

Bacheloroppgave i sykepleie

Kandidatnummer: 1300 og 1320

Emnekode: SYBA3900

Emnenavn: Bacheloroppgave

Kull: Høst 2017

Studieprogram: Bachelorstudium i sykepleie

Antall ord: 11501

Innleveringsfrist: 29.05.2020

KRONISK OBSTRUKTIV LUNGESYKDOM OG MESTRING

*“Hvordan kan sykepleier fremme mestring hos
kolspasienter?”*

“Én sak er akutt eller uhelbredelig, dødelig
sykdom. En annen ting er å være kronisk syk i år
etter år, tiår etter tiår. Ikke til å dø av, men til å
prøve å leve med.” (Åmås, 2016).

Antall ord: 11501

28.05.2020

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Vi har erfart å møte kolspasienter i de fleste praksisperioder gjennom studieløpet. Dette viser at man kan møte kolspasienter uansett hvor man jobber som sykepleier - bacheloroppgaven er en ypperlig mulighet til å øke vårt kunnskapsnivå rundt temaet.

Problemstilling:

“Hvordan kan sykepleier fremme mestring hos kolspasienter?”

Metode: Denne oppgaven er en litteraturstudie. Vi har tatt i bruk diverse pensumlitteratur samt forskningsartikler som vi har funnet i databasene Cinahl og Elsevier, for å besvare problemstillingen.

Resultater: Angst, pustebesvær og sosial isolasjon er tre av flere problemområder mange personer med kols opplever. Økt kunnskap kobles til økt selvtillit, økt selvstyring, samt en følelse av mestring. Å bidra til økt mestringstro kan lindre angst og forebygge sosial isolasjon, ettersom høy grad av mestringstro assosieres med lave nivåer av angst. Motiverende veiledning som metode kan fremme mestring da motivasjon og mestring henger tett sammen.

Konklusjon: Ved å øke kunnskap, hjelpe pasienten i å opparbeide nødvendige ferdigheter for å mestre sykdommen, bidra til økt mestringstro, samt å anvende motiverende veiledning kan sykepleier fremme mestring hos kolspasienter. Alt i alt mener vi at COPD-GRIP intervensjonen og intervensjonene nevnt over er gode metoder sykepleiere kan anvende for å fremme mestring hos kolspasienter.

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING	6
1.1 BEGRUNNELSE FOR VALG AV TEMA OG HENSIKT MED OPPGAVEN.	6
1.2 PROBLEMSTILLING.....	7
1.3 AVGRENSNING AV OPPGAVEN.....	7
2.0 TEORI	8
2.1 KOLS.....	8
2.1.1 Konsekvenser av kroniske respiratoriske problemer.....	8
2.2 MESTRING.....	9
2.2.1 Mestringsstøtte til kronisk syke.....	10
2.2.2 Mestringstro.....	10
2.3 SYKEPLEIERENS HELSEFREMMENTE FUNKSJON.	11
2.3.1 Undervisning og veiledning.....	11
2.3.2 Motiverende veiledning.....	12
2.3.3 Empowerment.....	13
2.4 MESTRINGSTEORI.	14
2.4.1 Stress og mestring.....	14
2.4.2 Mestringsstrategier.....	15
3.0 METODE	16
3.1 LITTERATURSTUDIE SOM METODE.....	16
3.1.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	16
3.1.2 Innledende litteratursøk.....	16
3.1.3 Systematisk litteratursøk.....	17
3.1.4 Kildekritikk.....	18
4.0 RESULTATER	20
4.1 FORSKNINGSARTIKLER.	20
4.2 OVERSIKTSARTIKKEL.....	24
5.0 DRØFTING	25
5.1 PASIENTOPPLEVELSER.	25
5.1.1 Å leve med angst.....	25
5.1.2 Å leve med kronisk pustebesvær.....	27
5.1.3 Sosial isolasjon.....	28
5.2 HVORDAN KAN SYKEPLEIER FREMME MESTRING?.....	30
5.2.1 Motiverende veiledning.....	30
5.2.2 Bidra til økt mestringstro.....	31
5.2.3 Øke kunnskap og ferdigheter.....	32
5.2.4 COPD-GRIP intervensjonen.....	33
6.0 AVSLUTNING	38
7.0 REFERANSER	39
VEDLEGG	44

1.0 INNLEDNING

Kronisk obstruktiv lungesykdom (kols) er en progressiv livstruende sykdom som forårsaker pustebesvær. Mange med kols er ikke klar over at de har sykdommen og har ofte milde symptomer (Folkehelseinstituttet [FHI], 2018). Sannsynligvis har omtrent 300 000 nordmenn kols og ca. 2000 personer dør av kols i Norge hvert år (Helsedirektoratet, 2012, s. 9). Globalt anslås det at 3,17 millioner dødsfall var forårsaket av sykdommen i 2015 – det vil si 5 % av alle dødsfall globalt det året (World Health Organization [WHO], 2017). Videre, anslås det at kols vil være den tredje største dødsårsaken internasjonalt i 2020 (Helsenorge, 2020).

Flere pasienter med kols opplever plutselige forverringer av sykdommen som kan være livstruende og føre til sykehusinnleggelse (Helsenorge, 2020). Omtrent 11 000 kolspasienter var i 2015 innlagt på sykehus av denne grunn (FHI, 2018). Kols er ikke en kurativ sykdom, men ved behandling kan man lindre symptomer, forbedre livskvaliteten og redusere dødsrisikoen (WHO, 2017).

Denne bacheloroppgaven omhandler i hovedsak ulike konsekvenser kolssykdommen har på mestring. Vi tar for oss pasientenes opplevelse av angst og pustebesvær, samt sosial isolasjon. Dette da disse henger tett sammen, noe vi viser senere i oppgaven. Videre, handler oppgaven om hvordan sykepleiere kan anvende ulike metoder og intervensjoner for å fremme mestring hos disse pasientene. Følgelig, tar vi for oss hvordan motiverende veiledning, å bidra til økt mestringstro, samt øke kunnskap og ferdigheter kan bidra til økt mestring for kolspasienter. Til slutt går vi igjennom en sykepleiefaglig intervensjon som har vist seg å fremme mestring hos pasientgruppen.

1.1 Begrunnelse for valg av tema og hensikt med oppgaven.

Sykepleiere har en sentral rolle i behandlingen og oppfølgingen av kolspasienter da man møter pasientene i alle stadier av sykdommen (Engevik, 2015, s. 3). Vi har i hovedsak valgt dette temaet på grunn av dets sykepleiefaglige relevans. Videre har vi erfart å møte kolspasienter i de fleste praksisene vi har hatt gjennom studieløpet. For oss illustrerer dette at man kan møte kolspasienter uansett hvor man jobber som sykepleier.

I løpet av studieårene har vi fått erfare hvor utfordrende det kan være å møte kolspasienters psykososiale behov, da det ofte fokuseres på de fysiologiske aspektene ved sykdommen.

Derfor har vi både valgt å gå i dybden på konsekvenser for de psykososiale- og fysiologiske behovene til pasientene. Bacheloroppgaven er dermed en god mulighet for å øke vårt kunnskapsnivå rundt temaet. Hensikten med bacheloroppgaven er at vi skal erverve “kunnskap, erfaring og innsikt” i vår problemstilling, samt at vi skal utfordres til å orientere oss i litteratur (Thidemann, 2019, s. 19-20). I vår bacheloroppgave går vi ut ifra at leseren har en viss sykepleiefaglig kompetanse, oppgavens hensikt er særdeles å gi leseren oppdatert kunnskap på det aktuelle fagområdet.

1.2 Problemstilling.

Etter å ha sett over PICO-skjema (se tabell 1) og drøftet ulike aspekter ved oppgavens tema kom vi fram til følgende problemstilling:

“Hvordan kan sykepleier fremme mestring hos kolspasienter?”

1.3 Avgrensning av oppgaven.

I oppgaven tar vi for oss kolspasienter i alle stadier av sykdommen og tar utgangspunkt i alle pasienter med kols, uavhengig av om disse bor hjemme eller er innlagt på institusjon. Intervensjonene og metodene som er omtalt for å fremme mestring er også valgt uavhengig av hvor de tidligere er anvendt. I oppgaven viser vi til hvor vi mener de vil være gunstige å anvende for sykepleiere i Norge. Vi har valgt å avgrense oppgaven ved å ikke omtale tiltak som ikke enkelt kan anvendes av sykepleiere. Videre, har vi valgt å avgrense oppgaven til kun å inkludere tre problemområder pasientene opplever; angst, pustebesvær og sosial isolasjon. Det forekommer naturligvis flere konsekvenser enn de overnevnte. Likedan vil de ulike metodene som drøftes kunne ha effekt og/eller overføringsverdi på andre plager kolspasienter opplever, for eksempel søvnforstyrrelser eller ernæringsproblematikk. Likevel har vi valgt å kun fokusere på de tre overnevnte problemområdene da disse henger tett sammen. I tillegg avgrenser vi til disse tre da oppgavens ordramme ikke gjør det mulig å gå i dybden på alle problemer kolspasienter opplever.

2.0 TEORI

I denne delen av oppgaven beskriver vi teori som er av relevans til oppgavens problemstilling. Først går vi gjennom kols, samt sykdommens konsekvenser for de grunnleggende behov. Så går vi igjennom ulike aspekter ved mestring og deretter sykepleierens helsefremmende funksjon med fokus på undervisning og veiledning. Til slutt tar vi for oss mestringsteori.

2.1 Kols.

Kronisk obstruktiv lungesykdom (kols), er en samlebetegnelse på “sykdommer som karakteriseres av økt luftveismotstand som ikke er reversibel eller fullt ut lar seg normalisere” (Bakkelund, Thorsen, Almås, Sorknæs & Grønseth, 2016, s. 133). Pasientene har en kronisk inflammasjon som fører til at luftveisobstruksjonen er progredierende. Luftveismotstanden er økt under ekspirasjonen, noe som medfører at pasienten får besværet ekspirasjon (Bakkelund et al., 2016, s. 133). Begrepet “kols” innebærer i hovedsak sykdommene kronisk obstruktiv bronkitt og emfysem, samt en blanding av disse (Bakkelund et al., 2016, s. 133). Kols klassifiseres på grunnlag av spirometri og alvorlighetsgrad; etter GOLD-kriteriene deles kols inn i fire stadier, der stadium 1 betegner en mild type kols og stadium 4 betegner en meget alvorlig type av sykdommen (Grundt & Mjell, 2016, s. 240).

2.1.1 Konsekvenser av kroniske respiratoriske problemer

Konsekvenser av kroniske respiratoriske problemer som ved kols kan blant annet være redusert fysisk utholdenhet, samt følelsesmessige- og sosiale konsekvenser (Skaug & Berntzen, 2016, s. 110).

Pasienter med kols bruker ofte mye krefter på respirasjonsarbeidet, noe som resulterer i at pasientene orker mindre. En ond sirkel oppstår da pasientens nedsatte utholdenhet igjen fører til at evnen til dyp respirasjon og opphosting av slim reduseres. Videre, kan redusert fysisk utholdenhet medføre at pasientene i mindre grad deltar i daglige aktiviteter, eksempelvis egenomsorg og sosial omgang med andre (Skaug & Berntzen, 2016, s. 110).

Sosial isolasjon, depresjon, negativt selvbilde og ikke minst angst, kan være følelsesmessige og sosiale konsekvenser av å ha kroniske respirasjonsproblemer. Sosial isolasjon kan komme

som en konsekvens av både det fysiske og følelsesmessige ubehaget respirasjonsproblemer medfører (Skaug & Berntzen, 2016, s. 111). Pasienter kan oppleve å føle seg nedstemt som en følge av sosial isolering og over tid kan dette bidra til å utvikle en depresjon. Videre, sliter mange av pasientene med ubearbeidede følelser, blant annet sinne, skyldfølelse og skam (Skaug & Berntzen, 2016, s. 111). Studier viser at kolspasienter ofte kan oppleve stor grad av skyldfølelse og skam, særlig i de tilfellene der tobakksrøykingen har vært en utløsende faktor eller der det har ført til en forverring av sykdommen. Pasienter med kols kan bli utsatt for stigmatisering nettopp på grunn av tobakksrøyking da det å ha kols og samtidig røyke går mot det de aller fleste vil betrakte som sunn fornuft (Jensen, 2016, s. 224). I den sammenheng kan pasienter med kols oppleve å føle seg stigmatisert av helsepersonell, familie og samfunnet for øvrig. Likevel, er det flere som ikke endrer vaner i form av røykeslutt. Til gjengjeld blir disse pasientene ofte sett på som “vanskelige” og kan oppleve å bli møtt med fordømmelse av helsepersonell (Jensen, 2016, s. 225).

