, 03.01.2023]

Jeg/vi tillater at bacheloroppgaven kan brukes som eksempeloppgave på studiet

Sammendrag

Bakgrunn:

Kronisk obstruktiv lungesykdom er en progressiv og irreversibel (uhelbredelig) sykdom. Ifølge FHI rammes 150 000 -250 000 nordmenn av sykdommen. I tillegg anslår WHO at kols kan bli den tredje største sykdommen i verden i løpet av de neste tiårene. Sykdommen byr på et bredt symptom spekter, som gir fysiske og psykiske utfordringer i hverdagen. Dersom sykepleiere ikke kjenner til hvilke leveutfordringer og hvilke behov pasienter med kols har, er det fare for at sykepleiere ikke kan dekke pasientenes behov, og kan dermed ikke bedre deres hverdagslige utfordringer.

Hensikt:

Hensikten med denne bacheloroppgaven er å belyse hvilke utfordringer kols pasienter opplever i sin hverdag, og hvilke tiltak sykepleiere kan iverksette for å bedre utfordringene.

Metode:

Denne oppgaven er en integrativ litteraturoversikt etter Fribergs metode (2017), som bygger på analyse av tre kvalitative og to kvantitative forskningsartikler. I tillegg til forskningsartiklene danner annen litteratur og egne refleksjoner grunnlaget for besvarelsen.

Resultat:

Resultatene viser at utfordringene kols pasienter opplever i hverdagen er dyspné (kortpustet), sosial isolasjon, åndenød, angst, depresjon, skam og ensomhet. Økt kunnskap om kols hos sykepleiere førte til iverksettelse av gode tiltak, som bedret pasientenes utfordringer. I tillegg viser studiene at teoretiske undervisninger om luftveienes anatomi, rådgivning og vei ledning i ulike hoste- og pusteteknikker for kols pasienter, resulterer i økt selvledelsesevne og dermed bedret deres hverdagslige utfordringer.

Nøkkelord: Kols, irreversibel sykdom, sykepleietiltak

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING	5
1.1 Bakgrunn for valg av tema	5
1.2 Presentasjon av problemformulering	6
1.3 Hensikt med oppgaven.....	6
2.0 TEORETISK REFERANSERAMME	7
2.1 Kronisk obstruktiv lungesykdom.....	7
2.2 leveutfordringer med kronisk obstruktiv lungesykdom.....	8
2.3 Kjennetegn ved Kari Martinsens omsorgsteori.....	8
3.0 METODE	10
3.1 Hva er metode.....	10
3.2 Valg av metode	10
3.3 Valg av databaser.....	10
3.4 Valg av søkeord	10
3.5 Valg av artikler.....	11
3.6 Analyse.....	13
4.0 RESULTATER	14
4.1 Hverdagslige utfordringer for kols pasienter	14
4.1.1 Dyspné.....	14
4.1.2 Sosial isolasjon og skam følelse.....	16
4.2 Iverksettelse av tiltak til pasienter med kols	16
4.2.1 Teoretisk undervisning og økt kunnskap om kols	16
4.2.2 Puste- og hostetekker	18
5.0 DISKUSJON	20
5.1 Metodediskusjon	20
5.1.1 Integrativ litteraturoversikt som metode.....	20

5.1.2 Kvalitativ og kvantitativ tilnærming	21
5.1.3 Kildekritikk.....	21
5.1.4 Land og arena for studiene	22
5.1.5 Forskernes bakgrunn	22
5.1.6 Studienes deltakere	23
5.2 Resultatdiskusjon.....	23
5.2.1 Økt kunnskap hos sykepleiere	23
5.2.2 Egen sykdomsførståelse	25
5.2.3 Puste- og hosteteknikker	26
6.0 RESULTATENES IMPLIKASJONER FOR PRAKSIS	28
REFERANSER.....	30
VEDLEGG 1: SØKELOGG	33
VEDLEGG 2: LITTERATURMATRISE	34

Antall ord: 7985

1.0 INNLEDNING

Ifølge WHO er kronisk obstruktiv lungesykdom (kols) en av de mest alvorlige og dødeligste sykdommene i verden. Sykdommens prevalens er godt merkbar i Norge og i resten av verden (WHO, 2019). Folkehelseinstituttet (2022) antyder at om lag seks prosent av Norges befolkning rammes av kols, og dette tilsier at ca. 150 000 - 250 000 nordmenn rammes av sykdommen. Ifølge WHO kan kols bli en av den tredje største sykdommen i verden i løpet av de neste tiårene (WHO, 2019). Kols er en progressiv og irreversibel (uhelbredelig) sykdom. Sykdommen byr på et bredt symptom spekter, som gir fysiske og psykiske utfordringer i hverdag (Grundt, s. 229).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Interessen for temaet i bacheloroppgaven ble vekket da jeg hadde sykdomslære på sykepleierstudiet. Kols var den sykdommen jeg syntes var mest interessant. Det som gjør sykdommen ekstra interessant er at kols er en uhelbredelig sykdom, og pasienter som rammes av kols må dermed lære seg å leve med en sykdom som gir fysiske og psykiske utfordringer resten av livet. Dette kan være utfordrende for pasienter, men også for sykepleiere. På bakgrunn av dette synes jeg dermed at det er interessant undersøke hvordan jeg selv som fremtidig sykepleier kan øke livskvalitet og bedre kols pasienters hverdag.

Jeg har møtt på flere pasienter som lider av kols. Da jeg var i praksis i hjemmetjenesten var jeg på besøk hos et par i 50-60 års alderen, hvor begge var preget av kols. Små fysiske bevegelser gjorde pasientene helt utslitt på grunn av dyspné. Pasientenes evne til å være fysisk aktive var svært begrenset, og dette førte til flere hverdagslige utfordringer for dette paret. Pasientene var avhengig av hjelp fra hjemmetjenesten, for å kunne stelle seg og for å gjennomføre andre hverdagslige gjøremål. Etersom jeg var hos dette paret fire ganger i uken, i ni uker, gjorde jeg meg godt kjent med deres hverdag. Jeg spurte også dette paret om de får tilbud om noen tiltak fra helsetjenesten, og dette fikk de ikke. Dermed synes jeg at det er interessant å bruke bacheloroppgaven til å undersøke hvilke utfordringer kols pasienter opplever i sin hverdag, og hvilke tiltak sykepleiere kan iverksette for å bedre pasientenes hverdagslige utfordringer.

1.2 Presentasjon av problemformulering

Å leve med kronisk obstruktiv lungesykdom kan være svært utfordrende for mange pasienter. Sykdommen er progressiv og irreversibel, som kan føre til flere fysiske og psykiske utfordringer i dagliglivet. Sykdommen kan blant annet føre til åndenød, svekkelse av selvstendighet, ulike begrensinger, sosial isolasjon, angst og depresjon.

Flere studier viser at kols pasienter har lavere livskvalitet enn pasienter med andre irreversible sykdommer, og dette kan være på grunn av mangel på tiltak i helsevesenet som kan bedrer denne pasientgruppens utfordringer. På bakgrunn av dette kan dermed ny kunnskap bidra til at en får et helhetlig bilde av hvilke utfordringer pasienter med kols opplever i sin hverdag fra et pasientperspektiv, og hvilke tiltak sykepleiere kan iverksette for å bedre utfordringene til denne pasientgruppen. Dersom man ikke kjenner til pasientenes leveutfordringer, er det fare for at sykepleiere ikke ser hvilke behov denne pasientgruppen har, og kan dermed ikke kan iverksette tiltak som kan bedre deres hverdagslige utfordringer.

1.3 Hensikt med oppgaven

Hensikten med denne oppgaven er å belyse hvilke utfordringer kols pasienter opplever i sin hverdag, og hvilke tiltak sykepleiere kan iverksette for å bedre utfordringene.

2.0 TEORETISK REFERANSERAMME

2.1 Kronisk obstruktiv lungesykdom

Kols er en irreversibel og progredierende sykdom som angriper bronkier og de perifere luftveiene, og dette fører dermed til økt luftveismotstand og puste vansker (Almås et al., 2016, s. 133). Ved kols skjer det to typer av lunge skader, kronisk bronkitt og emfysem (NHI, 2021). Kronisk bronkitt skyldes fremmedstoffer som forårsaker inflammasjon, og dermed ødelegger bronkialrørene og de perifere luftveiene (Almås et al., 2016, s. 133). De vanligste årsakene til inflammasjon er passiv røyking, røyk fra kjemikalier, langvarig eksponering for større mengder støv og langvarig astma (NHI, 2021).

Inflammasjon i de perifere luftveiene og i bronkiene fører til ødematøse og fortykkede slimhinner i bronkialrørene, som fører til økt antall slimproduserende celler som igjen fører til kontinuerlig slimproduksjon og seigere slim (Grundt, s. 228). Videre vil antall inflammasjonsceller øke, og det vil oppstå en vasodilatasjon (blodåreutvidelse) i submucosa. Denne inflammasjons prosessen vil føre til hypertrofi og muskelkonstriksjon av den glatte muskulaturen i bronkiene. Dette medfører en reduksjon av diameteren, som hemmer luftpassasje under utånding (Grundt, s. 229).

