



# Bachelorgradsoppgave

## Kols og livskvalitet Quality of life in COPD patients

Pasientens opplevelser og erfaringer av å leve  
med kols  
The patients` experiences living with COPD

Kari Hårstad

Antall ord: 9763

SPU 110

Bachelorgradsoppgave i sykepleie

Avdeling for helsefag, Levanger  
Høgskolen i Nord-Trøndelag - 2014



**HINT**

## Abstrakt

**Introduksjon:** Mange pasienter som lever med kols i dag opplever psykiske problemer som følge av sykdommen. Angst og depresjon fører ofte til sosial isolasjon, ensomhet og håpløshet. Dette fører til at pasienter med kols får redusert livskvalitet og redusert mestringsfølelse. De psykiske problemene sykdommen fører med seg blir ofte ikke oppdaget, som kan skyldes sykepleierens manglende årvåkenhet og i tillegg pasientenes manglende kunnskap om lidelsene angst og depresjon. **Hensikt:** Å få innsikt i hvordan kols påvirker pasientens psykiske helse, og å belyse sykepleietiltak knyttet til å fremme livskvalitet hos pasientene. **Metode:** Denne studien er basert på en allmenn litteraturstudie, og ble skrevet i IMRaD-struktur. Studien er basert på tolv forskningsartikler. **Resultat:** Pasienter med kols beskrev åndenød som verste symptom, og opplevde angst og panikk som følge av dette. De opplevde å være sosial isolert, ensom og hjelpeløs. Sykdommen begrenset deres egenomsorg og pasientene følte seg avhengig av andre. Dette førte videre til at de opplevde å være en byrde for familien og det sosiale nettverket. **Diskusjon:** Funnene fra forskning ble diskutert opp mot nasjonal faglige retningslinjer for kols, annen relevant litteratur og Aron Antonovskys teori. **Konklusjon:** Pasienter med kols opplever psykiske problemer som følge av sykdommen, og sykepleierne har en viktig oppgave i å observere og kartlegge symptomer og tegn på angst hos denne pasientgruppen, for å hjelpe pasienten i å mestre sin situasjon og opprettholde god livskvalitet.

**Nøkkelord:** KOLS, angst, livskvalitet og mental helse

## Innhold

1.0. Introduksjon .....	1
1.1. Forekomst av kols .....	1
1.2. Psykiske problemer hos kolspasienten .....	1
1.3. Mestringsmodell/teori .....	2
1.4. Hensikt .....	2
1.5. Betydning for sykepleiefaget .....	2
2.0. Metode.....	3
2.1. Inklusjonskriterier .....	3
2.2. Etske overveielser .....	3
2.3. Analyse .....	3
2.3.1. Tabell 1. Oversikt over sub-kategorier og kategorier .....	4
2.4. Søkeprosess .....	6
2.4.1. Tabell 2. Oversikt over søkestrategier .....	7
2.4.2. Tabell 2. Oversikt over inkluderte artikler. ....	9
5.0. Resultat .....	13
5.1. Opplevelsen av åndenød .....	13
5.2. Opplevelsen av sosial isolasjon .....	14
5.3. Opplevelsen av å være en belastning for andre .....	15
6.0. Diskusjon .....	17
6.1. Resultatdiskusjon .....	17
6.2.1 Opplevelsen av åndenød.....	17
6.2.2 Opplevelsen av sosial isolasjon.....	20
6.2.3. Opplevelsen av å være en belastning for andre .....	23
7.0. Metodediskusjon.....	26
8.0. Konklusjon .....	28
Litteraturliste	

## 1.0. Introduksjon

Kronisk obstruktiv lungesykdom (kols) er i følge internasjonale retningslinjer en samlebetegnelse for sykdommer der luftstrømmen hindres, og som ikke er fullt reversibel, men vanligvis progredierende og assosiert med en abnorm inflammatorisk respons på skadelige partikler eller gass (Mjell 2012). Flesteparten med kols har kombinasjoner av kronisk bronkitt og emfysem. Kronisk bronkitt er karakterisert ved økt sekretproduksjon i luftveiene på grunn av en kronisk inflammatorisk reaksjon i luftveiene og økt luftmotstand. Kronisk bronkitt er preget av en jevn og progredierende luftstrøms hindring som kan føre til invaliditet og respirasjonssvikt (Mjell 2012). Emfysem er en utvidelse og destruksjon av alveolveggene distalt for de terminale bronkiolene, som fører til at gassutvekslingen blir redusert (Mjell 2012).