Pasienter med dyspné har ofte lite energi og dermed nedsatt fysisk utholdenhet. Dette påvirker hverdagen på mange måter; pasientene har “reduisert evne til å være i arbeid, delta i fritidsaktiviteter, reise og så videre, til å utføre husarbeid, stelle seg selv og i alvorlige tilfeller kunne ta del i samtale” (Skaug & Berntzen, 2016, s. 111). Tap av disse aspektene i dagliglivet kan i lengden påvirke pasientens relasjoner (Skaug & Berntzen, 2016, s. 111).

2.2 Mestring.

Mestring og styrking av ressurser er aktuelle begreper i dagens sykepleie (Kristoffersen, 2016, s. 17). Mestring innebærer strategier for å beherske, tolerere og redusere ytre eller indre påkjenninger, samt følgene av disse påkjenningene. Hverdagsmestring handler om å håndtere dagligdagse situasjoner eller problemer (Eide & Eide, 2017, s. 48), for kolspasienter er det ofte denne mestringen det vil være snakk om. Evnen til hverdagsmestring kan for pasienter med kols bli utfordret av det faktum at de må lære seg å leve best mulig med følgene av sykdommen (Eide & Eide, 2017, s. 49).

Mestring og egenomsorg er viktige helsepolitiske mål i *folkehelseloven* og i *lov om kommunale helse- og omsorgstjenester* (Kristoffersen, 2016, s. 18). Som sykepleier vil man møte pasienter som behøver hjelp til nettopp å styrke sine ressurser og mestringsevne, både i kommune- og spesialisthelsetjenesten (Kristoffersen, 2016, s. 18). Ved å avklare hva som er

viktig for den enkelte pasienten, legge gode planer sammen og å motivere for å nå de satte målene, kan man som sykepleier være med å realisere pasientens eget helseprosjekt. I dette ligger også å styrke pasientens hverdagsmestring (Eide & Eide, 2016, s. 49).

Eide & Eide beskriver at mestring innebærer å måtte forholde seg til negative følelser, som for eksempel angst (2016, s. 50). Det å skulle mestre en situasjon med nedsatt funksjon, kan utløse følelser som fortvilelse, sinne, irritasjon og ofte skam eller skyld. I mestringsarbeidet vil dog positive følelser også spille inn. For eksempel når man lykkes med å gjennomføre noe som har vært fysisk krevende tidligere. God kommunikasjon fra helsepersonell i slike situasjoner kan bidra til positive følelser og en følelse av mestring (Eide & Eide, 2016, s. 50).

2.2.1 Mestringsstøtte til kronisk syke

Mestringsstøtte kan beskrives som:

... støtte og bistand som ytes av helsepersonell til mennesker med kroniske lidelser og deres familie, for å styrke deres forståelse av egen rolle i mestring av sykdommen, styrke evnen til å gjøre informerte valg og til å integrere nye levevaner som fremmer helse i deres dagligliv (Kristoffersen, 2016, s. 355).

Det kan ikke forventes at pasienter skal kunne mestre store livsomveltninger på egen hånd, helsepersonell forventes derfor å bistå på viktige områder. Mestringsstøtte beskrives som et sentralt arbeidsområde for sykepleiere (Kristoffersen, 2016, s. 356), og oppmerksomheten rettes mot utfordringer som er knyttet til å leve med kronisk sykdom (Kristoffersen, 2016, s. 355).

2.2.2 Mestringstro

Mestringstro, på engelsk self-efficacy, handler om “en persons evne til å sette seg konkrete handlingsmål, samt å ha en klar forventning om å kunne gjennomføre sine mål” (Kristoffersen, 2016, s. 314). Dette innebærer at man har tro på at man er i stand til å utføre handlinger som er nødvendige for å mestre situasjoner i fremtiden. Med andre ord handler

mestringstro om å ha en positiv forventning om å mestre situasjoner, eller å nå mål en setter seg. Mestringstro er avgjørende for hvordan vi tenker, opplever og handler i konkrete situasjoner (Kristoffersen, 2016, s. 314). I praksis vil dette si at dersom en person har manglende tro på at en selv vil klare å gjennomføre eventuelle forandringer (eksempelvis røykeslutt), vil vedkommende muligens ikke en gang forsøke (Kristoffersen, 2016, s. 314).

2.3 Sykepleierens helsefremmende funksjon.

Helsefremming kan defineres som “den prosessen som setter den enkelte så vel som fellesskapet i stand til økt kontroll over forhold som virker inn på helsa, og derigjennom bedre sin egen helse” (Kristoffersen, 2016, s. 354). I det helsefremmende arbeidet vil en forsøke å påvirke faktorer og forhold som kan være med å styrke pasientens ressurser for mestring. Den pedagogiske kompetansen sykepleiere sitter på står sentralt i dette arbeidet (Kristoffersen, 2016, s. 354).

2.3.1 Undervisning og veiledning

Når helsesituasjonen endrer seg for et menneske blir livet annerledes og man vil ofte trenge ny kunnskap, samt endre på vaner og livsstil (Eide & Eide, 2016, s. 257). Pasienter og ikke minst pårørende vil ofte trenge rådgivning og veiledning, og helsepersonell kan være en slags veileder i slike endringsprosesser. Pasienter med kols har behov for informasjon, opplæring og veiledning for å få en bedre forståelse av sin sykdom, utvikling og behandling. Ikke minst er dette viktig for å kunne bidra til egen mestring av sykdommen hvor målet er at pasienten skal kunne ulike mestringsteknikker (Helsedirektoratet, 2012. s. 45). Helsedirektoratet anbefaler at “helsepersonell skal bidra til at pasienter får kunnskap og forståelse slik at de kan vurdere symptomutvikling, alvorlighetsgrad og iverksette egenbehandling” (Helsedirektoratet, 2012, s. 47). Veiledning av pasienter og å bidra til å styrke deres motivasjon for endring er og vil forbli en viktig rolle i helsevesenet (Eide & Eide, 2016, s. 257). Selv om helsepersonell veileder, motiverer og stiller seg åpen og interessert, er det viktig å huske på at det er pasienten som faktisk skal gjennomføre prosjektet. Pasienten må selv sette ord på eget helseprosjekt. Med dette innebærer blant annet hva målet for endringsarbeidet er og hvilke ønsker for behandling og støtte pasienten faktisk har (Eide & Eide, 2016 s. 259). Det er viktig

å sette seg inn i pasientens følelser, motivasjon, verdier og ikke minst forestillinger om framtiden (Eide & Eide, 2016, s. 258).

Å utfordre pasienten til å se seg selv og egen situasjon i nytt lys vil være viktig (Eide & Eide, 2016, s. 237). Det å få pasienten til å se seg selv fra en ny og mer positiv synsvinkel, kan være med å gjøre problemet lettere å forholde seg til. Det kan også bidra til ny innsikt i egen situasjon (Eide & Eide, 2016, s. 239). Positiv omdefinering kan føles truende for enkelte pasienter. Det vil da være viktig med motiverende kommunikasjon for å få pasienten til å se egen situasjon med nye øyne. Dette kan resultere i at pasienten vil ta i bruk mer av egne ressurser, men også faktisk akseptere de mulighetene vedkommende har (Eide & Eide, 2016, s. 240).

2.3.2 Motiverende veiledning

Motivasjon og mestring henger tett sammen, og å medvirke til mestring innebærer derfor å stimulere til økt motivasjon hos pasienten (Eide & Eide, s. 48). Hos personer som har mestringsutfordringer kan motiverende kommunikasjon være et nyttig redskap (Eide & Eide, s. 55). Eide & Eide beskriver at å styrke pasientens mestringsevne blant annet kan gjøres ved å anvende motiverende veiledning. Med motiverende veiledning menes all kommunikasjon som bidrar til å styrke pasientens indre motivasjon for “endring, utvikling og aktiv mestring” (Eide & Eide, 2017, s. 56). Lode beskriver at “Det viktigste verktøyet for å stimulere til bedre mestring er samtalen.” (2016 s. 52). Motiverende intervju (MI) som metode er en effektiv og empatisk samtalem metode som har som hensikt å motivere vedkommende til atferdsendring (Helsedirektoratet, 2017). Vi har derfor valgt å betrakte MI som en slags form for motiverende veiledning.

MI anvendes blant annet i håndteringen av kroniske lidelser, og ved god bruk av metoden kan man danne et “samarbeidende partnerskap” mellom pasienten og sykepleieren (Helsedirektoratet, 2017). Videre, baserer metoden seg på erfaringer og forskning som tyder på at en persons motivasjon til endring kan økes via samtale (Helsedirektoratet, 2017). I et MI søker man å påvirke den indre motivasjonen til pasienten ved å:

... øke bevisstheten rundt atferdens negative konsekvenser, arbeide med diskrepansen mellom nåværende og ønsket tilstand, arbeide med ambivalens, ved å lage en

forandringsplan når en person er klar for endring, og ved å stille spørsmål som vil forsterke atferden («Hva vil du gjøre nå?», «Hva er neste steg for deg?»).

(Helsedirektoratet, 2017).

Metoden kan brukes av helsepersonell og andre profesjonelle hjelpere, men er spesifikt godt egnet for sykepleiere som jobber på steder der livsstilsendring er et tema (Kristoffersen, 2016, s. 388). Ved å arbeide etter MI som metode må sykepleieren vise forståelse og anerkjennelse for pasienten. Dette gjøres gjennom å parafrasere og aktiv lytting. Så, kan sykepleier medvirke til en opplevelse av diskrepans og deretter at pasienten løser sin opplevelse av ambivalens ved å ta en avgjørelse om atferdsendring (Kristoffersen, 2016, s. 388). Motstand er en naturlig del av samtalen og kan for eksempel merkes ved at pasienten er sint, irritert, uinteressert i samtale, eller kommer med motargumenter for endring. Slik motstand bør møtes på en konstruktiv måte der sykepleieren kan bekrefte det pasienten sier og vise forståelse for pasientens reaksjoner (Kristoffersen, 2016, s. 389). Ikke minst like viktig er det å støtte pasientens mestringstro ved å styre samtalen i den retning at fokuset er på det pasienten allerede mestrer og på eventuelle tidligere positive erfaringer med å gjennomføre livsstilsendringer (Kristoffersen, 2016, s. 390).

2.3.3 Empowerment

Forståelsen av empowerment går ut på at helsepersonell kan være med å myndiggjøre pasienter eller brukere ved å overføre makt (Kristoffersen, 2016, s. 351). Individuell mobilisering refererer til ens opplevelse av kontroll over forhold i eget liv. Begrepet er beslektet med *mestringstro*, *mestringskompetanse* og *opplevd kompetanse*. Om en person har mobilisert sin styrke og makt, innehar de handlingskompetanse og ressurser til å gjøre helsefremmende valg (Kristoffersen, 2016, s. 352). Helsepersonell kan være med på å overføre makt til pasienten, men det er veldig viktig at det også settes i gang prosesser som gjør pasienten kapabel til å ta ansvar for sin egen helse og hverdag. Empowerment kan slik oversettes til *styrking*. Styrking kan brukes både om det målet som skal nås, men ikke minst også om det å komme dit. På det individuelle nivået omfatter begrepet empowerment utvikling av personens mestringsevne (Kristoffersen, 2016, s. 352).