Emfysem (ødelagte alveoler) oppstår etter hvert som det oppstår fibrose, og de perifere luftveiene er stengte på grunn av økt slimproduksjon, muskelkonstriksjon og på grunn av økt bindevevsmengde i et vev (fibrose) (NHI, 2021). Vevet som støtter bronkiene blir ødelagt og dette medfører ødelagte alveoler (Grundt, 229). Ved emfysem mister alveolene sin barduneffekt (elastisitet). Dette fører til sammensmelting av alveoler, slik at det blir større, men færre alveoler. Dermed blir det større luftrum, som reduserer alveole overflaten som er nødvendig for at kroppen skal kunne ta opp nok oksygen og kvitte seg med avfallsstoffer (NHI, 2014, 00:28).

Sykdommen rammer hyppigst mennesker over 40 år. Kols blir klassifisert i fire stadier etter alvorlighetsgrad, også kalt Gold- kriteriene (Grundt, s. 229-231). Vanlige symptomer hos pasienter med kols uavhengig av alvorlighetsgrad er langvarig hoste med ekspektorat, dyspné ved anstrengelse, pipende lyd ved ekspirasjon, cyanose (tegn på O₂- mangel) og redusert energinivå (Grundt, s. 229-231).

2.2 leveutfordringer med kronisk obstruktiv lungesykdom

Ved aldring får man redusert energinivå og dårligere funksjon i diafragma, som er menneskets viktigste respirasjonsmuskel. Det er som oftest eldre pasienter som rammes av kols, og dermed kan kols symptomene være ekstra vanskelig å håndtere. Dette fører til hverdagslige utfordringer, fordi flere kols pasienter kan oppleve å ikke mestre pustebesværet på grunn av trange luftveier og har mindre reservekapasitet (Brodtkorb, 2020, s. 392). Å leve med kols handler om å leve med åndenød. Angst og åndenød henger godt sammen og forsterker hverandre (Brodtkorb, 2020, s. 392). Åndenød er en stor påkjenning for kols pasienter og kan dermed gi psykiske utfordringer som angst (Brodtkorb, 2020, s. 393).

På grunn av dyspné kan det være vanskelig for kols pasienter å være fysisk aktive, og dette kan dermed føre til isolasjon og økt avhengighet av andre som familie og venner. Dermed kan pasientene kjenne på at spontaniteten og gleden i livet er borte. I tillegg kan følelsen av å ikke være selvstendig, føre til at man tenker at man har mistet kontrollen over sitt eget liv (Brodtkorb, 2020, s. 392). Dessuten kan flere kols pasienter oppleve at kreftene ikke lenger er tilstrekkelig til det en ønsker eller har behov for, og at man ikke har energi til å imøtekomme andre menneskers forventninger, som en gang var lett å tilfredsstille (Brodtkorb, 2020, s. 393). Dette kan føre til depresjon, sosial isolasjon, ensomhet og følelsen av at man ikke er til bruk for noe (Brodtkorb, 2020, s. 393).

Flere pasienter kan synes at det er ekstra tungt å få kols, fordi diagnosen er ofte i forbindelse med røyking. Pasientene kan få en følelse av skyld for å ha påført seg denne sykdommen. Mange kan også kjenne på skam, for å fortsette med røyking etter en lungesykdom (Brodtkorb, 2020, s. 393). De fleste pasientene som røyker er klar over at røyk er skadelig for lungene. Dette kan gjøre at pasienter med kols synes det er ekstra vanskelig å akseptere sykdommen, og prate om det med andre (Brodtkorb, 2020, s. 393-394).

2.3 Kjennetegn ved Kari Martinsens omsorgsteori

Jeg har valgt å anvende Kari Martinsens omsorgsteori, fordi omsorg er grunnlaget for god sykepleie, som er relevant til å belyse min hensikt med oppgaven. Martinsen beskriver omsorgens ulike aksepter og deres påvirkning i sykepleie, som også er relevant for sykepleie til pasienter med kols (Kristoffersen, 2011, s.250). Kari Martinsen beskriver omsorg som det mest grunnleggende og det naturlige i menneskets eksistens. Omsorg handler om hvordan vi

mennesker forholder oss til hverandre og hvordan enkelte individer viser omtanke for hverandre i dagliglivet (Kristoffersen, 2011, s. 250).

Martinsen tar for seg omsorgens fundamentale kvaliteter. Blant annet hevder Martinsen at omsorg er en sosial relasjon, med dette mener hun at omsorg handler om felleskap og samhold med andre mennesker (Kristoffersen, 2011, s. 250). I tillegg har omsorg noe med forståelse å gjøre. For å vise omsorg til andre mennesker må en ha forståelse for den andre, en forståelse mennesket må tilegne seg gjennom å gjøre ting sammen og for andre. På denne måten utvikler en seg felles erfaringer og slik kan mennesker forstå hverandre (Kristoffersen, 2011, s.250). For at omsorgen skal være ekte, må en forholde seg til den andre ut fra personens holdning og situasjon (Kristoffersen, 2011, s. 250). Dermed er det viktig som sykepleier å ha økt kunnskap om sykdommen, for å kunne utøve omsorgsfull sykepleie til pasienter ut ifra deres individuelle behov.

Kari Martinsen skiller mellom to omsorgsrelasjoner, balansert gjensidighet og uegennyttig gjensidighet. Balansert gjensidighet bygger på et likeverdig forhold, hvor to friske mennesker gir og mottar omsorg. Uegennyttig gjensidighet handler derimot om hjelp og altruisme. Med dette menes det at den ene parten sørger for den andre, uten at en forventer noe tilbake (Kristoffersen, 2011, s. 251). Sykepleiernes rolle i praksis er å gi en omsorgsfull hjelp basert på pasientenes behov, uten at en skal forvente noe tilbake. Hovedmålet for all god sykepleie praksis vil være å ivareta pasienten behov (Albrigtsen, 2015).

Som sykepleier er det nødvendig å holde seg faglig oppdatert, for å kunne utøve en omsorgsfull praksis til pasientene. Omsorgsfull sykepleiepraksis handler også om å ivareta de fire etiske prinsippene: å ikke skade, vise respekt for autonomi, velgjørenhet og rettferdighet (Kristoffersen, 2011, s. 250). I utøvelse av sykepleie må hver enkelt sykepleier sette de fire etiske prinsippene i fokus, og reflektere over bruken på disse fire etiske grunnprinsippene.

3.0 METODE

3.1 Hva er metode

Metode er en fremgangsmåte, som brukes til å samle inn informasjon om det vi ønsker å undersøke (Dalland, 2020, s. 53-54). Man kan benytte seg av kvantitativ, kvalitativ eller en kombinasjon av disse to ulike metodene til sin empiriske undersøkelse. Det som avgjør hvilken metode en bruker for å belyse sin hensikt er avhengig av hva en ønsker å undersøke. Kvalitativ metode bruker man når en ønsker å undersøke mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle, for eksempel for å få en dypere forståelse av menneskelige fenomener (Dalland, 2020, s. 54-55). Kvantitativ metode gir data i form av målbare enheter. Det kan være nyttig å bruke kvantitativ data når en ønsker å ta for seg regneoperasjoner for å gå i bredden over et område (Dalland, 2020, s.54-55).

3.2 Valg av metode

Oppgaven er en integrativ litteraturoversikt utformet etter Fribergs metode (2017). Integrativ litteraturoversikt innebærer å analysere resultatene fra kvantitative og eller kvalitative forskningsartikler for å få oversikt over et avgrenset forskningsområde og en forståelse av sammenhengen mellom de ulike resultatene (Friberg, 2017, s. 150). Ifølge Friberg (2017, s. 150) kan en slik metode være hensiktsmessig for å innhente kunnskap om et valgt tema, og dermed gjør metoden godt egnet for bruk i denne oppgaven. På bakgrunn av dette er de utvalgte studiene basert på empirisk forskning med utgangspunkt i både kvantitative og kvalitative metoder.

3.3 Valg av databaser

I oppgaven har jeg valgt å bruke databaser som inneholder forskning som er relevante for helsefaget. Dermed er databasene som er brukt for å finne de utvalgte forskningsartiklene CINAHL, SveMed+ og PubMed. Jeg fant ingen relevante artikler i databasen Svemed+, og dermed søkte jeg videre i databasene CINAHL og PubMed. Her fant jeg et bredt utvalg av relevante forskningsartikler.

3.4 Valg av søkeord

På bakgrunn av utvalgte databaser CINAHL og PubMed var det naturlig å bruke engelske søkeord med «AND» og «OR» brukt i forskjellige kombinasjoner, for å finne utvalgte

forsknings artikler. Søkeordene jeg brukte for å finne relevante artikler er følgende: «Chronic obstructive lung disease» AND «living with» AND «experince». Ved å bruke denne søkekombinasjonen fikk jeg totalt 68 treff på ulike artikler. Jeg brukte også kombinasjonen av følgende søkeord: «COPD» AND «Breathing techniques», og fikk totalt 56 ulike treff. Videre prøvde jeg følgende kombinasjon av søkeord: «COPD* Health care* self care*». Her fikk jeg totalt 121 treff. Stjernen foran søkeordene er brukt, for å finne artikler som inneholder de søkeordene som er anvendt. Kombinasjon av søkeord var «nursing» AND «self-management» AND «COPD». På dette søket fikk jeg totalt 15 treff på ulike forsknings artikler.