### 1.1. Forekomst av kols

Kols er en av de hyppigste årsakene til sykdom og død verden over. Trolig har 250-300 000 personer i Norge kols, men sykdommen er underdiagnostisert selv om mange har symptomer, besvær og redusert livskvalitet. Underdiagnostikk skyldes at pasienter bagatelliserer symptomer, og at helsepersonell mangler årvåkenhet (Helsedirektoratet 2012, Regjeringen 2006).

### 1.2. Psykiske problemer hos kolspasienten

Mange pasienter med kols opplever psykiske problemer som følge av sykdommen. Tung pust er sykdommens hovedsymptom, og kan oppleves som skremmende for pasienten og gi angstsymptomer. Hos pasienter med kols opptrer angst og depresjon langt hyppigere enn hos den generelle befolkningen (Helsedirektoratet 2012, Regjeringen 2006). Depresjonssymptomer ble funnet hos 42 % hos pasienter med stabil kols, og øker opp til 62 % hos de med alvorlig grad av kols. Angst og depresjon er to av de minst behandelende komorbiditetene til kols (Helsedirektoratet 2012).

Angst fører ofte til sosial isolasjon, ensomhet, hjelpeløshet, håpløshet og passivitet. Pasienter med kols kan bli i en ond sirkel med økende tung pust og økt immobilisering, som igjen påvirker tung pust og psykososial situasjon. Symptomer som dette er mer viktig for opplevelsen av livskvalitet, enn fysiologiske variabler og fysisk funksjon. På grunn av at pasientene ikke har god nok kunnskap om angst som komorbiditet til kols, blir det ikke påvist og behandlet. I tillegg opplever pasienter med kols skam, og oppsøker derfor ikke helsetjenesten (Helsedirektoratet 2012).

### 1.3. Mestringsmodell/teori

I senere tid har mange teoretikere knyttet begrepet helse til menneskets evne til å mestre påkjenninger. Aron Antonovsky er opptatt av hva som er årsaken til at enkelte mennesker har evne til å opprettholde sin helse til tross for at de er utsatt for omfattende og sterke påkjenninger. Antonovskys salutogene perspektiv kan være med å hjelpe til med å forstå menneskets kraft til å beskytte oss selv mot belastninger vi møter, og en sterk opplevelse av sammenheng i tilværelsen er en viktig ressurs for å mestre dette. Derfor må sykepleiere styrke pasientens opplevelse av sammenheng som innebærer å gjøre situasjonen forståelig, meningsfull og håndterlig for pasienten (Antonovsky 2012).

### 1.4. Hensikt

Studien har et pasientperspektiv for å få innsikt i hvordan pasienter med kols opplever psykiske problemer som en følge av sykdommen.

Hensikten er å belyse hvordan sykepleiere kan fremme livskvalitet hos hjemmeboende pasienter med kols.