2.4 Mestringsteori.

Teorier om mestring kan brukes som et hjelpemiddel til å forstå pasientens reaksjoner og behov, og utgjør samtidig et viktig grunnlag for å planlegge intervensjoner. Vi har valgt å inkludere Lazarus og Folkmans teori om stress og mestring da denne er svært aktuell med tanke på oppgavens problemstilling.

2.4.1 Stress og mestring

En av kjernepunktene i kognitiv stressteori er at psykologisk stress ikke kan forstås uavhengig av den personen det gjelder (Kristoffersen, 2016, s. 247). Dette innebærer at “en situasjon er en påkjenning når personen selv oppfatter den som det” (Kristoffersen, 2016, s. 247). Dette legger opp til at psykologisk stress er subjektivt – hva som oppleves som stressende er høyst individuelt. Videre, bærer ulike sammenhenger og faser i livet med seg varierende evne til å takle stress, og stressreaksjoner “utløses når en person opplever at en situasjon er farlig eller belastende” (Kristoffersen, 2016, s. 247). Stressvurderingen, det vil si forventningen om at en situasjon er farlig eller belastende, er intimt knyttet til at grunnleggende behov er truet eller mangelfullt ivaretatt (Kristoffersen, 2016, s. 247).

Lazarus og Folkman definerer mestring som: “... kontinuerlig skiftende kognitive og atferdsmessige bestrebelser på å mestre spesifikke indre og/eller ytre krav, som etter personens oppfatning tærer på eller overstiger hans ressurser” (Kristoffersen, 2016, s. 247). Mestringsbegrepet refererer her til alle handlinger og strategier som rettes mot å kontrollere krav og konflikter (Kristoffersen, 2016, s. 248).

I et forsøk på å mestre en situasjon legges en kognitiv vurdering til grunn, såkalt primærvurdering (Kristoffersen, 2016, s. 248). Denne vurderingen er en oppfatning av situasjonen - personen oppfatter situasjonen som enten positiv, nøytral eller belastende. En positiv eller nøytral oppfatning betegnes ikke som psykologisk stress, mens ved en belastende vurdering kan situasjonen oppfattes som et tap, en trussel eller utfordrende (Kristoffersen, 2016, s. 248). Personens følelser kommer som et resultat av den kognitive vurderingen. I sekundærvurderingen vurderes mulighetene for å mestre situasjonen. Som sykepleier er det viktig å vektlegge at vi ved å påvirke faktorer i vurderingsprosessen til pasienter kan bidra til en revurdering av situasjonen (Kristoffersen, 2016, s. 249).

2.4.2 Mestringsstrategier

Lazarus og Folkman skiller mellom to hovedtyper mestringsstrategier: problemorientert mestring og emosjonelt orientert mestring (Kristoffersen, 2016, s. 249). Den problemorienterte mestringsstrategien innebærer ulike typer aktive og direkte problemløsende strategier, og velges særlig i de situasjoner der personen tenker seg til at han kan håndtere situasjonen. Denne typen mestring omfatter også følelsesmessig bearbeiding av situasjoner som ikke kan forandres, for eksempel ved kronisk sykdom (Kristoffersen, 2016, s. 249). Hensikten til den emosjonelt orienterte mestringsstrategien er “å redusere ubehagelige følelser i stressituasjoner og forsøke å endre opplevelsen av en situasjon i stedet for å endre selve situasjonen” (Kristoffersen, 2016, s. 250-251). Slik mestringsstrategi er svært nødvendig i situasjoner som ikke kan endres, da den regulerer følelsesmessige reaksjoner (Lode, 2016, s. 42). Eksempler på slik strategi kan være å bagatellisere alvoret, overlate ansvaret til andre, anvende diverse forsvarsmekanismer (for eksempel fornektning eller projeksjon) eller å unngå situasjonen (Kristoffersen, 2016, s. 250).

I tillegg til de to overnevnte strategiene beskriver Lode unngåelsesstrategier.

Unngåelsesstrategiene brukes når man ønsker å unngå å tenke på en situasjon (Lode, 2016, s. 42). Slike strategier er hensiktsmessige i situasjoner hvor det kan være tøft å ta inn alt på én gang, for eksempel når man får en diagnose. I slike situasjoner er det mye en skal fordøye, og det å unngå å tenke på det kan være en måte å tilpasse seg gradvis (Lode, 2016, s. 43).

Likevel anses unngåelsesstrategiene som uhensiktsmessige i mestring av sykdom i og med at å leve med sykdom ofte krever handling (Lode, 2016, s. 43).

3.0 METODE

Metode er den systematiske fremgangsmåten man anvender for innsamling av informasjon og kunnskap for å kaste lys over en problemstilling (Thidemann, 2019, s. 74). I denne delen av oppgaven vil vi gjøre rede for litteraturstudie som metode. I tillegg vil vi beskrive inklusjon- og eksklusjonskriterier, hvilke databaser som ble anvendt, samt litteratursøk.

3.1 Litteraturstudie som metode.

I en litteraturstudie systematiserer man kunnskap fra skriftlige kilder (Thidemann, 2019, s. 77). Videre, innebærer en litteraturstudie kritisk gjennomgang av funnene, og dessuten en sammenfatning av det hele avslutningsvis. Litteraturstudie som metode har som hensikt å utarbeide oppdatert og informerende kunnskap rundt valgt problemstilling samt hvordan og hvorfor vi kom fram til denne (Thidemann, 2019, s. 77).

3.1.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjons- og eksklusjonskriterier bidrar til å tydeliggjøre litteratursøket slik at søket blir så hensiktsmessig som mulig (Thidemann, 2019, s. 83). Vi inkluderer kun artikler som er publisert de siste ti årene. Dette gjør vi fordi vi kun ønsker oppdatert kunnskap og forskning. Videre har vi valgt å inkludere alle artikler som omhandler kolspasienter, uavhengig av om disse pasientene bor hjemme eller er innlagt i spesialist- eller kommunehelsetjenesten. Vi har valgt å ekskludere alle studier som er utført i land som ikke enkelt er overførbare til norske forhold.

3.1.2 Innledende litteratursøk

I det innledende litteratursøket ville vi først og fremst finne ut hvor mye som fantes om oppgavens tema. Først søkte vi i universitetsbibliotekets søkemotor, Oria. Der søkte vi med ordet “kols” på norsk og engelsk, med en god del treff. Dette viste oss at det finnes et godt utvalg av litteratur om temaet.

På universitetsbibliotekets side finnes en oversikt over tilgjengelige databaser samt en oversikt over sykepleiefaglige databaser. Vi valgte databasen Cinahl da den er sykepleiefaglig

og vi er kjent med å bruke denne fra tidligere. Vi brukte søkeordet “pulmonary disease, chronic obstructive”. Dette søket bekreftet at det finnes godt med litteratur som omhandler temaet.

3.1.3 Systematisk litteratursøk

I det systematiske litteratursøket tok vi først og fremst i bruk MeSH for å gjøre mest mulig presise søk. MeSH er en forkortelse for Medical Subject Headings og er et verktøy man kan anvende for å muliggjøre enkle søk. Videre, er MeSH en termbase som omfatter sentrale begreper innen blant annet medisin og helsefag med parallellspråklige termer som vil være hjelpelige i å forstå medisinsk fagterminologi (Aasen, 2020). Vi brukte noen av MeSH termene i søket videre, se tabell 1.

Tabell 1.

	Population/Patient/ Problem Hvem/hvilke	Intervention Hva	Outcomes Resultater
	Kolspasienter Angst Sosial isolasjon	Sykepleieintervensjon eller andre intervensjoner/tiltak (informasjon/veiledning/ forebyggende tiltak)	Økt livskvalitet Økt mestring
Norske søkeord (MeSH)	Kols Angst Sosial isolasjon	Sykepleie	Livskvalitet Mestring Styrking
Engelske søkeord (MeSH)	Pulmonary Disease, Chronic Obstructive COPD Anxiety Social Isolation	Nursing	Quality of life Adaptation, Psychological Coping skill(s) Empowerment

Da vi ikke hadde noe å sammenligne intervensjonene med valgte vi å fjerne “C-en” i PICO-skjema.

Etter å ha funnet relevante termer i MeSH begynte vi søket i Cinahl. I tillegg til de søkeordene vi fant ved hjelp av MeSH, har vi også brukt to andre søkeord. Søkeordet “Psychosocial Aspects of Illness” brukte vi i søket etter forslag fra veileder. Søkeordet “Self-efficacy” fant vi i Kristoffersen (2016, s. 314) da vi jobbet med oppgavens teori.

I Cinahl brukte vi søkeordet “Pulmonary Disease, Chronic Obstructive” i ulike kombinasjoner med **AND** og søkeordene “Coping”, “Quality of Life”, “Nursing”, “Psychosocial Aspects of Illness”, “Anxiety”, “Social Isolation”, “Self-efficacy”, og “Empowerment”. Vi valgte kun å se på de artiklene som virket relevante ut ifra tittelen og leste sammendraget av disse. Derfra valgte vi de artiklene som kunne bidra til å belyse problemstillingen.

Videre, bemerket vi oss i søket at flere artikler fantes i databasen Elsevier (ScienceDirect) som ifølge OsloMet sin nettside inneholder naturvitenskapelige og helsefaglige e-bøker. Link til databasen fikk vi via universitetsbibliotekets nettside. Når vi gikk inn på denne, fikk vi mulighet til å bla igjennom tusener av tidsskrifter og bøker. Derfor, søkte vi først etter sykepleiefaglige tidsskrifter og brukte søkeordet “nursing”. Deretter valgte vi tidsskriftet *International Journal of Nursing Sciences* da vi tenkte at dette kunne være relevant. Vi utførte et søk i tidsskriftet med søkeordene “copd” og “quality of life”.

Til sammen har vi valgt å bruke åtte forskningsartikler og én oversiktsartikkel (systematisk review) for å belyse problemstillingen. De valgte artiklene presenteres i resultatkapitlet med metode, funn, og relevans for oppgaven. Litteratursøket med søkeord, avgrensinger, antall treff og valgte artikler vises i vedlegg 1.

3.1.4 Kildekritikk

Kildekritikk omhandler to sider; å finne frem til den litteraturen som best belyser problemstillingen og å gjøre rede for den litteraturen som anvendes i oppgaven (Dalland, 2017, s. 152). Vi tar i bruk kildekritikk når vi vurderer om det vi har funnet, kan brukes til å beskrive og belyse problemstillingen i større eller mindre grad (Dalland, 2017, s. 158).

I teoridelen av oppgaven, og senere i drøftingskapitlet, anvender vi pensumlitteratur. Vi anser disse som pålitelige da de er godkjent av lærestedet samt fordi lærebøker og fagbøker rangeres høyt i kildehierarkiet (Dalland, 2017, s. 153). Fordelen med å bruke pensumlitteratur som kilde er at det kan gi en god oversikt over temaet og er dermed også et godt utgangspunkt

(Dalland, 2017, s. 154). I tillegg har vi henvist til helsedirektoratet, Helsenorge, FHI og WHO i oppgaven. Vi anser disse som troverdige kilder da de er anerkjent innen dette fagfeltet.

I oppgaven tar vi også i bruk artikler fra vitenskapelige tidsskrifter som vi har funnet gjennom litteratursøket. Redaksjonene i slike tidsskrifter skal sikre at artiklene holder vitenskapelig standard (Dalland, 2017, s. 154). Under går vi gjennom styrker og svakheter ved noen av funnene i litteratursøket.

Alle artiklene er fagfellevurdert (peer reviewed), dette gjelder også tidsskriftene de er publisert i. Ingen av artiklene er mer enn ti år gamle, noe som er en fordel da vi tilstreber å få oppdatert kunnskap på temaet. I oppgaven har vi valgt å inkludere både kvalitativ og kvantitativ forskning, da det tas høyde for at man anvender relevante kilder med ulike metodiske tilnærminger på bachelornivå (Thidemann, 2019, s. 99).

I artikkelen “Identification of Anxiety Symptom Clusters in patients with COPD” var 94 % av deltakerne menn, noe som vil gjøre at studien sannsynligvis ikke er representativ for kvinner med kols. I samme artikkel var også de fleste av deltakerne krigsveteraner. Det er derfor en mulighet at funnene ikke er overførbare til ikke-veteraner, noe vi betrakter som en svakhet.