3.5 Valg av artikler

For å velge relevante forsknings artikler som kan belyse oppgavens hensikt på best mulig måte, har jeg benyttet meg av ulike inklusjon- og eksklusjonskriterier ved valg av artikler. Disse er presentert i tabell 1. I tillegg viser tabell 2 en tydelig oversikt over de utvalgte artiklene.

Tabell 1. Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Pasientene måtte ha kols i mer enn to år	Pasienter som har hatt kols i mindre enn to år
Fagfellevurderte forskningsartikler	Ikke fagfellevurderte forskningsartikler og fagartikler
Forskningsartiklene følger IMRAD-struktur	Forskningsartiklene følger ikke IMRAD -struktur
Vestlige land	Ikke vestlige land
Kvinnelige og mannlige deltakere	Kun mannlige eller kvinnelige deltakere
Artikler yngre enn ti år	Artikler eldre enn ti år

Tabell 2. Oversikt over analyserte artikler

Forfattere, årstall, tittel	Tema	Hensikt	Perspektiv	Metode
Cooney, A., Mee, L., Casey, D., Murphy, K., Kirwan, C., Burke, E., Conway, Y., Healy., Mooney. & Muphy, J 2013 Life with chronic obstructive	Kols pasienters erfaring med å leve med sykdommen.	Belyse hvordan kronisk obstruktiv lungesykdom påvirker på kols pasienters liv.	Pasient perspektiv	Kvalitativ Individuelt semistruktuert intervju

Kandidatnummer: 1567

pulmonary disease: striving or «controlled co-existence»				
Ek, K. & Ternstedt, M. -B. 2008 Living with chronic obstructive pulmonary disease at the end of life: a phenomenological study	Kols pasienters erfaring med å leve med sykdommen.	Belyse kols pasienters opplevelse av å leve med sykdommen.	Pasient perspektiv	Kvalitativ Individuelt intervju
Eframsson, O. E., Hillervik, C. & Ehrenberg, A. 2008 Effects of COPD self-care management education at a nurse-led primary health care clinic	Kols pasienters effekt av egenomsorgs undervisning.	Belyse effekten av egenomsorgs undervisning for pasienter med kols.	Pasient perspektiv	Kvantitativ spørreskjema
Valenza, C. M., Valenza, -P. G., Sánchez, -T. I., Jiméenz, -G. E., Valero, -C, A. & Demet, -V, G. 2013 Effectiveness of controlled breathing techniques on anxiety and depression in hospitalized patients with COPD: a randomized clinical trial	Kols pasienters effekt av ulike puste- og hosteteknikk program.	Belyse hvilken effekt kontrollert puste- og hosteteknikk program har på kols pasienter.	Pasient perspektiv	Kvantitativ spørreskjema

Padilha, J., Sousa, P. & Pereira F. 2017 Nursing clinical practice changes to improve self-manageent in chronic obstructive pulmonary disease	Pasient og sykepleiers effekt av økt kunnskap om kols.	Belyse effekten av endring i klinisk praksis hos sykepleiere.	Pasient og sykepleier perspektiv	Kvalitativ Intervjustudie
---	--	---	----------------------------------	---------------------------

3.6 Analyse

Da jeg analyserte artiklene, brukte jeg Friberg (2017) sin analysemodell. Friberg beskriver analyse som en bevegelse fra en helhet til deler, og derfra til en helt ny helhet (Friberg, 2017, s.135). Den nye helheten skapes av sammensetting av alle de ulike hovedtrekkene i funnene i artiklene (Friberg, 2017, s 135). Denne prosessen innebærer å analysere alle likheter og ulikheter i de ulike artiklene, og på bakgrunn av dette skape nye tema. I tillegg understreker Friberg at det er viktig å alltid ha hensikten «i bak hodet», slik at man holder seg til temaet og ikke «går seg vill» under analyseringen av artiklene (Friberg, 2017, s.136).

Jeg startet med å lese igjennom alle de fem utvalgte artiklene, og analyserte artiklens innhold ved å gjøre en datareduksjon. Dermed organiserte jeg alt datamaterialet, for å få en oversikt over det som er relevant fra forskningsartiklene. Videre skrev jeg ned hovedtrekk på alle funnene i de utvalgte artiklene. Deretter skrev jeg ned en oppsummering av alle resultatene, og sammenlignet resultatene på de fem utvalgte vitenskapelige artiklene. Videre fant jeg likheter og ulikheter fra de analyserte artiklene, og på bakgrunn av dette identifiserte jeg forskjellige tema. Neste steg var å lese gjennom de ulike temaene jeg hadde kommet frem til og finne hoved- og underkategorier.

4.0 RESULTATER

Hoved- og underkategoriene som jeg kom frem til i analyse prosessen ble plassert i en tabell (se tabell 3). Det ble totalt to hovedkategorier og fire underkategorier, som belyser hvilke utfordringer kols pasienter opplever i sin hverdag, og hvilke tiltak sykepleiere kan iverksette for å bedre utfordringene.

Tabell 3. Oversikt over hoved- og underkategorier.

Hovedkategorier	Underkategorier
Hverdagslige utfordringer	<ul style="list-style-type: none">○ Dyspné○ Sosial isolasjon og skam følelse
Iverksettelse av tiltak til pasienter med kols	<ul style="list-style-type: none">○ Teoretisk undervisning og økt kunnskap om kols○ Puste og hosteteknikk

4.1 Hverdagslige utfordringer for kols pasienter

4.1.1 Dyspné

I intervjustudiene til Cooney et al. (2013, s. 990) og Ek & Ternestedt (2008, s. 474) var dyspné en stor påkjenning for kols pasientene. I tillegg var dyspné det verste symptomet av sykdommen, og som begrenset deres hverdag i stor grad. I intervjustudie til Cooney et al. (2013, s. 990) kommer det frem at en pasient og kona elsket å danse, men at dyspneen gjør det vanskelig med all bevegelse. Videre kommer det frem at dyspné reduserte friheten og tilfeldigheten i livet, og at evnen til å kunne dra på ferier å kunne gjøre egne ting i hverdagen er svært begrenset (Cooney et al., 2013, s. 990). Mange pasienter klarte ikke å gjøre hagearbeid i mer enn ti minutter om gangen, fordi det ville gjort dem andpusten. En mor uttrykker det å leve med kols slik:

It has an awful effect on my life. Making love, I can't make love very often because I can't breathe... I can't walk. I can't go running with the kids or play with them because I'm out of breath after 5 minutes. They're only young and they keep saying «Will you play table tennis with me mammy? » I'm not able to, honey'. I'm drained all the time (Cooney et al., 2013, s. 991).

Flere pasienter sitter store deler av dagen, fordi det å være i fysisk aktivitet gjør de andpustne. Pasientene synes hverdagen er utfordrende, og at det er mye dem må gi opp (Cooney et al., 2013, s. 991). Eksempelvis har pasientene et stort ønske om å gå ut i finværet, men kreftene er ikke tilstrekkelige (Ek & Ternestedt, 2008, s. 474). En annen pasient forteller at hun må spare på kreftene, for å kunne komme seg ut en annen dag (Ek & Ternestedt, 2008, s. 475).

Å leve med dyspné førte til flere begrensinger, som igjen førte til flere utfordringer i deres hverdag. En kvinne uttrykker det å leve med kols slik: «COPD restricts me, and I suppose knowing the I've done it to myself with cigarettes, you know, I get cross myself» (Cooney et al., 2013, s. 991). Videre kommer det frem at kols begrenser pasientene, fordi pasientene føler de ikke kan tilfredsstille sine behov som før. Han ene pasienten forteller at han pleide å dra til fetteren sin, men ikke kan gjøre det nå lenger fordi han må dra med seg oksygenflasken (Ek & Ternestedt, 2008, s. 474). En annen pasient forteller at kols begrenser sosialiteten. Selv om det skjer noe gøy med familien, så må pasienten ikke la det overvinne pusten, fordi dyspneen gjør det vanskelig å være like aktiv som andre mennesker kan (Cooney et al., 2013, s. 991). I tillegg fremhevet flere kols pasienter at manglende styrke og krefter opplevdes skammelig for mange kols pasienter (Ek & Ternestedt, 2008, s. 475).