### 1.5. Betydning for sykepleiefaget

Forekomsten av kols er et økende problem i Norge, og som sykepleier møter vi pasienter med kols i institusjoner, sykehus og i hjemmet. Kols kan ikke kureres, men symptomene kan dempes og livskvaliteten bedres gjennom riktig behandling og rehabilitering. Det er viktig at mennesker som har fått diagnosen blir fulgt opp med riktig behandling, slik at de unngår unødig sykkelighet og lidelse (Regjeringen 2006). Helsetjenestens oppgave er blant annet å legge forholdene til rette, og gi støtte og råd som innebærer og fremme personlig ansvar og mestring (Regjeringen 2006). For at sykepleiere skal fremme helse hos pasienter med kols, er det viktig å få innblikk i pasientens opplevelser og erfaringer. Sykepleieren må lindre de plagene som sykdommen medfører, styrke pasientens kompetanse i å mestre sin egen sykdom, samt å kunne sette seg inn i pasientens tilstand for å forstå hvordan pasienten opplever sin situasjon. Derfor trenger sykepleieren kjennskap til forskning om pasientopplevelser ved sykdommen kols (Nordtvedt og Grønseth 2011). Som tidligere beskrevet er angst en av de minst behandlede komorbiditetene til kols, og opptrer langt hyppigere hos personer med kols enn den generelle befolkningen. Sykdommer i respirasjonsorganene kan føre til plager og symptomer som påvirker pasientenes livsutfoldelse og livskvalitet i stor grad (Almås m.fl.

2011). Angst påvirker pasientens psykososiale helse, og livskvaliteten blir redusert (Helsedirektoratet 2012).

## 2.0. Metode

En allmenn litteraturstudie er en av flere ulike typer studier der kunnskap om et bestemt område blir presentert. En allmenn litteraturstudie kan beskrives som en litteraturoversikt, litteraturgjennomgang eller forskningsoversikt. Forskningen blir analysert og beskrevet, men sjelden på en systematisk måte. I en allmenn litteraturstudie skal forskningen som blir presentert inkludere alle relevante artikler som omhandler det valgte temaet, og artiklene bør være av god kvalitet for å gi et riktig bilde av område (Forsberg og Wengstrøm 2013).

Denne studien er basert på en allmenn litteraturstudie, og er skrevet i IMRaD-struktur. Studien inneholder kvalitative studier, fordi kvalitative studier gir forskeren mulighet til å komme nær fenomenet gjennom en åpen tilnæringsmetode, og gir et godt innblikk i pasientopplevelser som er relevant for studien hensikt (Forsberg og Wengstrøm 2013, Kristoffersen 2011). Studien inneholder ikke all viten, men er med på å danne et bilde av kunnskapen som er publisert.

### 2.1. Inklusjonskriterier

I studien er det valgt å inkludere artikler der forskeren møter pasienter med kols. Andre lungelidelser som astma og bronkitt ble ekskludert. Studien inneholder pasienters opplevelser i alderen 45 + år, og både kvinner og menn er deltakere. I flere av artiklene er pasientene under behandling på lungerehabilitering, men ettersom disse pasientene som regel er hjemmeboende, beskriver pasientene et grundig bilde av sin situasjon i hjemmet, og er derfor valgt å inkluderes.

### 2.2. Etske overveielser

Etske overveielser gjelder utvalget i studien. Artiklene som er valgt ut tilfører studien grundige beskrivelser i pasientopplevelser, og er svært relevant for å besvare studiens hensikt. I studien er framstillingen av resultatet i artiklene gjort redelig, og alle inkluderte artikler er godkjent av forskningsetisk komite. All resultat er referert til artiklenes forfattere, og studien er ikke plagiert av andre bacheloroppgaver.

### 2.3. Analyse

I en kvalitativ innholdsanalyse er viktig å lage kategorier. En kategori inneholder felles innhold, og må være dekkende uten å ekskludere relevant data. Det betyr at ingen data bør ekskluderes på grunn av

manglende egnet kategori, og ingen data bør falle mellom to kategorier. En kategori inneholder ofte en underkategori (Graneheim og Lundman 2004).

I tabellen under presenteres subkategorier og kategorier som ble valgt ut på grunnlag av studiens hensikt. Kategoriene ble laget ved å analysere de inkluderte artiklene, og tilfører studien vesentlig innhold.