Deltakerne i studien “Effects of self-management education on quality of life of patients with chronic obstructive pulmonary disease” er rekruttert fra to ulike sykehus i Beijing. Vi stiller oss derfor kritiske til om funnene i artikkelen kan være overførbare til norske forhold, da vi vet for lite om det kinesiske helsevesenet. Vi har dog valgt å inkludere den, da den er relevant til vår oppgave.

4.0 RESULTATER

I denne delen av oppgaven presenteres resultatene fra litteratursøket.

4.1 Forskningsartikler.

Nurses' perspectives of a new individualized nursing care intervention for COPD patients in primary care settings: A mixed method study. (Weldam, Lammers, Zwakman, & Schuurmans, 2016).

Denne studien tar for seg COPD-GRIP (chronic obstructive pulmonary disease – Guidance Research on illness Perception) intervensjonen som er en sykepleierledet og individualisert intervensjon. Den består av tre konsultasjoner ansikt til ansikt, hvor konsultasjonene varer omtrent en halv time. Intervensjonen starter med å vurdere og diskutere sykdomsoppfatninger ved bruk av et spørreskjema. Etter å ha kartlagt pasientens sykdomsoppfatning forsøker man å forbedre pasientens forståelse av forholdet mellom deres sykdomsoppfatninger og deres atferd. Deretter utfordres pasientene til å utarbeide en individualisert pleieplan. Intervensjonen avsluttes ved å evaluere målene de har satt seg og tiltakene de har utført (Weldam et al., 2016, s. 86).

I studien deltok 24 sykepleiere fra ulike klinikker i primærhelsetjenesten i Nederland. Sykepleierne fikk et spørreskjema før og etter de utførte intervensjonen. Sykepleierne beskrev intervensjonen som et nyttig, strukturert og ikke minst individualisert verktøy for å veilede kolspasienter i å leve med konsekvensene av sykdommen. Å anvende intervensjonen tok kortere tid enn de antok, og den gjorde det mulig å imøtekomme pasientenes behov. Resultatene i studien viser at sykepleieintervensjoner som tar hensyn til sykdomsoppfatninger, er en verdifull forbedring ved individualisert kolspleie. Vi valgte denne artikkelen da den belyser sykepleiernes perspektiv på COPD-GRIP intervensjonen, og da den gir verdifull innsikt i hvordan sykepleiere kan bidra til økt mestring.

Patients' Perspectives on the COPD-GRIP Intervention, a New Nursing Care intervention for COPD. (Zwakman, Weldam, Vervoort, Lammers, & Schuurmans, 2019).

Denne studien handler om samme intervensjon som i artikkelen nevnt over, men fokuserer på pasientenes perspektiv. Studien anvendte kvalitative intervjuer og 16 pasienter deltok.

Pasientene var alle fornøyde med intervensjonen, og da spesielt at de hadde tre konsultasjoner med sykepleieren. Deltakerne mente at konsultasjonene hadde en merverdi i å håndtere sykdommen og at de tilegnet seg mer sykdomsrelatert kunnskap. Tre hovedtemaer ble identifisert og viser at det å delta i denne intervensjonen fikk pasientene til å føle seg “lyttet til og anerkjent”, forbedret deres bevissthet om sykdommen og dens behandling, og hjalp dem med å gjøre livsstilsendringer. Ettersom vi undersøker hvordan sykepleier kan bidra til økt mestring hos denne pasientgruppen, er forskningsartikkelen meget relevant.

“Everything was spiraling out of control”: Experiences of anxiety in people with chronic obstructive pulmonary disease. (Willgoss, Yohannes, Goldbart, & Fatoye, 2012).

Studien brukte kvalitativ metode med intervjuer av 14 pasienter med stabil kolssykdom og selvrappporterte symptomer på angst. Pasientene rapporterte om intense tanker om frykt, håpløshet og forvirring som var assosiert med angsten og panikkanfallene. Selvledelse var viktig, spesielt selvsnakk som mestringsstrategi. Artikkelen konkluderer med at angst som ikke er tatt tak i ser ut til å være spesielt plagsomt for pasienter med kols.

Selvledelsesstrategier kan være svært effektive for å forhindre og håndtere angst. Denne artikkelen er relevant da den viser hvordan kolspasienter kan mestre angstsymptomer og slik mestre livet med kols bedre.

Effects of self-management education on quality of life of patients with chronic obstructive pulmonary disease (Yu, Guo & Zhang, 2014).

I denne kinesiske kvantitative studien ble 84 utskrevne pasienter eller personer med stabil kolssykdom rekruttert i løpet av ett år etter å ha mottatt behandling ved to forskjellige sykehus. Deltakerne ble delt i én intervensjonsgruppe hvor de mottok selvledelsesveiledning, og én kontrollgruppe som ikke fikk noe spesiell veiledning. Et spørreskjema ble sendt ut for å måle livskvaliteten til deltakerne etter tre og seks måneder. Spørreskjemaet viste signifikante forskjeller mellom gruppene først etter seks måneder, noe som ikke var overraskende da endringer i livskvalitet tar tid. Resultatene fra denne studien viste at enkel, strukturert, selvledelsesveiledning var med på å forbedre pasientenes livskvalitet. Denne studien er relevant for vår oppgave da den gjør et dypdykk i hvordan selvledelsesveiledning kan bidra til

å hjelpe pasientene med å mestre sykdommen og dens symptomer, samt hvordan de kan opprettholde en sunn livsstil.

Identification of Anxiety Symptom Clusters in patients with COPD: Implications for assessment and treatment (Breland et al., 2015).

Dette er en kvantitativ artikkel som omhandler at pasienter med kols ofte opplever angst. Studien tok i bruk spørreskjema som metode og 162 personer deltok. Funnene viser at angstsymptomer assosiert med frykt ser ut til å være en viktig indikator på angst hos pasienter med kols. Den ser nærmere på pasientenes fysiske og psykiske symptomer på angst og hvordan kombinasjonen av de gjør det vanskelig å evaluere symptomene. Frykt ble særlig assosiert med oppfattelse av mestring, en viktig psykologisk faktor som blir linket til selvstyring av sykdom. Vår oppgaves problemstilling handler om mestring og artikkelen er av den grunn svært relevant.

Trapped in my lungs and fighting a losing battle. A phenomenological study of patients living with chronic obstructive and pulmonary disease (van der Meide, Teunissen, Visser & Visse, 2019).

Denne kvalitative fenomenologiske studien forsøker å finne ut hvordan personer med kols opplever å leve med sykdommen. Dette gjør de ved å foreta intervjuer av ni mennesker med kols. Intervjuene gikk ut på at deltakerne svarte på spørsmål angående deres daglige rutiner og hvordan kols påvirker disse. Fordi dette er en kvalitativ studie, er det mange konkrete sitater fra deltakerne med i studien. Disse omhandler opplevelsen av å leve med kols, spesielt med tanke på dyspné og sosial isolasjon. Denne studien er aktuell å anvende i vår oppgave da vi får et grundig innblikk i hvordan pasientene opplever ulike situasjoner relatert til kolssykdommen.

Development and Feasibility of a COPD Self-Management Intervention Delivered with Motivational Interviewing Strategies (Benzo et al., 2013).

Denne kvalitative studien oppdaget vi ved å lese Baker & Fatoye (2018) sin oversiktsartikkel. Det var 11 deltakere i studien som mottok selvledelsesveiledning og motiverende intervju gjennom flere sesjoner. 90 % av deltakerne vurderte det samlede programmet som “very good or excellent”. I denne artikkelen beskrives en selvledelsesintervensjon nøye med fokus på ferdigheter innen motiverende intervju som metode, og med mål om å øke engasjement hos alvorlige kolspasienter. Studien konkluderer med at en selvledelsesintervensjon, som inkluderer motivasjonssamtaler for å veilede pasienten til atferdsendring er mulig ved alvorlig kols. I tillegg kan det være med å øke pasientens engasjement for selvledelse, som forhåpentligvis vil øke følelsen av mestring hos den enkelte. Nettopp derfor og fordi vi skriver om motiverende veiledning som metode er denne artikkelen relevant for vår oppgave.

An exploration of self - efficacy and self – management in COPD patients. (Simpson & Jones, 2013)

Denne studien undersøkte om mestringstro ved håndtering av kols er assosiert med bedre humør, redusert pustebesvær og færre eksaserbasjoner; hva som hjelper eller hindrer pasienter i å mestre sin kolssykdom og pasienters egne forslag til å forbedre støtten de mottar. Innsamling av både kvantitative og kvalitative data ble utført ved hjelp av spørreskjema med validerte skalaer og semistrukturerte spørsmål. 48 personer med kols deltok i studien og disse ble valgt tilfeldig fra fire fastlegepraksiser i Skottland. Resultatene viser at høyere nivåer av mestringstro var assosiert med redusert pustebesvær-, angst- og depresjon hos kolspasienter. Funnene viser ingen sammenheng mellom høy mestringstro og eksaserbasjonsrater. Studien konkluderer med at å øke mestringstro og redusere angst og depresjon hos kolspasienter er viktige fokuspunkter for å støtte til egenmestring. Denne artikkelen er relevant til vår oppgave da den tar for seg mestring og mestringstro hos kolspasienter, samt pasienters egne forslag til hva som kan bidra til økt mestring.

4.2 Oversiktsartikkel.

Patient perceived impact of nurse-led self-management interventions for COPD: A Systematic review of qualitative research (Baker & Fatoye, 2018).

Denne systematiske oversikten samlet data fra seks elektroniske databaser. De anvendte studiene ble valgt gjennom en screening av titler og sammendrag hvor eksklusjons- og inklusjonskriterier ble tatt i betraktning. De endte opp med fjorten artikler hvor de konkluderte med at mestringsatferden til deltakerne i ulike studier økte når pasientene fikk tilstrekkelig kunnskap og støtte. Videre, konkluderte de med at personer med kols krever intens individualisert støtte ansikt til ansikt for å klare å implementere strategier for egenmestring. Denne artikkelen er nettopp derfor relevant for vår oppgave, da den går dypere inn på kolspasienters behov for sykepleieintervensjoner for å klare å anvende mestringsstrategier. I tillegg ser vi det som en styrke for oppgaven å anvende en review da den inkluderer flere studier med funn som er relevant for oppgavens tema.

5.0 DRØFTING

I dette kapittelet går vi først dypere inn på pasientopplevelser. Her tar vi for oss hvordan det er for kolspasientene å leve med angst og dyspné, samt hvorfor noen av disse pasientene velger å isolere seg. Deretter, drøfter vi hvordan motiverende veiledning som metode kan fremme mestring hos kolspasienter. Så, diskuteres hvordan det å bidra til økt mestringstro kan fremme mestring. Videre, drøftes betydningen av å bidra til økt kunnskap og ferdigheter. Til slutt går vi i dybden på COPD-GRIP intervensjonen og drøfter hvordan nettopp denne kan fremme mestring hos kolspasienter.

5.1 Pasientopplevelser.

5.1.1. Å leve med angst

Tilstedeværelsen av angst ble av kolspasienter i en studie beskrevet som både et symptom og en årsak til pustebesvær (Willgoss et al., 2012, s. 564). For andre var opplevelsen av angst ofte idiopatisk, dvs. uten kjent årsak, og kunne utløses av en rekke situasjoner inkludert sosialt ubehag (for eksempel å bli flau). Å leve med angst ble sett på som en utfordring for noen (Willgoss et al., 2012, s. 565). I tillegg førte forvirring av symptomer til økte angstnivåer og en av deltakerne beskrev dette slik:

When you are having a panic attack, your breathing quickens, you struggle to breathe, your heart rate quickens, you are sweating, you are trembling. Is it because you have taken too much salbutamol? Is it because the anxiety has kicked off? Has the anxiety kicked off the COPD? Has the COPD kicked off the anxiety? (Willgoss et al., 2012, s. 565).