I studien til Ek & Ternestedt (2008, s. 475) viser resultatene at på grunn av dyspné er pasientenes krefter og energinivå redusert, som gjør det utfordrende for pasientene å gjennomføre hverdagslige gjøremål. En pasient i studien til Cooney et al. (2013, s. 991) forteller at enkle hverdagslige gjøremål er vanskelig å utføre med dyspné, og dermed er avhengig av å få hjelp fra andre: «I find changing the bed (the linen) I'm wrecked. I get help.». Det å være økt avhengig av hjelp fra venner og familie oppleves som en utfordring for flere kols pasienter (Ek & Ternestedt, 2008, s. 475). Å være avhengig av å få hjelp fra andre førte også til at flere pasienter følte de hadde mistet kontroll på sitt eget liv og timeplan. En pasient i intervjustudie til Ek & Ternestedt (2008, s. 475) forteller at det å være avhengig av andre gir følelsen av ufrihet, som oppleves som en stor utfordring i pasientens hverdag.

I studien til Cooney et al. (2013, s. 991) kommer det også frem at dyspné fører til at flere pasienter oppleve å få pusteanfall ved anstrengelse. En pasient forteller at pusteanfallene kan komme når som helst, og en annen pasient i studien til Cooney et al. (2013, s. 991) forteller at bare av å gå fra soverommet til toalettet kan gi pusteanfall. Pasientene opplever

pusteanfallene som skremmelig, fordi det gir følelsen av kvelning, angst og panikk (Cooney et al., 2013, s. 991).

4.1.2 Sosial isolasjon og skam følelse

Følelsen av skam er også en utfordring for flere kols pasienter. Flere pasienter synes at det kan være pinlig å leve med kols symptomer, som for eksempel hoste med ekspektorat og pipende lyd ved ekspirasjon (Cooney et al., 2013, s. 991). En pasient forteller at når han går på kurs, setter han seg alltid to seter unna neste person, fordi han vil «gjemme» ulike pinlige kols symptomer for andre mennesker som er rundt (Cooney et al., 2013, s. 991). Det å ikke kunne spise måltider på en vanlig måte er også pinlig for mange pasienter (Ek & Ternestedt, 2008, s. 475). En annen pasient uttrykker det slik å leve med pinlige kols symptomer på morgenen: «Nobody wants to be near me in the mornings believe me. I get into the bathroom I know it's horrendously bad. I like to go away on my own because I know that I'd embarrass everybody» (Cooney et al., 2013, s. 990).

I intervjustudiene til Cooney et al. (2013, s. 990) og Ek & Ternestedt (2008, s. 474) viser resultatene at ensomhet oppleves som en utfordring i hverdagen. Det at pasientene ikke har tilstrekkelige krefter til å delta på ulike aktiviteter førte til pasientene ikke kunne sosialisere seg, fordi de ikke hadde noe å gjøre med venner og familie (Ek & Ternestedt, 2008, s. 474). En annen pasient fortelle at hun føler seg verdiløs og alene, fordi hun ikke kan delta i ulike aktiviteter som hun kunne før. Da pasientene så at andre naboer kunne gå ut å potte og fikse i hagen, følte pasientene seg verdiløse og ikke til nytte i nabolaget (Ek & Ternestedt, 2008, s. 475). En pasient forteller sin opplevelse av sykdommen slik:

«Some of this is the medical aspect taking medicine, etc, but that's the smallest part ... The big problem is the social aspect ... but no one takes that into account. The healthcare staff never ask about this. But it's social aspect that's important. (Ek & Ternestedt, 2008, s. 475).

4.2 Iverksettelse av tiltak til pasienter med kols

4.2.1 Teoretisk undervisning og økt kunnskap om kols

I studien til Padilha et al. (2017, s. 126) ble det avdekket ulike mangler knyttet til sykepleierens kunnskap om kols. Flere sykepleiere følte at de hadde for lite kontakt med pasientene og at de hadde for lite kunnskap om kols for å kunne dekke pasientenes behov

(Padilha et al., 2017, s. 126). På bakgrunn av dette var sykepleieren ikke trygg på sin egen kompetanse, og kunne dermed ikke være til god hjelp for kols pasienter. Pasientene i studien Padilha et al. (2017, s. 127) mente at sykepleieintervensjonene ikke hadde noe effekt på deres daglige selvledelsesbehov.

Manglende kunnskap hos sykepleiere førte til at sykepleierne ikke klarte å dekke kols pasientenes individuelle behov. På bakgrunn av dette var målet i studien til Padilha et al. (2017, s. 122) å endre på sykepleiernes praksis til pasienter med kols slik at det ble større fokus på de dagligdagse problemene, evnen til å håndtere symptomer, henvende pasientene til ulike faggrupper, gi undervisning og informasjon om kols til pasientene. I tillegg var det et stort fokus på at sykepleiernes kunnskap skulle økes, hvor håp, involvering og kunnskap skulle være fokuset (Padilha et al., 2017, s. 122).

Sykepleierne i studien til Padilha et al. (2017, s. 126) fikk tilbud om undervisnings timer, for å øke deres kunnskap om kols. Økt kunnskap hos sykepleierne førte til at sykepleierne ble trygg på sin kunnskap, og dermed kunne iverksette tiltak som teoretiske undervisningstimer om kols for kols pasienter. Pasientene fikk tilbud om undervisning hver tredje uke, og målet var å øke pasientenes sykdomsforståelse (Padilha et al., 2017, s. 126). Dessuten resulterte økt kunnskap om kols hos sykepleierne til at sykepleierne kunne bli en diskusjonspartner for pasientene, slik at pasientene fikk spør om det de ønsket relatert til sykdommen (Padilha et al., 2017, s. 126). En pasient forteller resultatet av økt kunnskap om kols hos sykepleierne slik: «Now the nurses respond to my daily life problems, with their help I can do things that I'd already given up doing, I know that I can do to avoid getting worse. I think I'm better now» (Padilha et al., 2017, s. 126).

Iverksettelse av tiltakene i studien til Padilha et al. (2017, s. 126) viste seg å gi gode resultater. Sykepleierne fikk økt kunnskap, som førte til at deres praksis dekket pasientenes individuelle behov. Dessuten førte dette til iverksettelse av tiltak som teoretisk undervisning for kols pasientene, som resulterte i økt sykdomsforståelse hos pasientene (Padilha et al., 2017, s. 126). Resultatene viser at ved økt forståelse om egen sykdom førte til økt selvledelsesevne og pasientene ble bevisst på når symptomene ble verre. Pasientenes selvledelsesevne ble bedret fra 0,37% til 62,4% (Padilha et al., 2017, s.126). Pasientene kunne dermed håndtere symptomene på egen hånd, som bedret deres angst (Padilha et al., 2017,

s.126). I tillegg resulterte økt sykdomsforståelse i at pasientene forsto at de måtte endre livet sitt ved at flere kols pasienter sluttet å røyke (Padilha et al., 2017, s126).

Dessuten viste det seg også i resultatene i studien til Efraimsson et al. (2008, s 180) at pasientene hadde god effekt av egenomsorgs undervisning. Pasientene fikk tilbud om to undervisnings timer som varte i en time sammen med en sykepleier. Her fikk pasientene også mulighet til å spørre om det de ønsket relatert til sykdommen (Efraimsson et al., 2008, s. 180). I tillegg til egenomsorgsundervisning fikk pasientene også tilbud om utdanningsbesøk, som var basert på motiverende samtaler, beskrivelse av luftveienes anatomi, rådgivning og veiledning sammen med en sykepleier (Efraimsson et al., 2008, s. 180).

Tiltakene som ble iverksatt av sykepleierne i studien til Efraimsson et al. (2008, s 180) resulterte i bedring av pasientene hverdagslige utfordringer. Pasientene fikk økt kunnskap, som førte til økt motivasjon. Pasientene ble motivert til å gjøre ulike aktiviteter, som bedret deres utfordringer som dyspné, sosial isolasjon og økt avhengighet av venner og familie (Efraimsson et al., 2008, s. 181). Den gjennomsnittlige endringer var fra 42% pasienter som ikke følte på motivasjon i sin hverdag til at kun 5,6% pasienter ikke følte på motivasjon i sin hverdag etter iverksettelse av tiltakene (Efraimsson et al. (2008, s. 181). I tillegg ble pasientenes sosiale liv bedret fra 19% til 3,4% ved iverksettelse av tiltakene (Efraimsson et al., 2008, s. 181). Økt livskvalitet er et annet resultat, som ble økt etter iverksettelse av gode tiltak i studien til Efraimsson et al. (2008, s. 181). Livskvaliteten til kols pasientene i studien til Efraimsson et al. (2008, s. 181) ble bedret fra at 30,6% følte på nedsatt livskvalitet til at kun 8,2% pasienter følte på nedsatt livskvalitet.