### 2.3.1. Tabell 1. Oversikt over sub-kategorier og kategorier

Subkategorier	Kategorier
<p>Åndenød beskrevet som største problem, førte til frykt, panikk og «nær døden»-opplevelser. Føler seg fanget, hjelpeløs, tap av kontroll.</p> <p>Pusteteknikker, selvledelse, sittestilling, lungerehabilitering er positive mestringsstrategier. Trening /styrke-øvelser nedprioritert pga. åndenød.</p> <p>Se andre med verre åndenød ga motivasjon til positive tanker om seg selv.</p> <p>Ingen som forstår, vil være alene. Andre trenger hjelp til å puste – gir trygghet</p>	<p>Opplevelsen av åndenød</p>
<p>Funksjonsbegrensninger påvirket deres livskvalitet. Vanskelig å opprettholde god hygiene, dusje, av og påkledning, vaske hus, stelle hage, gå i butikk, frisør. Kan ikke planlegge langt frem i tid. Tretthet gjengående årsak til sosial isolasjon.</p> <p>Må ta en dag av gangen. «Psyke seg opp» til et ærend. Unngikk sosiale situasjoner pga. skam, redd for å få infeksjoner, sjenerende med symptomer som slim, hoste og spisesituasjoner.</p> <p>Vanskelig å akseptere stillesittende aktiviteter som kryssord, lesing, maling.</p>	<p>Opplevelsen av sosial isolasjon</p>

<p>Prioriterte opplevelser som ga mening, glede.</p> <p>Fokus på aktiviteter som de mestret, kompensere for tap, gjøre litt – ga kontroll.</p> <p>Ulike dager, opp og ned.</p>	
<p>Ønsket å være tilgjengelig for naboer, å hjelpe til.</p> <p>Vanskelig å se andre gjøre meningsfulle aktiviteter, følte seg verdiløs for andre. Trodde de forårsaket lidelse for familien. Forsøker å være sterk for familien, skjuler følelser.</p> <p>Trenger hjelp til det meste, vanskelig å være avhengig av andre.</p> <p>Ønsket ikke å mase på helsepersonell, unngikk å kontakte dem.</p> <p>Opplever ikke å strekke til som ektefelle, besteforelder, nabo eller arbeidstaker.</p> <p>Å lytte og vise interesse til barn og barnebarn var en god form for omsorg, ga energi.</p> <p>Familie viktigste ressurs, ga mening i å leve, trygghet</p>	<p>Opplevelsen av å være en belastning for andre</p>



## 2.4. Søkeprosess

I søkeprosessen som utgjør de 12 inkluderte artiklene i resultatdelen i studien, ble det først valgt ut søkeord som var relevant og aktuell for studiens hensikt. Søkebasene som er brukt er i hovedsak Medline, men det ble også gjort flere søk i Svemed uten funn. For å få flest mulig treff innenfor det valgte temaet ble formulering av søkeord grundig gjennomtenkt. Søkeord som ble benyttet er COPD i kombinasjon med depression, anxiety, anxiety disorders, loneliness, quality for life og mental health.

I tre av fire søk ble artiklenes publikasjonsår satt til et maksimum på 10 år, for å inkludere mest mulig ny og relevant forskning i studien. Språket ble avgrenset til norsk, engelsk, dansk og svensk, og det ble også avgrenset til fulltekst og abstrakt i søkene. I tillegg ble det deltakernes alder satt til 45 år +, og det ble avgrenset til kvalitative studier.

Studien er basert på kvalitativ forskning som er basert på data fra fortellinger og observasjoner, og fordi en tekst alltid inneholder flere betydninger, er det alltid en grad av tolkning når teksten analyseres (Graneheim og Lundman 2004).

Analysen av artiklene ble gjort trinnvis. I søkene ble artiklenes tittel lest i det første utvalget, deretter ble artiklenes abstrakt lest i andre utvalg. I tredje utvalgt ble artiklene lest i sin helhet, for så å granskes i det fjerde utvalget.