Videre, beskrev flere av deltakerne forholdet mellom angst og pust som en ond sirkel med nedadgående spiral av eskalerende angst og pustebesvær (Willgoss et al., 2012, s. 565). En pasient beskrev det slik: "It's like a vicious circle. Your breathing gets bad, so you get anxious, then you get afraid, and your breathing gets worse, which makes you more afraid. The COPD feeds the anxiety and the anxiety feeds the fear" (Willgoss et al., 2012, s. 565). Etter vår mening illustrerer dette hvordan komorbid angst hos nettopp kolspasienter oppleves

og dermed også hvor viktig det er at sykepleiere er klar over dette. Til tross for at denne pasienten opplevde det slik er det viktig å påpeke at denne opplevelsen er subjektiv og dermed ikke vil gjelde for alle pasienter i praksis. Vi mener at slik kunnskap er flott for sykepleiere å ha, slik at man kan være forberedt på dette i møte med pasienter.

I samme studie medførte frykten for åndenød at deltakerne unngikk aktiviteter som kunne betraktes som potensielle triggere for angst. Deltakerne så på sitt liv med angst som en konstant kamp for kontroll over situasjonen, ofte uten hell (Willgoss et al., 2012, s. 566). Dessuten, beskrives det at kampen om kontroll var preget av en akutt bevissthet om situasjonen, men en manglende evne til å styre den. Under episoder med panikk tok angsten over til det punktet at noen pasienter følte seg hjelpeløse (Willgoss et al., 2012, s. 566). Vi ser med dette hvilken byrde angst spiller på mestring hos kolspasienter og ser dermed også behovet for mestringsstøtte.

Selv om flere av deltakerne i denne studien opplevde manglende kontroll over situasjonen, viser en annen studie at kolspasientene følte at de hadde kontroll over sykdommen sin “a good bit of the time” (Breland et al., 2015, s. 592). Som nevnt over opplevde pasientene i en studie fra 2012 manglende kontroll over angsten. Likevel, viser funnene fra samme studie at noen pasienter var i stand til å ta kontroll over situasjonen etter en kort periode med hjelpeløshet; punktet der kontrollen ble gjenvunnet varierte og var uforutsigbar (Willgoss et al., 2012, s. 566). Imidlertid ble prosessen med å ta kontroll preget av en logisk og systematisk tankeprosess, og hjelpeløshet ble erstattet av en bevisst innsats for å gjenvinne kontrollen gjennom selvsnakk og fokus. Studien konstaterte at selvsnakk er en viktig mestringsstrategi for pasientgruppen. Gjennom selvsnakk og refleksjon over tidligere hendelser, var pasientene i stand til å vurdere den relative risikoen i situasjonen og dermed ta positive skritt mot å unngå panikkanfall (Willgoss et al., 2012, s. 566). Selvsnakk var altså et kritisk element som gjorde det mulig for vedkommende å være i kontroll av situasjonen. En av deltakerne i studien beskrev bruk av mestringsstrategien slik: “I have just got to sit down and say to myself ‘stop it.’ And look at something and focus on it and physically slow my breathing down. You have got to completely take control.” (Willgoss et al., 2012, s. 566).

Det er ikke klart om disse selvsnakkstrategiene ble undervist eller selvutviklet gjennom å leve med en kronisk sykdom. Denne verbale selvreguleringstilnærmingen er representativ for kognitiv atferdsterapi (Willgoss et al., 2012, s. 569). Kognitiv atferdsterapi har som hensikt å løse problemer og å endre atferd ved å “... hjelpe pasienten til å føle, tenke og handle

annerledes overfor det helseproblemet han eller hun har.” (Eide & Eide, 2017, s. 278). Det er økende bevis for rollen til kognitiv atferdsterapi i håndteringen av angst hos kolspasienter. En fersk studie som sammenlignet kognitiv atferdsterapi med standard omsorg, fant at kognitiv atferdsterapi kan gi både kort- og langvarig angstsymptomlindring hos kolspasienter (Willgoss et al., 2012, s. 569). Vi mener metoden er verdt å nevne da den har vist seg å ha effekt for pasientgruppen, men går herfra ikke videre inn på den da vi betrakter metoden som utfordrende å anvende for sykepleiere. Dette mener vi kan være fordi man ikke får opplæring i metoden i løpet av sykepleierutdanningen. På tross av at vi mener at det kan være utfordrende for sykepleiere å selv anvende metoden, mener vi det vil være gunstig at sykepleiere sitter på denne kunnskapen. Dersom sykepleiere vet at kolspasienter kan ha nytte av slik terapi, kan sykepleiere foreslå at pasienten henvises videre til rett instans. I tillegg har vi erfart at metoden i hovedsak benyttes i psykiatrien, derfor vil tilnærmingen muligens være mer relevant for psykiatriske sykepleiere.

5.1.2 Å leve med kronisk pustebesvær

Åndedrettet er den sentrale aktiviteten som hverdagen organiseres rundt for kolspasienter (van der Meide et al., 2019, s. 122). Deltakerne i en studie fra 2019 beskriver at de daglige opplevelsene med pustebesvær illustrerer en ond sirkel der akutt dyspné unngås, noe som medfører begrenset fysisk aktivitet som igjen resulterer i redusert fysisk utholdenhet. Dette vil igjen føre til økt pustebesvær ved fysisk aktivitet (van der Meide et al., 2019, s. 123). Denne onde sirkelen beskrives også av Willgoss et al. der angst, hos kolspasienter vil dette ofte si frykt for åndenød, ble beskrevet som en utløsende faktor i sirkelen (2012, s. 565). Teorien bekrefter denne opplevelsen da Skaug & Berntzen beskriver at kolspasienter ofte bruker en betydelig andel av krefter på respirasjonsarbeidet og at dette medfører at pasientene orker mindre (2016, s. 110).

Videre beskrives pustebesværet som overveldende (van der Meide et al., 2019, s.122). Deltakerne er bevisste på at sykdommen forverres og ikke minst kjenner de det selv på kroppen (van der Meide et al., 2019, s. 123). I tillegg, forklarer flere deltakere hvor dominerende redselen for å ikke få puste er ved at de alltid er på vakt. De overvåker kontinuerlig egen pust og gransker hele tiden miljøet rundt seg etter mulige farer som kan påvirke pusten (van der Meide et al., 2019, s. 124). Deltakerne forklarer at ro er av stor betydning for dem. Dette fordi en del av deltakernes tanker er opptatt av deres egen pust ved

hver minste bevegelse (van der Meide., 2019, s. 123). Dette tolker vi som at deltakerne i studien ser på det å være helt i ro som en pause fra å være redd for å miste pusten.

Å leve med pustebesvær ble også beskrevet som utfordrende (van der Meide et al., 2019, s. 122). Deltakerne følte den kroppslige begrensningen nesten kontinuerlig fordi åndedrettet hadde blitt merkbart i hver bevegelse:

When you just rang the doorbell, I jumped up and walked to the door, but I was immediately out of breath. I really have to think about 'slowing down'. I usually forget as I'm used to do things quickly. I've always worked on the market, you know (van der Meide et al., 2019, s. 122).

Etter vår mening fremhever dette sitatet omfanget av påvirkningen kronisk pustebesvær har på kolspasienters hverdag. Vi mener derfor at det er viktig å støtte pasienter i tilpasningen til livet med kols.

I den kvalitative studien fra 2019 beskrev deltakerne at de tilbringer mest tid hjemme. De forklarer at produksjon av sputum (oppspytt), ukontrollert hoste og en akutt trang til urinering var motivasjon til å holde seg hjemme (van der Meide et al., 2019, s.124). Kolssykdommen kan vise kroppen på måter som ikke er sosialt akseptert. Av den-, og andre grunner, kan kolspasienter oppleve sosial isolasjon (van der Meide et al., 2019, s.125).

5.1.3 Sosial isolasjon

Som tidligere nevnt kan angst utløse sosialt ubehag. Dette kan være en forklaring på hvorfor disse pasientene velger å isolere seg (Willgoss et al., 2012, s. 567). Oppgavens teori bekrefter dette da sosial isolasjon kan komme som en konsekvens av det følelsesmessige ubehaget ved å ha respirasjonsproblemer (Skaug & Berntzen, 2016, s. 111). Willgoss et al. antyder at angst kan forårsake sosial isolasjon, og at enkeltpersoner opplever tanker om flauhet og skam (2012, s. 567). Videre, opplevde noen kolspasienter ubehagelige fysiske reaksjoner under panikkanfall (for eksempel urininkontinens, svette eller risting) og på grunn av dette unngikk de ofte sosiale situasjoner (Willgoss et al. 2012, s. 567). Willgoss et al. konkluderer med at angst og særlig panikkanfall er forbundet med intens frykt, tanker om håpløshet og tap av

kontroll (2012, s. 570). Dette kan resultere i ensomhet og sosial isolasjon. Vi ser det som svært forståelig at man velger å unngå sosiale situasjoner dersom man opplever ubehagelige fysiske reaksjoner ved panikkanfall. Derfor anser vi det som betydelig viktig å ta tak i angsten for å bidra til å forebygge sosial isolasjon hos pasientgruppen.

De sosiale konsekvensene av sykdommen viser seg å være utstrakte (van der Meide et al., 2019, s. 125). Kolspasienter opplever isolasjon fra andre og deres følelse av tilhørighet er svekket (van der Meide et al., 2019, s. 125). Dessuten, er kolssykdommen isolerende i den forstand at det er en udelelig opplevelse som kan være vanskelig å dele med sine nærmeste, for eksempel sin partner eller barn (van der Meide et al., 2019, s. 124). En deltaker i van der Meide et al. sin studie beskrev opplevelsen slik:

A few years ago, my husband didn't see how bad I was. Yes he said that I had to take it easy but I felt that in his mind he was thinking something differently. For him it is also difficult because I always could do everything. Although he was with me in the hospital attending all the consultations, he didn't get the message. Last Sunday he had to help me with making the bed and he saw me panting. I then saw from the look in his eyes that he now realizes how serious it is (van der Meide et al., 2019, s. 124).

Videre, kan pustebesvær medføre sosial isolasjon for pasientgruppen; van der Meide et al. forklarer at kolspasienter unngår ulike triggere som varme, kulde, infeksjoner og røyk, noe som kan føre til at pasientene isolerer seg (2019, s. 119). Som nevnt over velger pasientene ofte å holde seg hjemme. Deltakerne i denne studien har et behov for å forutse hva som vil skje, og for å unngå ulike triggere som kan føre til økt pustebesvær, holder de seg heller hjemme (van der Meide et al., 2019, s. 124). En av deltakerne forklarte opplevelsen av en tur ut slik: "When I am short of breath, I see people looking around me and wondering if things are going well. I rather stay home, where I can be who I am" (van der Meide et al., 2019, s. 124). Usikkerheten om hvordan kroppen vil oppføre seg gjør sosial interaksjon skummelt, og dermed noe en del kolspasienter unngår (van der Meide, 2019, s. 124). Her blir altså sosial isolasjon en konsekvens av ubehaget respirasjonsproblemene medfører, noe teorien bekrefter (Skaug & Berntzen, 2016, s. 111).

5.2 Hvordan kan sykepleier fremme mestring?

5.2.1 Motiverende veiledning

Kolspasienters motivasjon og engasjement i selvledelse er et aspekt som nylig har vist seg å være kritiske ingredienser for effektiv selvledelse (Benzo et al., 2013, s. 1). Motiverende veiledning er en hensiktsmessig og effektiv metode sykepleiere kan ta i bruk for å fremme mestring, da motivasjon og mestring henger tett sammen (Eide & Eide, 2017, s. 48). Derfor, kan sykepleier anvende motiverende veiledning som et tiltak for å fremme mestring. En motiverende samtale handler om å styrke pasientens motivasjon til livsstilsendringer og er et nyttig verktøy (Lode, 2016 s. 51). En studie fra 2013 bekrefter at motiverende samtale som verktøy har vist seg å være gjennomførbart i selvledelsesintervensjoner (Benzo et al., 2013, s. 6). En slik tilnærming viste seg å bli verdsatt av pasienter. I samme studie rapporterte deltakerne at de mest sannsynlig ville ta i bruk en nødplan og pusteteknikker ved akutt pustebevis, som følge av den motiverende veiledningen de hadde mottatt (Benzo et al., 2013, s. 4). Videre, indikeres det at tilnærmingen fremmer et reelt samarbeid, noe som er et ønskelig resultat i alle selvledelsesintervensjoner (Benzo et al., 2013, s. 6).