4.2.2 Puste- og hostetekker

I studien til Valenza et al. (2014) ble det iverksatt et ti dagers puste- og hosteteknikk program sammen med en sykepleier og fysioterapeut, i håp om å bedre kols pasientenes hverdagslige utfordringer. Pasientene skulle lære ulike avspennings øvelser, øvelse i å puste med leppene sammen og aktiv utånding. Resultatene viser at pasientenes fikk bedre kontroll over dyspneen ved hjelp av ulike puste- og hosteteknikker, som dermed bedret deres utfordringer som angst og depresjon (Valenza et al., 2014, s. 211). Bedringene i de ulike utfordringene pasientene opplevde førte til økt livskvalitet, fordi pasientene hadde bedre evne til å mestre pustebeværet etter iverksettelse av tiltaket (Valenza et al., 2014, s. 211). Dessuten viste det

Kandidatnummer: 1567

seg i studiene til Padilha et al. (2017, s. 126) at ved iverksettelse av tiltak som veiledning på konsultasjonstimene førte til at pasientene klarte å bruke inhalatorene på riktig måte, som resulterte i bedring av utfordringer som dyspné. I tillegg klarte pasientene å kontrollere de pinlige symptomer som pipende lyd ved ekspirasjon og hoste med ekspektorat, som opplevdes som en utfordring i hverdagen. Dette resulterte i økt sosialitet (Valenza et al.,2014 s.211).

5.0 DISKUSJON

5.1 Metodediskusjon

5.1.1 Integrativ litteraturoversikt som metode

Gjennom å anvende integrativ litteraturoversikt som metode har jeg fått muligheten til å opparbeide mer kunnskap rundt valgt tema ved å lese relevant litteratur og empiriske forsknings artikler, for å besvare oppgavens hensikt. Jeg har analysert fem forskningsartikler, og mener at dette var tilstrekkelig for å belyse oppgavens hensikt. På grunn av begrenset tid og antall ord, ville det vært utfordrende å analysere flere artikler. Dermed valgte jeg to forsknings artikler som besvarer første del av hensikten om hvilke utfordringer kols pasienter opplever i sin hverdag, og tre forsknings artikler som besvarer andre del av hensikten om hvilke tiltak sykepleiere kan iverksette for å bedre utfordringene.

Det har vært både fordeler og ulemper ved å anvende integrativ litteraturoversikt som metode. En fordel er at man kan ta i bruk flere relevante studier, som gir en bred kunnskap og har en forutsetning til å besvare oppgavens hensikt. En ulempe med denne metoden er at det forutsetter tolkning og syntetisering av innhentet data. Dette er en ulempe, fordi det er fare for manipulasjon av ulike funn, for å støtte sitt eget standpunkt, men også fare for selektivt utvalg av artikler (Friberg, 2017, s. 143). Selv var jeg oppmerksom på denne ulempen, slik at mine tolkninger var adekvate og pålitelige. En annen fordel med integrativ litteraturoversikt som metode er at den skaper en helhetlig og dyp forståelse om et valgt tema, som er til fordel for oppgavens helhet (Friberg, 2017, s. 150). Metoden gir også en økt forståelse og kunnskap om oppgavens problemformulering.

Analyseprosessen er vel gjennomført. Jeg har brukt god tid i denne prosessen og tolket de utvalgte forskningsartiklene på best mulig måte ved å lese grundig gjennom dem. Det er viktig å understreke at alle de utvalgte artiklene er skrevet på engelsk, som forutsetter at innholdet gjerne kan bli oppfattet på en annerledes måte, eller at jeg kan ha gått glipp av nyanser ved oversettelse til norsk. På bakgrunn av valgt metode er det jeg som har valgt hvilke artikler som skulle analyseres, og dette kan ha medført at annen relevant forskning er blitt utelukket. Dessuten har jeg fått økt kunnskap og et komplekst bilde rundt temaet for oppgaven, som jeg anser som et godt tegn på valg av relevante artikler for oppgavens hensikt.

5.1.2 Kvalitativ og kvantitativ tilnærming

I de fem utvalgte forskningsartiklene er det anvendt både kvalitativ og kvantitativ metode. En kombinasjon av disse to metodene styrker oppgavens empiriske grunnlag, fordi det gir en dyp og bred forståelse av det en ønsker å undersøke (Andersen, 2017). Ved å bruke kvalitativ data kommer deltakernes mening og erfaring frem gjennom et individuelt intervju. Dette er relevant for oppgavens hensikt, fordi pasientenes hverdagslige utfordringer presenteres fra en pasient perspektiv, som gir en troverdig, dyp og helhetlig forståelse. En svakhet med kvalitativ metode er at metoden preges av forskernes personlighet, som dermed kan påvirke hvilke resultater som kommer frem i artikkelen (Dalland, 2017, s. 60-61). I tillegg gir de kvantitative artiklene en bred forståelse ved bruk av spørreskjema, som gir resultater i form av statistikk. Tallene gir en mulighet til å se hvor stor prosentandel av deltakerne kjente på en bedring av utfordringene ved iverksettelse av ulike tiltak.

Selv mener jeg at oppgavens hensikt blir besvart på en god måte gjennom en kombinasjon av kvalitative og kvantitative forskningsartikler. Samtidig ønsker jeg å tydeliggjøre at ved bruk av flere kvalitative artikler kunne jeg gått mer i dybden, som hadde vært godt egnet for oppgavens helhet. I tillegg var en av inklusjonskriteriene at artiklene ikke skulle være eldre enn ti år, men dette ga begrenset utvalg av relevante forskningsartikler. To av fem utvalgte artikler er eldre enn ti år, men likevel mener jeg at innholdet i disse to artiklene er relevante for å besvare oppgavens hensikt. De er relevante, fordi i begge intervjustudiene opplevde kols pasientene like utfordringer selv om den ene studien var eldre enn ti år. I tillegg viste det seg at tiltakene som kom frem i artikkelen til Efraimsson et al. (2008) var godt egnet for kols pasientene, som jeg dermed har valgt å ta med i oppgaven.

5.1.3 Kildekritikk

Når en bruker litteraturstudie som metode er det viktig å sikre at litteraturen er relevant, brukbar, gyldig og pålitelig (Dalland, 2017, s. 63-64). Dermed er det viktig å være kritisk til hvilke kilder som anvendes. Kildekritikk dreier seg om å forholde seg kritisk til datamaterialet man bruker i oppgaven (Dalland, 2017, s. 67) De utvalgte artiklene ble vurdert med tanke på forskningsetiske hensyn. Med dette menes det at i forskningsartikler må forskningsetiske hensyn være en kontinuerlig vurdering gjennom hele prosessen, slik at deltakerne i artiklene ivaretas på best mulig måte (Jerpseth & Halvorsen, 2016). Alle de utvalgte artiklene har beskrevet hvilke etiske hensyn som er ivaretatt og fått en godkjennelse. Studiene har blant

annet etisk godkjenning fra sykehusets etiske kommisjon og universitetets etiske komité. På bakgrunn av dette økes studienes troverdighet og validitet. Dessuten er alle de utvalgte artiklene fagfellevurdert, som inkluderer at forskningen er blitt kvalitet sikret ved at eksperter innenfor faget kritisk vurderer innholdet før publisering (SNL, 2021). Dermed er også dette en styrke for oppgavens troverdighet.

5.1.4 Land og arena for studiene

Et av mine inklusjonskriterier for valg av artikler var at de utvalgte artiklene skulle ha en tilhørighet i vestlige land. Dermed er de utvalgte forskningsartiklene utført i Irland, Sverige, Spania og Portugal. Fordelen med denne inklusjonskriterien er at resultatene kan sammenlignes med det norske helsevesenet, da dette er land som består av avansert medisinsk behandling, høyt utdannet helsepersonell og etablerte helsetjenester. I tillegg ser en at forekomsten og dødeligheten av sykdommen er lik som i Norge. En ulempe er at ingen av studien er gjennomført i Norge, og dette kan dermed være en svakhet ettersom det alltid vil være noen ulikheter på praksisen fra land til land.

Mitt ønske var å innhente datamaterialet fra en forskningsarena som var aktuell for pasienter med kols. Dermed falt valg av forskningsarena på luftveismedisinsk avdeling på sykehus, primærhelsetjenesten, Kols-klinikk og hos hjemmeboende kols pasienter. Dette kan være en fordel, fordi en vil få frem resultater på hvilke utfordringer pasienter opplever i dagliglivet hjemme, men også hvilke tiltak sykepleiere kan iverksette for å bedre utfordringene til kols pasienter som blir innlagt i ulike helseinstitutter. Studien til Cooney et al. (2013) ble utført i primærhelsetjenesten i Irland. Studien til Ek & Ternestedt (2008) ble utført på to forskjellige sykehus og avdelinger for luftveismedisin i Sverige. Efraimsson et al. (2008) sin studie ble utført på en kols-klinikk i Sverige. Studien til Valenza et al. (2014) ble utført på et sykehus i Spania. Padilha et al. (2017) sin studie ble utført på en medisinsk avdeling og en poliklinisk enhet på sykehuset i Portugal. Utvalgte artikler er utført på forskjellige plasser i helsetjenesten, som dermed er godt egnet for å belyse min hensikt med oppgaven.

5.1.5 Forskernes bakgrunn

For å vurdere artiklenes gyldighet, undersøkte jeg forskernes kompetanse, og hvilke faglige bakgrunner de har. De utvalgte artiklene ble forfattet av forskere med en helsefaglig bakgrunn

som sykepleiere, leger og psykologspesialister. I tillegg til en helsefaglig bakgrunn hadde flere av forskerne en aktuell forskerkompetanse som doktor- eller mastergrad.