2.4.1. Tabell 2. Oversikt over søkestrategier

Database	Avgrensninger	Søkeord	Antall treff	Utvalg 1	Utvalg 2	Utvalg 3	Utvalg 4
Medline 26.02.14  Artikkel 3, 4,5, 8, 10	Abstrakt Full tekst Publisert 2008- nåværende Alder: 45 + Språk: Engelsk, norsk, dansk og svensk Kvalitativ studier	COPD AND Depression Or Anxiety Or Anxiety disorders Or Loneliness Or Quality of life Or Mental health	79	79	6	5	5
Medline 26.02.14 Artikkel 2, 6 og 7		COPD AND Mental health	24	24	6	3	3
Håndsök  Artikkel 1		Bachelor Kols Livskvalitet					1
Medline 06.03.2014 Artikkel 9	Fulltekst Publisert 2006- nåværende Alder: 45 + Språk: Engelsk, norsk, dansk og svensk Kvalitativ studier	COPD AND Mental health or quality of life	95	95	5	2	1

Medline 06.03.2014 Artikkel 11,12	Fulltekst Publisert 2006- nåværende Alder: 45 + Språk: Engelsk, norsk, dansk og svensk Kvalitativ studier	COPD Activities of daily living	35	35	3	2	2
--	---	--	----	----	---	---	---

Utvalg 1: lest artikkelens tittel

Utvalg 2: lest artikkelens abstrakt

Utvalg 3: lest artikkelen i sin helhet

Utvalg 4: artikkelen valgt ut for gransking og vurdering

2.4.2. Tabell 2. Oversikt over inkluderte artikler.

Forfattere Tidsskrift År	Studiens hensikt	Design/Instrument /Intervensjon	Deltakere/ bortfall	Hovedresultat	Kommentar i forhold til kvalitet
Barnett  Issues in clinical nursing  2005	Utforske pasienters opplevelser Av å leve med kols	Kvalitativ Studie  Ustrukturert intervju	10	1: Åndenød verst 2:Funksjonshemming: Vil ikke akseptere avhengighet, Aktivitetsnivå varierer, Spising, hygiene er vanskelig 3.Frustrert fremfor deprimert, Selvmordstanker/redd for å dø, panikkanfall 4. Sosial isolasjon, Aldri planlegge, tap av venner, jobb, intimitet Utviklet mestringsstrategier	Etisk godkjent. God bredde og dybde i pasienters opplevelser/følelse r og tanker. Gir et godt innblikk i utfordringer i dagliglivet som påvirker livskvalitet. Svarer godt på problemstillingen
Wong m.fl.  Internasjonal Journal of COPD  2010	Undersøke de følelsesmessige, atferdsmessige, kognitive, fysiske dimensjoner av tretthet og deres relasjoner til åndenød, mental helse, søvn og fysiologiske faktorer ved KOLS	Kvalitativ Studie  Måleinstrumenter For fatigue, angst/depresjon, søvnkvalitet, tungpust, aktivitetsnivå	42 lungerehabilitering s- deltakere	95,3 % opplevde fysisk tretthet, 88,1 % redusert aktivitet, 83,3 % red. motivasjon, 69,9 % mental tretthet, 54,5 % generell tretthet. 42,9 % hadde symptomer på angst, 21,4 % hadde depressive symptomer	Etisk godkjent. Viser høye tall på komorbiditeter av kols. Relevant data for problemstilling
Vogele m.fl  Respiratory Medicine  2008	Å vurdere psykiske lidelser hos pasienter med KOLS med avansert metodikk	Kvalitativ studie	20 innlagte pasienter med Kols, sammenlignet med en gruppe uten kols	55 % av kols-pasienter fikk en diagnose av en mental lidelse. Angstlidelser. Ingen sammenheng mellom lungefunksjon og angstnivå. Kolspasienter med angst hadde flere fysiske symptomer og mer frykt for å dø	Etisk godkjent Interessant å se sammenligningen mellom kronisk syke pasienter og kols-pasienter, og opplevelsen av angst.