Kristoffersen beskriver at metoden er særlig egnet ved poliklinikker. I tillegg har metoden vist seg å gi betraktelig bedre resultater enn generell rådgivning hos pasienter i kommunehelsetjenesten (Kristoffersen, 2016, s. 387). Av den grunn mener vi metoden er aktuell å anvende for sykepleiere i kommunehelsetjenesten og ved poliklinikker. Elementer av metoden kan kort anvendes under daglige gjøremål som stell, som for eksempel å støtte pasientens mestringstro. For å gjennomføre alle stegene i metoden mener vi dog det vil være ideelt at sykepleieren setter av tilstrekkelig tid, slik at man kan ha en målrettet samtale. Vi ser for oss at sykepleier ved en korrekt anvendelse av metoden, kan motivere pasienten til å ta i bruk mestringsstrategier, som forhåpentligvis kan lindre angst og forebygge sosial isolasjon.

Motiverende veiledning forutsetter imidlertid at sykepleier har tilstrekkelige kommunikasjonsferdigheter til å bistå pasienten med å endre livsstilen. Videre, viser studier at helsepersonell faktisk mangler de nødvendige kommunikasjonsferdighetene (Kristoffersen, 2016, s. 340). Benzo et al. bekrefter dette da de påpeker at intervensjonen krever opplæring av helsepersonell fra noen med tilstrekkelig profesjonell kompetanse innen motivasjonssamtaler og selvledelsesopplæring (2013, s. 6). Til tross for dette er det økende kunnskap om motiverende intervju i dag og metoden har vist seg å være hensiktsmessig. Den nødvendige

kompetansen, for at sykepleiere kan gjøre en forskjell i dette arbeidet, bør bli vektlagt i sykepleierutdanningen (Kristoffersen, 2016, s. 340).

5.2.2 Bidra til økt mestringstro

I det helsefremmende arbeidet er det viktig at sykepleieren er bevisst på at alle har ulik grad av mestringstro. Forskning tyder på at individer som har tro på at de kan håndtere kolssykdommen har større sannsynlighet for å praktisere ulike former for egenmestring, enn de med lavere grad av mestringstro (Breland et al., 2015, s. 593). I henhold til psykologen Richard Lazarus bekrefter og beskriver Kristoffersen at “jo sikrere en person er på sin egen mestringsevne, desto større er sjansen for at han skal oppleve situasjonen som en utfordring” (2016, s. 249).

Videre, viser en studie at pasienter som hadde høy mestringstro i henhold til kols, hadde lavere nivåer av angst og depresjon (Simpson & Jones, 2013, s. 1109). Derimot, var statistikken for forverring av symptomer lik for de med høy- og lav grad av mestringstro (Simpson & Jones, 2013, s. 1109) - mestringstro har altså liten til ingen innvirkning på eksaserbasjon av kols. Likevel, angir de i samme studie at å styrke mestringstro sannsynligvis vil føre til atferdsendring og en mer effektiv egenmestring (Simpson & Jones, 2013, s. 1109). Av den grunn mener vi det vil være hensiktsmessig å understøtte og fremme positive forventninger om å lykkes for å bidra til mestring av kolssykdommens kroniske karakter (Kristoffersen, 2016, s. 314). På den måten vil man kunne lindre angst hos disse pasientene og dermed også forebygge sosial isolasjon.

For å styrke pasientens mestringstro er det viktig at sykepleieren kartlegger om pasienten har en positiv eller negativ forventning til egen mestring (Kristoffersen, 2016, s. 314).

Kristoffersen viser at å kartlegge grad av mestringstro er viktig, derfor mener vi at sykepleieren bør anvende diverse kartleggingsverktøy. Dette kan for eksempel gjøres ved å ta i bruk en norsk versjon av *the General Percieved Self-Efficacy Scale*, da dette skjemaet blir brukt internasjonalt for å kartlegge grad av mestringstro (Kristoffersen, 2016, s. 315). Videre, kan sykepleier øke pasientens mestringstro ved å anvende motiverende intervju som metode. Som nevnt i teorikapitlet vil det å fokusere på- og samtale om det pasienten har mestret tidligere i henhold til å forandre livsstil, kunne bidra til å støtte pasientens egen tro om mestring (Kristoffersen, 2016, s. 390).

5.2.3 Øke kunnskap og ferdigheter

Betydningen av kunnskap og ferdigheter kan ikke fremheves nok (Kristoffersen, 2016, s. 266). Funnene i en studie demonstrerte at pasienter som mottok helserelaterte kunnskaper og ferdigheter gjennom selvledelsesveiledning, ble oppfordret til å integrere dem i dagliglivet (Yu, Guo & Zhang, 2014, s. 56). Målet med selvledelsesveiledning er å hjelpe pasienter med å mestre sykdommen og å opprettholde en helsefremmende livsstil. I samme studie utførte deltakerne tiltak for å forhindre eller unngå forhold som forverret symptomer, som værforandringer og luftkvalitet. Dette indikerer at selvledelsesveiledningen ga pasientene mulighet til å møte sykdommen, utforme gunstige strategier og forhindre forverring av symptomer (Yu, Guo & Zhang, 2014, s. 56). Baker & Fatoye bekrefter og konkluderer med at når pasienter får tilstrekkelig kunnskap og støtte, økes deres selvtillit og mestringsatferd (2018, s. 22). Som nevnt i resultatkapitlet, har Baker & Fatoye i sin systematiske oversikt inkludert 14 forskjellige studier. Når de da kommer med en konklusjon som den nevnt over, anser vi denne som svært troverdig og vektlegger denne kunnskapen i stor grad.

Det er dog viktig å påpeke at økt kunnskap alene ikke forbedrer hverdagen til kolspasienter. Ved selvledelsesveiledning derimot, lærer pasientene problemløsende ferdigheter (Baker & Fatoye, 2018, s. 31). Eksempelvis viser Baker & Fatoye at det å lære pusteøvelser er en svært effektiv metode for å øke pasientenes selvtillit til å takle episoder med dyspné og har resultert i følelser av empowerment. En deltaker beskrev sitt utbytte av veiledningen slik: "If I get an attack (of breathlessness), then I sit down and try to breathe as quietly as possible until everything goes back to normal. This is a result of the education course" (Baker & Fatoye, 2018, s. 30). Følgelig, mener vi at denne pasientens beskrivelse fremhever viktigheten av slike intervensjoner da de viser seg å ha effekt og verdi for den enkelte. For at pasienter skal utvikle mestringsteknikker så som dette, påpekes det i teorien at det er viktig at de får informasjon, opplæring og veiledning (Helsedirektoratet, 2012, s. 45).

Videre, rapporterte pasienter at veiledningen ga dem økt evne til å håndtere eksaserbasjoner og en følelse av kontroll over sykdommen (Baker & Fatoye, 2018, s. 30). På den andre siden, rapporterte en studie at økt kunnskap om kols ikke alltid førte til atferdsendring da noen pasienter var nølende til å anvende selvbehandling ved eksaserbasjoner (Baker & Fatoye, 2018, s. 30). Noen deltakere forklarte i tillegg at de ikke ønsket ytterligere innsikt i deres tilstand, ettersom de foretrakk å ikke møte realiteten av kolssykdommen stadig vekk (Baker & Fatoye, 2018, s. 30). Hvordan pasienten forholder seg til situasjonen påvirkes av valgt

mestringsstrategi. Eksempelvis hvis pasienten velger å benekte alvoret i situasjonen, vil han sannsynligvis ikke innse hvor nødvendig det er å innhente ny kunnskap (Kristoffersen, 2017, s. 379). Av den grunn, mener vi det vil være hensiktsmessig å kartlegge hva slags mestringsstrategi pasienten har. Videre, vil det være viktig å kartlegge og korrigere eventuelle feilaktige forestillinger og avklare om pasientens opplevelse av trussel bygger på manglende kunnskap (Kristoffersen, 2016, s. 265). I henhold til Lazarus og Folkman vil pasienten basert på ny kunnskap fra sykepleier kunne innse at han har muligheter for å mestre situasjonen. Dermed kan sykepleieren bidra til en revurdering av situasjonen, der pasienten kan gå fra å oppleve situasjonen som en trussel til at den oppleves som en utfordring han kan overvinne (Kristoffersen, 2016, s. 249).

Å mestre enkle pusteteknikker kan føre til økt opplevelse av kontroll for pasientene (Skaug & Berntzen, 2016, s. 120). I en oversiktsartikkel fra 2018 viser en studie at pusteøvelser ble sett på som et middel for å kontrollere dyspné, samt en metode for å overvinne angst gjennom avslapning (Baker & Fatoye, 2018, s. 30). En av deltakerne beskrev dette slik: "I was getting so, you know, anxious about it and everything, and now I've been shown to sit down and take deep breaths . . . it helped me a lot" (Baker & Fatoye, 2018, s. 30). Å veilede pasienten i pusteteknikk som ferdighet kan altså bidra til økt mestring. Baker & Fatoye konkluderte i sin oversikt at de fleste studier koblet økt kunnskap til økt selvtillit, økt selvstyring og ikke minst en følelse av mestring rundt kolssykdommen (2018, s. 30).

5.2.4 COPD-GRIP intervensjonen

Sykepleier kan òg fremme mestring ved å anvende COPD-GRIP intervensjonen. Som nevnt i teorien, beskriver Lode at "Det viktigste verktøyet for å stimulere til bedre mestring er samtalen" (2016 s. 52). I COPD-GRIP intervensjonen tar de i bruk nettopp dette viktige verktøyet under tre konsultasjoner ansikt til ansikt. Baker & Fatoye konkluderte i sin oversikt at kolspasienter er i behov av intens individualisert støtte ansikt til ansikt for å kunne ta i bruk strategier for egenmestring (2018, s. 22). Dermed, betrakter vi det som en fordel at konsultasjonene i COPD-GRIP intervensjonen er nettopp slik.

Et av målene med intervensjonen er at pasienten skal danne seg en ny sykdomsoppfatning (Zwakman, 2019, s. 2). Videre, viser Weldam et al. at sykdomsoppfatning kan være med på å påvirke hvordan enkeltpersoner mestrer kolssykdommen (2016, s. 85). Dette fordi

sykdomsoppfatninger i stor grad avgjør hvordan pasienten reagerer på sin sykdom (Zwakman et al., 2019, s. 1). Dessuten, viser Weldam et al. at COPD-GRIP intervensjonen er en god metode for å adressere sykdomsoppfatninger og behovene til kolspasienter (2016, s. 89). Intervensjonen er beskrevet i et hefte med en tilsvarende struktur for alle pasienter. Vi ser det som hensiktsmessig at heftet oversettes til norsk for å forenkle en eventuell anvendelse i Norge. Det spesifikke innholdet i heftet er individualisert, etter pasientens behov og svar på spørreskjemaet *Brief Illness Perception Questionnaire* (Weldam et al., 2016, s. 86).

I første konsultasjon adresseres pasientens sykdomsoppfatninger. Sykepleieren anvender spørreskjemaet, såkalt *Brief Illness Perception Questionnaire*, for å kartlegge pasientens sykdomsoppfatninger (Weldam et al., 2016, s. 86). Datainnsamlingen blir brukt som en guide for å skreddersy intervensjonen videre, altså for å individualisere den (Weldam et al., 2016, s. 86). Følgelig mener vi det vil være hensiktsmessig at sykepleiere anvender et lignende skjema på norsk, for å kunne individualisere eventuelle tiltak og intervensjoner.