5.1.6 Studienes deltakere

Deltakerne i samtlige studier inkluderte kols pasienter og sykepleiere. I studien til Padilha et al. (2017) ble sykepleiere inkludert som deltaker, hvor sykepleierne hadde flere års erfaring. Valg av deltakere viste seg å samsvare godt med studiets problemstilling og hensikt. Antall deltakere varierte fra 26 til 167 i de utvalgte artiklene. Et av inklusjonskriteriene i valg av artikler var at deltakerne som deltok i studiene måtte ha kols i mer enn 2 år, slik at deltakerne kjenner godt til det å leve med kols. Dette synes jeg var en viktig inklusjonskriterie som ble tatt med i betraktning for valg av artikler, fordi resultatene er basert på godt erfarne kols pasienter. I fire av de fem utvalgte forskningsartiklene er det både kvinner og menn som deltakere. Dette er viktig å ta med i betraktning, fordi kvinner og menn kan ha ulike utfordringer og det er dermed viktig å få frem resultater som er basert på begge kjønn. Som nevnt i teoridelen rammer kols hyppigst mennesker over 40 år, og på bakgrunn av dette er deltakerne i alle de utvalgte artiklene over 40 år. Deltakerne i de utvalgte studiene ble rekruttert til studiet via allmennpraksis, sykehusinnleggelse og kols-klinikk. Alle de utvalgte artiklene har som nevnt ovenfor blitt godkjent fra ulike komiteer. Dette innebærer at de etiske forholdene er ivaretatt, som inkluderer blant annet at deltakerne var selvbestemmende, at deltakerne var beskyttet mot ubehag og skade, at alle deltakerne ble behandlet rettfærdig, og at deltakerne ble informert om deres rett til å trekke seg fra studiene når som helst. Disse etiske forholdene kan styrke studienes troverdighet.

5.2 Resultatdiskusjon

Resultatene viser at utfordringene kols pasienter opplever i hverdagen er dyspné, skamfølelse og ensomhet. I tillegg viste det seg at økt kunnskap om kols hos sykepleiere, økt sykdomsforståelse hos kols pasienter, og ulike puste- og hosteteknikker er tiltak som bedret utfordringen til kols pasientene. Videre i denne delen av oppgaven skal jeg diskutere resultatene ut ifra oppgavens hensikt i lys av annen relevant litteratur.

5.2.1 Økt kunnskap hos sykepleiere

I studien til Padilha et al. (2017) kommer det frem at sykepleierne manglet kunnskap om kols. Dette medførte usikkerhet på egen kompetanse, og dermed kunne sykepleiere ikke utøve en

omsorgsfull og god sykepleie som dekket pasientenes individuelle behov. Det norske sykepleieforbundet (2011) understreker at manglende kunnskap hos sykepleiere kan føre til usikkerhet, tiltaksløshet og manglende erfaring til å dekke pasientenes behov i møte med pasientgruppen. Dette understrekes også i studien til Padilha et al. (2017), hvor sykepleierne hadde manglende kunnskap om sykdommen for å iverksette tiltak, som kunne dekke pasientenes behov. Manglende kunnskap hos sykepleiere kan skyldes hektiske hverdager, som kan føre til at sykepleierne ikke har nok tid til å holde seg faglig oppdatert (Rosness & Dysthe, 2022). Økt kunnskap om kols er også viktig for at sykepleie praksisen er basert på kvalitet og pasientsikkerhet (Gyedu, 2016, s. 5).

Deltakerne i studien til Padilha et al. (2017) følte at sykepleierne ikke viste pasientene den omsorgen de hadde behov for og ikke så deres personlige behov. På bakgrunn av dette synes pasientene at sykepleierne ikke var til god hjelp. Som sykepleier må man ha økt kunnskap, for å kunne utøve omsorgsfull sykepleie basert på pasientenes behov. Dette støttes også av Kari Martinsens omsorgsteori. Kari Martinsen presiserer at for å utøve omsorgsfull sykepleie må en ha forståelse for den andre (Kristoffersen, 2011, s.250). Dermed er økt kunnskap hos sykepleierne viktig, for at sykepleierne kan ha forståelse for denne pasientgruppen og dermed iverksette tiltak på bakgrunn av deres behov. Men dersom man ikke har kunnskap om hvilke utfordringer pasientgruppen opplever, er det vanskelig å forholde seg til pasientens holdninger og situasjon, som dermed gjør at det blir vanskelig å utøve ekte omsorg. Dette presiseres også i omsorgsteorien til Martinsen, hvor hun hevder at for at omsorgen skal være ekte må en forholde seg til pasienten ut fra hans eller hennes holdning og situasjon, som krever kunnskap om pasientgruppens utfordringer (Kristoffersen, 2011, s. 250). Dette tydeliggjøres i studien til Padilha et al. (2017), hvor en ser at ved økt kunnskap syntes pasientene at sykepleierne viste mer omsorg og kunne hjelpe pasientene ut ifra deres individuelle behov.

Økt kunnskap hos sykepleierne resulterte i at sykepleierne ble trygg på sin egen kompetanse, sykepleierne kunne iverksette tiltak som teoretiske undervisninger og utgi mer informasjon om sykdommen til pasientene, utøve en pasientsikret og omsorgsfull praksis som dekket pasientenes personlige behov, og at sykepleierne ble en diskusjonspartner for pasientene hvor pasientene kunne spørre om det de ønsket relatert til sykdommen (Padilha et al., 2017, s. 126). Det understrekes også i studien til Efrainsson et al. (2008) og Valenza et al. (2014) at økt kunnskap hos sykepleierne resulterte i iverksettelse av gode tiltak for kols pasientene, som er

tiltak som bedrer deres hverdagslige utfordringer. Det norske sykepleierforbundet (2011) fremhever at økt kunnskap hos sykepleiere fører til trygghet på egen kompetanse og dermed iverksettelse av tiltak, og dette understrekes også i de utvalgte artiklene. Dessuten setter det norske sykepleierforbundet (2011) lys på at økt kunnskap hos sykepleiere bidrar til faglig forsvarlig sykepleie. Dette går ut på at sykepleiere skal utøve en god praksis basert på faglig, etisk og rettslig norm, som skal hindre uønsket hendelser, og dette krever dermed god kompetanse av helsepersonell.

Ut ifra egne erfaringer har jeg sett viktigheten av økt kunnskap hos sykepleiere for å iverksette gode tiltak. Jeg tenker at som sykepleier er det viktig å ha økt kunnskap for å kunne se og dekke pasientenes behov. Selv ser jeg at for hvert år som går på sykepleierstudiet utvikler jeg min praksis i møte med pasienter på en positiv måte, fordi jeg tilegner meg mer kunnskap. Ved økt kunnskap klarer man å iverksette tiltak for pasienten, fordi man har gjort seg kjent med deres utfordringer. På denne måten blir også praksisen mer forsvarlig og de etiske prinsippene blir ivaretatt. De fire etiske prinsippene er viktig å ha i fokus (Kristoffersen, 2011, s. 250). I utøvelse av sykepleie til pasienter med kols og generelt i helsevesenet kan man komme i flere etiske utfordringer, og dermed er det viktig å sette de fire etiske prinsippene i fokus, og reflektere over bruken på disse fire etiske grunnprinsippene (Kristoffersen, 2011, s. 250). Dessuten stilles det krav om i helsepersonell-loven at sykepleierne skal utøve en faglig forsvarlig sykepleie og omsorgsfull hjelp (helsepersonell loven, 1999, §4).

5.2.2 Egen sykdomsforståelse

Flere pasienter i alle de utvalgte artiklene syntes at dyspné var en utfordring i hverdagen. Dette er et vanlig symptom, fordi kronisk bronkitt og emfysem fører til trange luftveier, som gjør det vanskelig å puste og dermed fører til dyspné (Grundt, H, s. 229-231). Dyspneen førte til ulike begrensninger, som sosial isolasjon. Å leve med åndenød og alltid streve med å mestre pustebesværet, tar mye energi som fører til lavt energinivå hos kols pasienter. På bakgrunn av dette kan det være vanskelig for kols pasienter å sosialisere seg (Grundt, H, s. 229-231). I intervjustudiene til Cooney et al. (2013, s. 990) og Ek & Ternestedt (2008, s. 474) følte pasientene at de ikke var til bruk for noe, fordi de ikke kunne tilfredsstille familie og venners forventninger. Ved dyspné vil en ikke ha krefter eller energi til å imøtekomme andre menneskers forventninger, som en gang var lett å tilfredsstille (Brodtkorb, 2020, s. 392). I

tillegg viser resultatene at dyspné førte til andre psykiske utfordringer som angst og depresjon (Valenza et al., 2014, s. 211). Følelsen av å ikke kunne mestre pustebesværet og at din fysiske yteevne blir begrenset i den grad at du ikke kan sosialisere deg, og blir sittende hjemme alene vil være tungt å leve med. I tillegg henger åndenød og angst godt sammen, og forsterker hverandre (Brodtkorb, 2020, s. 392). Å føle at du ikke får nok oksygen er skremmende, og dermed er det ikke uvanlig at kols pasienter lever med angst.