Ek K og Ternestedt B-M  Journal of advanced nursing  2008	Å beskrive erfaringer av å leve med kols i den palliative fasen av sykdommen	Kvalitativ studie	8	Manglende fysisk styrke ga store utfordringer (skam, angst). Gi avkall på aktiviteter ga mangel på frihet, tristhet, sosial isolasjon (Verdiløs, selvbekreidelse). Helsepersonell lite fokus på sosial aspekt. Barn, barnebarn en styrke, små aktiviteter ga mening. Dele erfaringer viktig.	Etisk godkjent. Gir grundige beskrivelser av erfaringer. Gjelder pasienter i palliativ fase, men opplevelser er sammenliknbar med andre stadium fra andre artikler. Relevant for problemstilling.
Ek m.fl.  Journal of advanced nursing  2011	Studere opplevelsen av å leve med avansert kols og langtidsoksygen behandling når du bor alene	Kvalitativ studie	4	Åndenød verst. Varierte fra dag til dag. Kroppslig tretthet, slim, frykt for infeksjon første til sos. Isolasjon. O2 ga redusert tretthet og bedre søvn, men redusert frihet. Viktig med kjent helsepersonell, rolig, god tid og ikke stress viktig i stell. Lytte til barnebarn/minner ga pos. Energi.	Etisk godkjent Gir grundige opplevelser ved å leve med kols.
Ellison m.fl.  Chronic illness  2012	Forstå psykiske behov hos kols pasienter, hva de ønsker/ikke ønsker, hva de mottar av hjelp og hvordan deres behov kan bli bedre møtt av helsepersonell	Kvalitativ studie	14	Identitetsforandringer: selvtillit og selvstendighet tapt. Sosial isolert: Redusert energi, dårlig humør, byrde og ønsker å være uavhengig. Opplever lungerehab. Som positiv, støtte fra andre viktig. Psykologisk terapi god. Udekket behov: Møte andre, dele erfaringer. Føler skyld i egen sykdom.	Etisk godkjent Svarer til problemstilling.
Artikkel 7 Cicutto m.fl Patient Education	Utforske faktorer som påvirker egenomsorg fra	Kvalitativ studie	42, 7 fokusgrupper	Mestringsstrategier var fysisk: prioritere aktiviteter som ga glede, redusere nivå,	Etisk godkjent Grundige beskrivelser av å

and counseling 2004	perspektivet til personer med kols			planlegge for å spare energi, nedprioritere trening. Pusteøvelser viktigst. Emosjonelt: Sosial støtte fra familie, helsepersonell – å bli sett/spurt. Støttegrupper motiverende.	leve med kols. Svarer til problemstilling.
Gullick and Stainton Journal of advanced nursing 2008	Utforske opplevelsen av kroppens endringer hos personer med kols	Kvalitativ studie	15	Tungpust medførte tap av spontane sosiale aktiviteter, egenomsorg, vanskelig å være ektefelle, bestemor, arbeidstaker. Hoste, slim og tungpust ubehagelig i sosiale sammenhenger. Endret atferd, temperament, sinne, stahet. Ulike strategier for å takle skyld, frykt & fortvilelse.	Etisk godkjent Grundige beskrivelser av opplevelser ved å leve med kols.
Willgoss m.fl. Heart and lung – the Journal of acute and critical care 2012	Å utforske erfaringer av angst hos pasienter med stabil kols.	Kvalitativ studie	14	Åndenød skaper angst. Triggere til angst: sosialt ubehag, mangel på medisiner, frykt for nye panikkanfall. Vanskelig å oppdage hva er symptomer på kols og angst. Panikkangst øker sårbarheten, tap av kontroll, inkontinens og svette. Viktig med selvløse, pusteøvelser. Helsepersonell god hjelp.	Etisk godkjent Beskriver grundige beskrivelser av opplevelsen av angst hos kolspasienter. Svarer godt til problemstilling.
Willgoss m.fl. Nursing Times 2011	Utforske opplevelsen av å leve med og håndtere KOLS og angst fra pasientperspektivet	Kvalitativ studie Dybdeintervju	14	Angst – panikkanfall relatert til åndenød og for noen spontant. Føler at de er fanget, hjelpeløs i anfallene Sosial isolasjon Forvekslet angstanfall	Etisk godkjent Gir god innblikk i pasienters opplevelse av angst. Relevant til problemstilling