Den første konsultasjonen går ut på å indentifisere og få en forståelse av pasientens sykdomsoppfatninger (Zwakman et al., 2019, s. 2). Zwakman et al. beskriver at sykdomsoppfatninger utvikles rett etter diagnositidspunktet. Derfor vil det være hensiktsmessig å diskutere sykdomsoppfatninger i et tidlig stadium av sykdommen (2019, s. 6). Ifølge deltakerne i studien til Zwakman et al. påvirket tiden mellom diagnositidspunktet og starten på COPD-GRIP intervensjonen utførelsen av livsstilsendringene. Et par pasienter sa at de ville foretrukket å begynne konsultasjonene først når de opplevde økt symptombyrde. De begrunnet dette med at de ikke ønsket å konfrontere sykdommen på et tidligere stadium (Zwakman, 2019, s. 6). Lode beskriver at unngåelsesstrategier brukes når en ønsker å unngå å tenke på en stressituasjon (2016, s. 42). Det kan derfor tenkes at disse pasientene anvendte en slik mestringsstrategi ved diagnositidspunktet. Når man får en diagnose, trenger man tid til å fordøye det en har fått vite (Lode, 2016, s. 43). Det å unngå å tenke på sykdommen kan være en måte å tilpasse seg gradvis. Det er dog viktig å påpeke at slike unngåelsesstrategier anses som uhensiktsmessige i mestring av kronisk sykdom da det er viktig å ta tak i situasjonen og tilpasse seg livet med sykdommen (Lode, 2016, s. 43). Imidlertid, mente de fleste pasientene at de ville foretrukket at første konsultasjon skjedde kort tid etter diagnositidspunktet. En av de få pasientene som fikk første konsultasjon da, bekrefter at dette var riktig tidspunkt for ham. Dessuten, beskriver Lode at informasjon og pasientopplæring bør begynne på diagnositidspunktet og bekrefter med dette majoriteten av pasientenes opplevelser (2016, s.

50). Sykepleiere jobber som nevnt tidligere i alle deler av helsevesenet, og møter kolspasienter ved alle helseinstitusjoner og i alle stadier av sykdommen (Engevik, 2015, s. 3). Sykepleiere kan dermed ta opp temaet sykdomsoppfatning ved diagnosetidspunktet, men også senere i forløpet.

Den andre konsultasjonen går først og fremst ut på å identifisere koblingen mellom pasientens sykdomsoppfatninger og atferd (Zwakman et al., 2019, s. 2). Dette gjøres ved å utfordre pasientene til å selv utarbeide en individualisert pleieplan. Denne planen inneholdt mål og gjerne livsstilsendringer som var beskrevet av pasienten selv (Zwakman et al., 2019, s. 5). Lode beskriver at pasient- eller brukarmedvirkning er en forutsetning for en god mestringsprosess (2016, s. 49) Derfor betrakter vi det som gunstig at pasientene medvirker ved å selv skrive pleieplanen. På den ene siden mente pasientene som ble fornøyd med den individuelle pleieplanen at den ble som en kontrakt, og derfor krevde respekt og etterlevelse. På den andre siden, var det dessverre et flertall som ikke var fornøyd med egen pleieplan (Zwakman et al., 2019, s. 5). En pasient mente pleieplanen ble for uformell og at målene i planen burde formuleres på en mer spesifikk måte. Følgelig foreslo samme pasient at målene i planen burde skrives i en dagsagenda for å gjøre den mer praktisk (Zwakman et al., 2019, s. 5). En av deltakerne som mente pleieplanen var helt unødvendig forklarte det slik: "I think that every person need to formulate goals for himself and by himself, that is how we live... then I do it by myself and then I have to do it... it has to come from within you" (Zwakman et al., 2019, s. 5). Denne pasienten beskriver hvordan det er opp til den enkelte å utføre endringer. Likedan er det viktig at sykepleiere har i bakhodet at det er pasientens eget helseprosjekt (Eide & Eide, 2017, s. 48).

Et annet aspekt som er viktig å få fram er at noen av pasientene ikke husket sin individuelle pleieplan. De påpekte at det ville vært nyttig å ha en kopi av den hjemme som da kunne blitt brukt som en påminnelse gjennom dagen (Zwakman et al., 2019, s. 6). Tre pasienter som fikk en kopi av pleieplanen med seg hjem var veldig fornøyd med det fordi det påminnet dem om strategiene deres og støttet dem i å oppnå de tilhørende målene (Zwakman et al., 2019, s. 6). Vi tolker dette som at en av grunnene til at kun et fåtall var fornøyd med sin individuelle pleieplan, henger sammen med at mange ikke husket hvordan den var. Videre, tror vi derfor at om alle pasientene fikk en kopi av pleieplanen, vil tallene på hvor mange som var fornøyd med den øke. En eldre pasient som fikk en kopi av pleieplanen sa: "Yes, it [a copy of the individual care plan] is rather easy. You can read over it" (Zwakman et al., 2019, s. 6). Til

tross for at noen av deltakerne ikke var interessert i å fullføre den individuelle planen, påpekte disse deltakerne at en slik plan kan være nyttig for mer passive pasienter. Dette fordi den kan være behjelpelig ved å trekke oppmerksomhet til deres mål, og forhåpentligvis slik bidra til økt mestring (Zwakman et al., 2019, s. 6).

I den tredje og siste konsultasjonen evalueres målene de har satt seg og tiltakene de har utført (Weldam et al., 2016, s. 86). De fleste deltakerne forklarte at de hadde utført livsstilsendringer etter COPD-GRIP intervensjonen. Intervensjonen har vist seg å fremme mestring da pasientene fortalte at intervensjonen førte til at de turte å stille flere spørsmål til helsepersonell (Zwakman et al., 2019, s. 6). Videre mente de at intervensjonen støttet dem i å ta mer kontroll og førte til at de hadde en mer helsefremmende livsstil da de ba om hjelp når de trengte det. Eksempelvis, bestilte flere deltakere time hos fysioterapeut for å forbedre deres fysiske funksjon (Zwakman et al., 2019, s. 6).

Som nevnt tidligere er kolspasienters opplevelse av tilhørighet svekket (van der Meide et al., 2019, s. 125). Zwakman et al. beskriver at COPD-GRIP intervensjonen resulterte i at pasientene totalt sett opplevde en følelse av å ikke være alene om å takle sykdommen (2019, s. 4). Majoriteten av pasientene opplevde personlig engasjement fra sykepleieren, noe som resulterte i økt samarbeid og god etterlevelse av avtaler laget rundt pleieplanen (for eksempel røykeslutt og å øke daglige aktiviteter) (Zwakman et al., 2019, s. 4). Videre, ga de uttrykk for at hyppigheten av konsultasjonene (en gang per uke over en periode på tre uker) bidro til et fortrolig forhold basert på tillit. Dette gjorde det mulig for pasientene å avsløre deres sårbarheter samt uttrykke deres følelser. Noen mente at intervensjonen hadde bidratt til at de kunne være mer åpne med venner om sykdommen, noe som igjen ga dem sosial støtte (Zwakman et al., 2019, s. 6).

Dessuten, forklarte pasientene at økt sykdomsbevissthet var et resultat av økt kunnskap om sykdommen, inkludert kunnskap om medisiner og behandling. De mente dette var den viktigste effekten av COPD-GRIP intervensjonen (Zwakman et al., 2019, s. 5). Baker & Fatoye sine funn viste at når pasientene fikk tilstrekkelig kunnskap og støtte, fikk pasientene selvtillit, og deres mestringsatferd økte (2018, s. 22). Minst like viktig, resulterte økt sykdomsbevissthet i at pasientene ikke lenger unngikk sykdommen (Zwakman et al., 2019, s. 5). Her ser det altså ut til at disse pasientene valgte å konfrontere sykdommen, og beveget seg fra en unngående mestringsstrategi til en mer problemorientert strategi. Ved å tilrettelegge for en aktiv rolle, som ved utarbeidelsen av pleieplanen, kan sykepleieren bidra til at pasienten

forholder seg aktivt og direkte til situasjonen. På samme tid legger man da til rette for at pasienten kan velge en problemorientert mestringsstrategi, i henhold til Lazarus & Folkman (Kristoffersen, 2016, s. 249).

Sykepleierne i studien til Weldam et al. (2016, s. 87-88) fikk to spørreskjema, et før de anvendte intervensjonen og et etter. Før sykepleierne faktisk anvendte intervensjonen, mente ca. 96 % at oppsettet de fikk som omhandlet intervensjonen virket lett å bruke. I etterkant av anvendelsen var det derimot sunket til 80 %. På den ene siden viser dette at det for et par av sykepleierne var vanskeligere enn antatt å anvende intervensjonen, men på den andre siden mente nesten alle sykepleierne (97, 3 %) at intervensjonen hadde god *passform* til deres arbeidsstil (Weldam et al., 2016, s. 88). I tillegg, mente de aller fleste sykepleierne at intervensjonen forbedret pasienttilfredsheten, deres livskvalitet og at den var med å endre pasientens sykdomsoppfatning til det bedre (Weldam et al., 2016, s. 88).

I og med at COPD-GRIP er en nok så omfattende og ressurskrevende intervensjon, med tanke på at den inneholder tre konsultasjoner ansikt til ansikt, ser vi denne intervensjonen som mest aktuell i primærhelsetjenesten. Det vil si at den i Norge kan gjennomføres ved for eksempel et sykehjem, eller av sykepleiere for kolspasienter i hjemmesykepleien. Før den kan anvendes i Norge mener vi dog det er viktig å påpeke at intervensjonen bør utprøves i større grad da den kun er gjennomført i Nederland. Weldam et al. kommer blant annet med en anbefaling for å forbedre implementeringen av intervensjonen i fremtiden (2016, s. 90); Sykepleieren bør ha tilstrekkelig kompetanse i å anvende COPD-GRIP intervensjonen. Dette bekrefter sykepleierne som deltok da de mente at om intervensjonen skal brukes i fremtiden bør de få mer opplæring og utdanning (Weldam et al., 2016, s. 89).

6.0 AVSLUTNING

Å leve med angst og kronisk pustebevisv er oppleves utfordrende, og p avirker pasientens mestringsstrategier og hverdag i stor grad. Angst og kronisk pustebevisv er har vist seg   kunne føre til sosial isolasjon for pasientgruppen.   lindre angst og   bidra til økt mestringsstrategier av kronisk pustebevisv er kan forebygge at disse pasientene isolerer seg. Sykepleiere kan anvende motiverende veiledning som et tiltak for   fremme mestringsstrategier da motivasjon og mestringsstrategier henger tett sammen. Motiverende veiledning kan være med   fremme økt mestringsstrategier og vi ser for oss at sykepleiere ved hjelp av metoden kan motivere pasienten til   ta i bruk mestringsstrategier, som forhåpentligvis kan forebygge sosial isolasjon og lindre angst. En annen måte sykepleiere kan fremme mestringsstrategier på, er   bidra til økt mestringsstrategier.   bidra til økt mestringsstrategier vil kunne lindre angst og forebygge sosial isolasjon, ettersom høy grad av mestringsstrategier assosieres med lave nivåer av angst.  kt kunnskap kobles til økt selvtillit og økt selvstyring, samt en følelse av mestringsstrategier. Derfor kan sykepleiere fremme mestringsstrategier ved   øke kunnskap og   hjelpe pasienten til   opparbeide nødvendige ferdigheter for mestringsstrategier sykdommen.   veilede pasienten i for eksempel pusteteknikker har vist seg   resultere i følelser av empowerment hos pasienten og kan altså bidra til økt mestringsstrategier.

Alt i alt mener vi at COPD-GRIP intervensjonen er en god metode sykepleiere kan anvende for   fremme mestringsstrategier hos kolspasienter. Studien har vist hvordan det   endre sykdomsoppfatninger bidrar til økt mestringsstrategier da pasientene blant annet foretok helsefremmende livsstilsendringer. Videre, mener vi at intervensjonen legger til rette for at pasientene kan velge en problemorientert mestringsstrategier ved   øke pasientens sykdomsbevissthet og kunnskap. Ikke minst like viktig førte intervensjonen til at pasientene opplevde tilhørighet til sykepleieren og følte at de ikke var alene om   takle sykdommen. Likedan, mente noen av deltakerne at intervensjonen bidro til at de var mer åpne med venner om sykdommen, som igjen er med på   motvirke sosial isolasjon.