Resultatene viser at sykepleiernes iverksettelse av tiltak som teoretiske undervisninger om luftveienes anatomi, rådgivning og veiledning førte til økt sykdomsforståelse hos pasientene og dermed økt selvledelsesevne (Efrainsson et al., 2008, s. 180) (Padilha et al., 2017, s. 126). God undervisning og veiledning av pasienter med kols kan føre til økt kontroll over egen sykdom, og dermed bedre evne til å håndtere ulike kols symptomer (Rygh et al., 2016, s. 171). Dette understrekes i studiene til Padilha et al. (2017) og Efrainsson et al. (2008) at ved økt selvledelsesevne klarte pasientene å håndtere egne symptomer, og dette resulterte i bedring av flere hverdagslige utfordringer. Pasientene klarte å håndtere dyspneen og dermed være mer fysisk aktive, dekke sine sosiale og egne behov og ble mindre avhengig av familie og venner, som tidligere var utfordringer.

Annen relevant litteratur presiserer at sykdomsforståelse fremmer selvstendighet og dermed uavhengighet (Kristoffersen, 2017, s. 38). I tillegg fremhever den amerikanske sykepleieren Virginia Henderson at sykepleiernes rolle er å alltid iverksette tiltak som gjør pasientene selvstendige og uavhengige (Kristoffersen, 2017, s. 38). Resultatene i de utvalgte forskningsartiklene bekrefter at tiltak som økte deres sykdomsforståelse resulterte i selvstendighet og uavhengighet (Efrainsson et al., 2008, s. 180) (Padilha et al., 2017, s. 126) (Valenza et al., 2014, s. 211).

5.2.3 Puste- og hosteteknikker

Resultatene viser at følelsen av å ikke få nok oksygen var en utfordring og skremmende for mange kols pasienter (Valenza et al., 2014). Det er vanlig for kols pasienter å oppleve pusting som en kamp for å overleve (Rygh et al., 2016, s. 138.). Dette bekreftes også i studien til Padilha et al. (2017) hvor en pasient forteller at hun må kjempe for å få nok oksygen, og at pasienten føler hun blir kvelt. Dette er vanlig for kols pasienter, fordi emfysem og kronisk bronkitt fører til redusert alveol overflate, som gjør det vanskelig for kroppen å ta

opp nok oksygen og kvitte seg med avfallsstoffer på grunn av trange luftveier (NHI, 2014, 00:28) (Grundt, H, s. 229-231).

I studien til Valenza et al. (2014) iverksatte sykepleierne sammen med fysioterapeuter et ti dagers puste program. Pasientene fikk en opplæring i ulike puste- og hosteteknikker, som bedret pasientenes utfordringer som dyspné, angst og depresjon (Valenza et al., 2014, s. 210-211). Det viser seg at ulike pusteteknikker som leppepusteteknikk er godt egnet ved akutt respirasjonsbesvær (Rygh et al., 2016. s. 151). Dette bekreftes også i studiene til Efraimsson et al. (2008) og Valenza et al. (2014) at pasientene nå klarte å mestre pustebeviset i ulike akutte situasjoner. I tillegg økte livskvaliteten til kols pasientene, fordi pasientene klarte å håndtere ulike symptomer, som tidligere var en utfordring i deres hverdag og som begrenset pasientene i stor grad (Valenza et al., 2014, s. 211). Dette understrekes også i studien til (Efraimsson et al., 2008, s. 181) hvor opplæring og veiledning resulterte i mestring av pustebeviset og dermed bedring av hverdagslige utfordringer. I tillegg opplevde kols pasientene det pinlig å leve med pinlige kols symptomer som pipende lyd ved ekspirasjon og hoste med ekspektorat (Valenza et al., 2014, s. 211). Men ved å lære ulike puste- og hosteteknikker klarte pasientene å kontrollere de ulike symptomene. Pasientene ble mer sosiale, fordi det ikke var så pinlig lenger å være blant mennesker (Valenza et al., 2014, s. 211).

6.0 RESULTATENES IMPLIKASJONER FOR PRAKSIS

Resultatene setter lys på at utfordringene kols pasientene opplever i hverdagen er dyspné, sosial isolasjon, skam følelse, ensomhet, økt avhengighet av venner og familie, angst og depresjon. Resultatene belyser også viktigheten av økt kunnskap om sykdommen hos sykepleiere, for å iverksette tiltak som bedrer kols pasienters utfordringer. Det viste seg at tiltak som undervisning om luftveienes anatomi, rådgivning, egenomsorgsundervisning og veiledning i ulike puste- og hosteteknikk bedret pasientenes hverdagslige utfordringer ved at pasientene ble mer selvstendige.

Resultatene har vist viktigheten av at sykepleiere holder seg faglig oppdatert, for å kunne iverksette tiltak som bedrer kols pasienters hverdagslige utfordringer. Resultatene satt tydelig lys på at økt kunnskap om kols hos sykepleierne førte til iverksettelse av tiltak som bedret pasienters utfordringer. Teoretiske undervisninger, rådgivning, egenomsorgsundervisning og veiledning i ulike puste- og hosteteknikker var tiltak som bedret pasientenes sykdomsforståelse, selvledelsesevne og dermed ble pasientene mer selvstendige, uavhengige. I tillegg ble pasientenes evne til å håndtere symptomer som dyspné bedret, som førte til at pasientene kunne være mer fysisk aktive, være mer sosiale og dermed ble også deres utfordringer som angst og depresjon bedret.

På bakgrunn av resultatene i oppgaven foreslår jeg iverksettelse av følgende tiltak, som kan bidra til bedre sykepleiernes praksis for pasienter med kols:

- Avdelingsledere ved en lungeseksjon arrangerer en fagdag om kols til alle helsepersonell ved avdelingen. Her kan en gå gjennom og diskutere hvilke tiltak som kan iverksettes for å bedre pasientenes utfordringer, og hvordan denne pasientgruppen kan bli mest mulig selvstendig. For hver fagdag så kan det bli tatt om ulike tema, som skal være til hjelp for sykepleiernes praksis for kols pasienter. Dette vil føre til økt kunnskap hos sykepleierne, og dermed kan sykepleierne ha mulighet til å undervise og veilede pasientene, som vil øke deres sykdomsforståelse.
- Et annet tiltak som kan iverksettes av sykepleiere ved en lungeseksjon er å tilby pasientene en undervisningstime hvor sykepleieren sammen med pasienten går gjennom spørsmål pasienten lurer på, veiledning i ulike puste og hosteteknikker,

Kandidatnummer: 1567

gjennomgang av luftveienes anatomi, og at sykepleieren gjerne setter opp en dagsplan for pasienten, som pasienten skal prøve å gjennomføre.

- Sykepleiere som jobber på en lungeseksjon kan tilby pasientene en individuell motivasjons samtale. Her kan sykepleiere kartlegge pasientens situasjon, og sykepleieren sammen med pasienten kan sette opp et mål som pasienten skal klare å gjennomføre. Dette vil øke pasientens motivasjon og mestringsfølelse, som er viktig for livskvaliteten.
- Sykepleiere kan ta seg tid til å lytte til pasientenes individuelle ønsker, behov og preferanser.
- Sykepleier kan iverksette tiltak som fremmer selvstendighet, uavhengighet og økt selvledelsesevne.

Denne oppgaven har også avdekket nye spørsmål, som kan forskes videre på. Et interessant tema å forske på er for eksempel sykepleierens mulighet til å holde seg faglig oppdaterte. De fleste sykepleiere har en hektisk hverdag, og dermed kan det være interessant å få undersøke hvilke muligheter sykepleiere får til å holde seg faglig oppdater i helsetjenesten.

REFERANSER

Bakkeland, J., Thorsen, H. B., Almås, H., Sorknæs, D. A. & Grønseth, R. (2016). Sykepleie ved lungesykdommer. I D.-. G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie I* (4.utg., s. 133). Gyldendal.

Brodtkorb, K. (2020). respirasjon og sirkulasjon. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (3.utg., 392-393). Gyldendal.

Cooney, A., Mee, L., Casey, D., Murphy, K., Kirwan, C., Burke, E., Conway, Y., Healy., Mooney. & Muphy, J. (2013). Life with chronic obstructive pulmonary disease: striving for “controlled co-existence”. *The journal of clinical nursing*, 22 (7-8), 986-995. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04285.x>

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (7.utg). Gyldendal.

Efraimsson, O. E., Hillervik, C. & Ehrenberg, A. (2008). Effects of COPD self-care management education at a nurse-led primary health care clinic. *International journal of clinical practice*, 22(2), 178-185. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2007.00510.x>

Ek, K. & Ternstedt, M. -B. (2008). Living with chronic obstructive pulmonary disease at the end of life: a phenomenological study. *Journal of clinical nursing*, 62 (4), 470-478. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04611.x>

Friberg, F. (2017). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I F. Friberg (Red.) *Dags för uppsats: Vagledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3. utg., s. 135-136). Studentlitteratur.