				med kols-forverring Helsepersonell viktig rolle i å oppdage angst	
Fraser m.fl.  Journal of advanced nursing  2006	Å få innblikk i erfaringer hos pasienter med kols, for å forstå hvordan det er å leve med kols.	Kvalitativ studie	10	Viktig å vite hva som fungerer ved åndenød. Pusteteknikk, innhalator, forstøver, sittestilling. Ubehag når andre «hjelper til» under anfall. Andre var avhengig av hjelp. Ta kontroll: Gjør det de kan, kompensere	Etisk godkjent. Beskriver ulike faktorer som fremmer/hemmer kontroll og forutsigbarhet hos kols-pasienter. God ift. Problemstilling.
Hasson m.fl.  Internasjonal journal of palliative care  2008	Undersøke mulighetene for palliativ omsorg for pasienter med kols	Kvalitativ studie	13	Frykt for åndenød. Tap av selvstendighet, kontroll, hjelp til hygiene, rengjøring. Mistet håpet. Føler familien blir sliten, holder følelser inn, ønsker ikke å bekymre sine, skremme. Ønsket mer hjelp av helsepersonell – forebygge innleggelser. Lite info om psykisk støtte	Etisk godkjent. Grundige beskrivelser av opplevelser av kols ift. Familie og helsepersonell. Svarer godt til problemstilling.

## 5.0. Resultat

### 5.1. Opplevelsen av åndenød

Pasientenes oppfatning av sykdommens mest alvorligste symptom er åndenød (Barnett 2005, Ek m.fl. 2008, Hasson m.fl. 2008). Pasientene beskriver åndenød som en opplevelse av å klemme av en hageslange slik at det ikke lenger kommer noe vann, i likhet med å kveles og død (Barnett 2005). I tillegg beskrives opplevelsen av og ikke få puste som en ukomfortabel og smertefull følelse som pasientene ikke kan kontrollere (Ek m.fl. 2011, Willgoss m.fl. 2011), og som resulterer i en følelse av å være hjelpeløs og fanget (Willgoss m.fl. 2011).

Pasienter med kols opplever å få panikk og angst i forbindelse med åndenød (Vogele m.fl. 2008, Wong m.fl. 2010), og disse anfallene er vanskelig å kontrollere (Barnett 2005, Ek m.fl. 2008).

Pasientene beskriver at under panikkanfallene, tror de at de vil kollapse og dø. De erfarer å få panikkanfall i ulike sammenhenger, både i sosiale sammenhenger, men også hjemme alene (Barnett 2005). Den vanligste typen angstlidelse hos kols-pasienter er panikklidelse med agorafobi, og disse pasientene rapporterer høyre nivåer av fysiske symptomer som kardiovaskulære, gastrointestinale og respiratoriske enn kolspasienter uten angstlidelser (Vogele m.fl. 2008).

Ettersom åndenød gir pasientene store begrensinger i hverdagen, har de utviklet ulike strategier for å kontrollere kroppen bevisst til å takle pustebesvær (Gullick og Stainton 2008). Å vite hva som fungerer er essensielt for pasientene, og innhalatorer og medisiner er for mange avgjørende i episoder med akutt pustebesvær (Fraser m.fl. 2006). Å være forut og fange pusten er en viktig strategi for å oppnå kontroll. Planlegge ruten de skal gå, med muligheter for pauser er viktige elementer (Gullick og Stainton 2008). Pusteøvelser er en effektiv strategi, som å puste med magen, snurpe leppene sammen og ta dype langsomme åndedrag (Cicutto m.fl. 2004, Fraser m.fl. 2006, Willgoss m.fl. 2011). Selvlidelse og lære å kjenne og håndtere sin angst i samråd med sykepleiere er viktige mestringsstrategier (Willgoss m.fl. 2011) Å presse seg selv er også en strategi for og optimistisk engasjere seg i livet. De presser seg ikke nødvendigvis bare til en bestemt oppgave, men presser sine fysiske grenser langt lengre enn en person med normal pust ville greid (Gullick og Stainton 2008). For noen forårsaker overanstrengelse åndenød, og resulterer i panikkanfall. Episoder av panikk blir ofte innledet av åndenød, som ble ytterligere forverret av panikk, og dette blir ofte en ond sirkel. Denne sirkelen er vanskelig for pasientene å gripe tak i fordi symptomer på angst forveksles med symptomer på åndenød (Willgoss m.fl. 2011). Pasienter beskriver en viktig evne til å