De største fordelene med intervensjonen tenker vi er at konsultasjonene foregår ansikt til ansikt og at den legger til rette for brukermedvirkning. Vi betrakter intervensjonen som svært sykepleiefaglig da den omfatter alle stegene i sykepleieprosessen, fra kartlegging av pasientens behov til evaluering av tiltak. Følgelig mener vi intervensjonen bør utprøves i Norge, så fremt sykepleiere f r tilstrekkelig opplæring og kursing.

7.0 REFERANSER

Aasen, S. E. (2020, 3. januar). Medisinske og helsefaglige termer på norsk og engelsk.

Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/om-oss/artikkelarkiv/mesh-medical-subject-headings-pa-norsk-og-engelsk>

Baker, E. & Fatoye, F. (2018). Patient perceived impact of nurse-led self-management interventions for COPD: A systematic review of qualitative research. *International Journal of Nursing Studies*, 91, 22-34.

<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.12.004>

Bakkeland, J., Thorsen, B. H., Almås, H., Sorknæs, A. D. & Grønseth, R. (2016). Sykepleie ved lungesykdommer. I D-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (red.), *Klinisk sykepleie 1* (s. 117-180). Oslo: Gyldendal akademisk.

Benzo, R., Vickers, K., Ernst, D., Tucker, S., McEvoy, C. & Lorig, K. (2013). Development and Feasibility of a COPD Self-Management Intervention Delivered with Motivational Interviewing Strategies. *Journal of cardiopulmonary rehabilitation and prevention*, 33(2), Hentet fra

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23434613/?fbclid=IwAR10F1xNIM0pqrAb5hdTlgM4HUxh9g2ML4mRwn-cYrWNIk3bhry4kwVI>

Breland, J. Y., Hundt, N. E., Barrera, T. L., Mignogna, J., Petersen, N. J., Stanley, M. A. &

Cully, J. A. (2015). Identification of Anxiety Symptom Clusters in Patients with

COPD: Implications for assessment and treatment. *International Journal of*

Behavioral Medicine, 22, 590-596. Hentet fra [https://link-springer-](https://link-springer-com.ezproxy.hioa.no/article/10.1007/s12529-014-9450-2?fbclid=IwAR37npLtzZ6XSwqH3BBH9sy2uVqMjxVfsF13e6fy31vw88jLwY6dYvNxUho)

[com.ezproxy.hioa.no/article/10.1007/s12529-014-9450-](https://link-springer-com.ezproxy.hioa.no/article/10.1007/s12529-014-9450-2?fbclid=IwAR37npLtzZ6XSwqH3BBH9sy2uVqMjxVfsF13e6fy31vw88jLwY6dYvNxUho)

[2?fbclid=IwAR37npLtzZ6XSwqH3BBH9sy2uVqMjxVfsF13e6fy31vw88jLwY6dYvNxUho](https://link-springer-com.ezproxy.hioa.no/article/10.1007/s12529-014-9450-2?fbclid=IwAR37npLtzZ6XSwqH3BBH9sy2uVqMjxVfsF13e6fy31vw88jLwY6dYvNxUho)

- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- E-A. Skaug & H. Berntzen. (2016). Respirasjon. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E-A. Skaug & G. H. Grimsbø (red.), *Grunnleggende sykepleie bind 2: Grunnleggende behov* (s. 87 – 128). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling, etikk* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Engevik, T. (2015). Å leve med kols. *Sykepleien*, årgang 7, s. 3. Hentet fra <https://docplayer.me/4528573-Geriatrisk-sykepleie-ambulant-oppfolging-i-hjemmet-kvinner-med-kols-nsfs-faggruppe-for-sykepleiere-i-geriatri-og-demens-nr.html>
- Folkehelseinstituttet. (2018, 24. januar). Kronisk obstruktiv lungesykdom (kols) i Norge. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/kols/>
- Grundt, H. & Mjell, J. (2016). Sykdommer i respirasjonsorganene. I S. Ørn & E. Bach-Gansmo (red.), *Sykdom og behandling* (2. utg.) (s. 217 – 251).
- Helsedirektoratet. (2012). *Kols Nasjonal faglig retningslinje og veileder for forebygging, diagnostisering og oppfølging* (Veileder IS-2029). Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/kols/Kols%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20og%20veileder%20for%20forebygging,%20diagnostisering%20og%20oppf%C3%B8lging.pdf/_/attachment/inline/e974222b-9d84-4358-84d5-9dd57b090786:ce015dd544648e3ae7bc4377269c52309a68aa77/Kols%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20og%20veileder%20for%20forebygging,%20diagnostisering%20og%20oppf%C3%B8lging.pdf
- Helsedirektoratet. (2017, 7. mars). Motiverende intervju som metode. Hentet

fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/motiverende-intervju-mi/motiverende-intervju-som-metode>

Helsenorge. (2020, 7. januar). Kols - kronisk obstruktiv lungesykdom. Hentet fra

<https://helsenorge.no/sykdom/lunger-og-luftveier/kols>

Jensen, L. B. S. (2016). Opplevelser og reaksjoner hos mennesker med kronisk

lungesykdom. I A. K. T. Heggstad, & U. Knutstad (red.), *Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie* (s. 220 – 243). Oslo: Cappelen Damm Akademisk

Kristoffersen, N. J. (2016). Livsstil og endring av livsstil. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt,

E-A. Skaug, & G. H. Grimsbø (red.), *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3.utg., s. 295 - 348). Oslo: Gyldendal akademisk.

Kristoffersen, N. J. (2016). Stress og mestring. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt,

E-A. Skaug, & G. H. Grimsbø (red.), *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3.utg., s. 237 – 294). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J. (2016). Sykepleiefagets teoretiske utvikling. I N. J. Kristoffersen,

F. Nortvedt, E-A. Skaug, & G. H. Grimsbø (red.), *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3.utg., s. 15 – 80). Oslo: Gyldendal akademisk.

Kristoffersen, N. J. (2016). Å styrke pasientens ressurser. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt,

E-A. Skaug, & G. H. Grimsbø (red.), *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3.utg., s. 349 - 406). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Lode, K. (2016). Mestring. I Heggstad, A. K. T. & Knutstad, U. (red.). *Sentrale begreper og*

fenomener i klinisk sykepleie (s. 40-55). Oslo: Cappelen damm akademisk

Simpson, E. & Jones, M. (2013). An exploration of self - efficacy and self – management in

COPD patients. *British Journal of Nursing, Vol 22, No 19, 1105-1110.*

<https://doi.org/10.12968/bjon.2013.22.19.1105>

Thidemann. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget

van der Meide, H., Teunissen, T., Visser, L. H. & Visse, M. (2019). Trapped in my lungs and fighting a losing battle. A phenomenological study of patients living with chronic obstructive and pulmonary disease. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 34, 118-127. <http://dx.doi.org.ezproxy.hioa.no/10.1111/scs.12713>

Weldam, S. W. M., Lammers, J-W. J., Zwakman, M., & Schuurmans, M. J. (2016). Nurses' perspectives of a new individualized nursing care intervention for COPD patients in primary care settings: A mixed method study. *Applied Nursing Research*, 33 (2017), 85-92. <http://dx.doi.org.ezproxy.hioa.no/10.1016/j.apnr.2016.10.010>

Willgoss, T. G., Yohannes, A. M., Goldbart, J. & Fatoye, F. (2012). "Everything was spiraling out of control": Experiences of anxiety in people with chronic obstructive pulmonary disease. *Heart & Lung*, 41(6), 562-571.

<https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2012.07.003>

World Health Organization. (2017, 1. desember). Chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Hentet 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))

Zwakman, M., Weldam, W. M. S., Vervoort, S.C. J. M., Lammers, J-W. J. & Schuurmans, M. J. (2019). Patients' Perspectives on the COPD-GRIP Intervention, a New Nursing Care intervention for COPD. *BMC Family Practice* 20, 78 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12875-019-0957-0>

Yu, S-H., Guo, A-M. & Zhang, X-J. (2014). Effects of self-management education on Quality of life of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *International*

Journal of Nursing Sciences, volum 1(Issue 1),53-57.

<https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2014.02.014>

Åmås, K. O. (2016, 29. februar). Kronisk sykdom. Ikke til å dø av, men til å prøve å leve med. *Aftenposten*. Hentet fra

<https://www.aftenposten.no/meninger/kommentar/i/4zk9/kronisk-sykdom-ikke-til-aa-doe-av-men-til-aa-proeve-aa-leve-med-knut-olav-aamaas>

Vedlegg

Vedlegg 1 - Litteratursøk

Database	Søkeord (Explode)	Avgrensing	Antall treff	Valgte artikler
Cinahl	Pulmonary Disease, Chronic Obstructive (+) AND Quality of Life (+) AND Coping (+)	01.01.2010 – 31.01.2020 + Peer reviewed + Språk: norsk, engelsk, dansk, svensk + Geographic subset: Europa, Canada, USA, UK & Ireland.	17	Treff nr. 13: <i>“Everything was spiraling out of control”: Experiences of anxiety in people with chronic obstructive pulmonary disease.</i>
	Pulmonary Disease, Chronic Obstructive (+) AND Nursing AND Psychosocial Aspects of Illness (+)	01.01.2010 – 31.01.2020 + Peer reviewed + Full text + Språk: norsk, engelsk, dansk, svensk + Geographic subset: Europa, Continental Europa, Canada, USA, UK & Ireland.	6	Treff nr. 1: <i>Patients’ perspectives on the COPD-GRIP intervention, a new nursing care intervention for COPD.</i>
	Pulmonary Disease, Chronic Obstructive (+) AND nursing	01.01.2015 – 31.03.2020 + Peer reviewed + Any Author is Nurse + Språk: norsk, engelsk, dansk, svensk + Geographic subset: Europa, Canada, USA, UK & Ireland.	15	Treff nr. 1: <i>Nurses perspectives of an new individualized nursing care intervention for COPD patients in primary care settings: A mixed method study</i>
	Pulmonary Disease, Chronic Obstructive (+) AND Empowerment	01.01.2010 – 31.03.2020 + Peer reviewed + Språk: norsk, engelsk, dansk, svensk	14	Treff nr. 1: <i>Patient perceived impact of nurse-led self-management interventions for COPD: A</i>

		+ Geographic subset: Europa, Canada, USA, UK & Ireland.		<i>Systematic review of qualitative research</i>
	Pulmonary Disease, Chronic Obstructive (+) AND Social Isolation (+)	01.01.2010 - 31.04.2020 + Peer reviewed + Språk: norsk, engelsk, dansk, svensk + Geographic subset: Europa, Canada, USA, UK & Ireland + Clinical Queries: Qualitative – High Sensitivity.	12	Treff nr. 1: <i>Trapped in my lungs and fighting a losing battle. A phenomenological study of patients with chronic obstructive and pulmonary disease</i>
	Anxiety (+) AND Pulmonary Disease, Chronic Obstructive (+)	01.01.2010 – 31.01.2020 + Peer reviewed + Full text + Språk: norsk, engelsk, dansk, svensk + Geographic subset: Europa, Canada, USA, UK & Ireland.	55	Treff nr. 11: <i>Identification of Anxiety Symptom Clusters in Patients with COPD: Implications for Assessment and Treatment</i>
	Pulmonary Disease, Chronic Obstructive (+) AND Self-efficacy	01.01.2010 – 31.01.2020 + Peer reviewed + Full text + Språk: norsk, engelsk, dansk, svensk + Geographic subset: Europa, Canada, USA, UK & Ireland.	20	Treff nr. 7: An exploration of self- efficacy and self – management in COPD patients.
Elsevier (ScienceDirect)	copd, quality of life	2010 – 2020 Journal: International Journal of Nursing Sciences	10	Treff nr 1: <i>Effects of self-management education on quality of life of patients with chronic obstructive</i>

				<i>pulmonary disease</i>
Funnet i referanselisten til den systematiske oversikten (Patient perceived impact of nurse-led self-management interventions for COPD: A Systematic review of qualitative research.)				<i>Development and Feasibility of a COPD Self-Management Intervention Delivered with Motivational Interviewing Strategies</i>