Friberg, F. (2017). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.) *Dags för uppsats: Vagledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3. utg., s. 143-150). Studentlitteratur.

Grundt, H. (2022). Sykdommer i respirasjonsorganene. I S. Ørn & E. -B. Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (3. utg., s. 228-231). Gyldendal.

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-08-02-64). Lovdata.
https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_2#KAPITTEL_2

Kristoffersen, J. N. (2017). Helse og sykdom: Utvikling og begreper. I N. J. Kristoffersen, E. - A. Skaug & F. Nordtvedt (Red.) *Grunnleggende sykepleie 1: Sykepleie- fag og funksjon* (4.utg., s. 250-251). Gyldendal.

Kristoffersen, J. N., Nortvedt, F., Skaug, E. -A. & Grimsbø, H. G. (Red.). (2017) *Grunnleggende sykepleie 3: pasientfenomener, samfunn og mestring*. Gyldendal

Kristoffersen, J. N. (2011). Teoretiske perspektiv på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, E. -A. Skaug & F. Nordtvedt (Red.) *Grunnleggende sykepleie 1: Sykepleie- fag og funksjon* (2.utg., s. 250-251). Gyldendal.

Norsk helseinstitutt. (2014, 27. februar) *KOLS-animasjoner: Oversikt*.
<https://nhi.no/animasjoner/lunger-og-luftveier/kols/>

Norsk helseinstitutt. (2021, 22. desember) *Kols (Kronisk obstruktiv lungesykdom): Oversikt*.
<https://nhi.no/sykdommer/lunger/kols/kols/>

Norsksykepleierforbund. (2021). *Yrkesetiske retningslinjer: Oversikt*.
<https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>

Nystad, W. (2022, 09. november.). *Kronisk obstruktiv lungesykdom (kols) i Norge*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/kols/#om-siden-kontakt-endringshistorikk>

Padilha, J., Sousa, P. & Pereira F. (2017). Nursing clinical practice changes to improve self-management in chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of clinical nursing*, 65(1), 122-130. <https://doi.org./10.1111/inr.12366>

Rosness, A. T. & Dysthe, K. K. (2022). – *Hvor faglig oppdatert er sykepleiere?*. Sykepleien.
<https://sykepleien.no/meninger/2022/10/hvor-faglig-oppdatert-er-sykepleiere>

Kandidatnummer: 1567

Storenorskeleksikon. (2021, 10. januar). *Fagfelle vurdering: Oversikt*.

<https://snl.no/fagfelle vurdering>

Valenza, C. M., Valenza, -P. G., Sánchez, -T. I., Jiménez, -G. E., Valero, -C, A. & Demet, -V, G. (2013). Effectiveness of controlled breathing techniques on anxiety and depression in hospitalized patients with COPD: a randomized clinical Trial. *Journal of the American association of respiratory care*, 59(2), 209-215. <https://doi.org./10.4187/respcare.02565>

VEDLEGG 1: SØKELOGG

Søkedato	Database	Søkeord og ordkombinasjon	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Antall valgte artikler
17.10.22	CINAHL	«Chronic obstructive lung disease» AND «living with» AND «experience»	- Peer reviewed - Utgivelses år: 2008-2022 - Språk: Engelsk - Full free text	68	7	6	2
18.10.22	PubMed	«COPD» AND «Breathing techniques»	- Peer reviewed - Utgivelses år: 2008-2022 - Språk: Engelsk - Full free text	56	8	5	1
20.10.22	CINAHL	«COPD* Health care* self-care*»	- Peer reviewed - Utgivelses år: 2012-2022 - Språk: Engelsk - Full free text	121	9	4	1
24.10.22	CINAHL	«Nursing» AND «self-management» AND «COPD»	- Peer reviewed - Utgivelses år: 2012-2022 - Språk: Engelsk - Full free text	15	5	3	1

VEDLEGG 2: LITTERATURMATRISE

Forfatter, årstall, tidsskrift og land	Artikkel tittel	Hensikt med studien	Perspektiv (sykepleier/pasient(pårørende))	Metode og analyse	Utvalg/populasjon	Hovedfunn/resultater
Cooney, A., Mee, L., Casey, D., Murphy, K., Kirwan, C., Burke, E., Conway, Y., Healy., Mooney. & Muphy, J 2013 The journal of clinical nursing Irland	Life with chronic obstructive pulmonary disease: striving or «controlled co-existence»	Belyse hvordan kronisk obstruktiv lungesykdom påvirker på kols pasienters liv.	Pasient perspektiv	Kvalitativ tilnærming Individuell semistruktuert Intervju Det ble brukt den konstante komparative teknikken i analyseprosessen	15 menn og 11 kvinner fra 49-86 år. Deltakerne var erfarne kols pasienter.	-Dyspné begrenser kols pasientenes evne til å være fysisk aktive. -Dyspné fører til ulike begrensinger, som fører til sosial isolasjon og økt avhengighet av familie og venner. -Flere pasienter skammer seg over pinlige kols symptomer, som pipende lyd ved ekspirasjon og ekstrem hoste med ekspektorat. -Flere pasienter kan få pusteanfall som oppleves skremmende, og som fører til angst, panikk og depresjon for mange kols pasienter.
Ek, K. & Ternstedt, M, B. 2008 Journal of clinical nursing Svergie	Living with chronic obstructive pulmonary disease at the end of life: a phenomenological study	Belyse kols pasienters opplevelse av å leve med sykdommen.	Pasient perspektiv	Kvalitativ tilnærming Individuelt intervju Det ble brukt fenomenologisk metodikk i	3 menn og 5 kvinner fra 48-79 år. Deltakerne var erfarne kols pasienter.	-Dyspné var det symptomet som førte til flest hverdagslige utfordringer. -Pasientene hadde ikke tilstrekkelige krefter til å gå ut å være sosiale. -Dyspné begrenset deres hverdag i stor grad, som

Kandidatnummer: 1567

				analyseprosessen		førte til begrenset sosialitet med familie og venner. -På grunn av reduserte krefter klarte pasientene ikke å utføre hverdagslige gjøremål, som førte til økt avhengighet av familie venner. Dette førte til ufrihet. -Pinlige kols symptomer, førte til ensomhet og skam følelse
Efrainsson, O. E., Hillervik, C. & Ehrenberg, A. 2008 International journal of clinical practice Svergie	Effects of COPD self-care management education at a nurse-led primary health care clinic	Belyse effekten av egenomsorgs undervisning for pasienter med kols.	Pasient perspektiv	Kvantitativ tilnærming Spørreskjema Det ble brukt Mann- Whitney U-test i analyseprosessen	26 menn og 26 kvinner fra 48-68 år. Deltakerne var erfarne kols pasienter.	Iverksettelse av tiltak som egenomsorgs undervisning, veiledning, motivasjons samtaler, rådgivning og undervisning om luftveienes anatomi førte til bedring av kols pasientenes hverdagslige utfordringer. Pasientene fikk økt motivasjon, mindre sosial isolasjon, økt evne til fysisk aktivitet og økt livskvalitet.
Valenza, C. M., Valenza, -P. G., Sánchez, -T. I., Jiménez, -G. E., Valero, -C. A. & Demet, -V, G. 2013 Journal of the American association of respiratory care	Effectiveness of controlled breathing techniques on anxiety and depression in hospitalized patients with COPD: a randomized clinical trial	Belyse hvilken effekt kontrollert puste- og hosteteknikk program har på kols pasienter.	Pasient perspektiv	Kvantitativ tilnærming Spørreskjema Det ble brukt en statistisk analyse	46 mannlige deltakere mellom 67-86 år. Deltakerne var erfarne kols pasienter.	Iverksettelse av ti dagers hoste- og pusteteknikk program førte til at pasientene fikk økt kontroll over dyspneen, som bedret pasientenes angst og depresjon. Pasientene klarte å mestre pustebeværet og dermed ble pasientenes pinlige symptomer bedret..

Kandidatnummer: 1567

Spania						
<p>Padilha, J., Sousa, P. & Pereira F. 2017</p> <p>Journal of clinical nursing</p> <p>Portugal</p>	<p>Nursing clinical practice changes to improve self-management in chronic obstructive pulmonary disease</p>	<p>Belyse effekten av endring i klinisk praksis hos sykepleiere.</p>	<p>Pasient perspektiv & sykepleier perspektiv</p>	<p>Kvalitativ tilnærming</p> <p>Intervjustudie</p> <p>Det ble brukt en innholdsanalyse.</p>	<p>52 sykepleiere og 99 kols pasienter (69 menn og 30 kvinner).</p> <p>Alderen på kols pasientene var fra 40-80 år.</p>	<p>-Økt kunnskap om kols hos sykepleiere førte til iverksettelse av tiltak som teoretiske undervisningstimer, som resulterte i økt selvstendighet og kontroll på egen sykdom.</p> <p>-Pasientene ble mer selvstendige og uavhengig av familie og venner, som resulterte i økt frihet og kontroll på eget liv.</p> <p>-Pasientene ble mer fysisk aktive, og kunne dermed være mer sosiale sammen med venner og familie.</p>