kjenne sine grenser for hva de klarer å utføre, uten å oppleve pustebesvær som de ikke kan kontrollere (Gullick og Stainton 2008), for andre var panikkanfall ikke relatert til åndenød, men oppsto uten forvarsel på natten etter sengetid (Willgoss m.fl. 2011).

Det er ulike faktorer som trigger panikkanfall, som blant annet frykt for å være uten medisiner og flashbacks fra tidligere anfall. Sosialt ubehag er også en trigger for panikkanfall, for eksempel at andre mennesker ser på dem (Willgoss m.fl. 2012).

## 5.2. Opplevelsen av sosial isolasjon

Opplevelsen av åndenød resulterer i at daglige aktiviteter som hygiene, påkledning og matlaging blir vanskelig for kols-pasienter (Barnett 2005, Ek og Ternestedt 2008, Wilgoss m.fl. 2011). Å bøye seg fremover å knytte skolissene krever mye pust, og derfor unngår pasientene slike aktiviteter som krever anstrengelse, som igjen fører til redusert allmenntilstand og muskelstyrke (Barnett 2005, Willgoss m.fl. 2011). Dette fører så til dårlig selvtillit og frykt for å forlate hjemmet sitt (Barnett 2005). Ønske om å gjøre aktiviteter er stort, men kroppen signaliserer at de ikke klarer det, og det er vanskelig å akseptere (Barnett 2005, Ellison m.fl. 2012). På gode dager kan de gå korte avstander som til bilen, men på andre dager kommer de seg ikke ut døren. Tidligere kunne pasientene spontant sette seg i bilen å dra på en utflukt, men nå må alt planlegges (Barnett 2005, Gullick og Stainton 2008).

Planlegging av daglige aktiviteter for å unngå andpusthet er en kilde til frustrasjon. De fleste pasientene følte de planla for mye og dette begrenset deres evne til å delta i sosiale aktiviteter. Planlegging ble sett på som en måte å kontrollere sine liv, men de følte at de ble unødvendig bekymret for mange ting (Wilgoss m.fl. 2011). Å sitte i godstolen går fint, og enkelte har ikke vært ut av huset på seks måneder (Barnett 2005, Wilgoss m.fl. 2011). For å kompensere for sykdommens begrensinger, har flere av pasientene gjort endringer som og flyttet til første etasje, skaffe seg hushjelp for vasking og handling, og dette medfører at pasientene blir mindre selvstendig og mer ensom og isolert (Ek og Ternestedt 2008, Fraser m.fl. 2006).

Det sosiale nettverket har krympet, og pasientene opplever å være lite til nytte. Tretthet er en gjengående årsak til dette. Åndenød resulterer i tretthet (Ek m.fl. 2011, Gullick og Stainton 2008, Wong m.fl. 2010), og selv små aktiviteter krever lang hviletid etterpå (Ek m.fl. 2011, Gullick og Stainton 2008). Angst er også en årsak til sosial isolasjon, fordi andre ikke forstår hvordan angst påvirker pasientenes liv og som skaper en større avstand (Ellison m.fl. 2012, Wilgoss m.fl. 2011). Somatiske symptomer som inkontinens og svetting oppstår under enkelte panikkanfall, og dette gjør

pasientene flau (Wilgoss m.fl. 2011). Hoste og slim er også en årsak til at flere av pasientene unngår sosiale relasjoner, fordi det er skamfullt (Gullick og Stainton 2008). Når annen sykdom, særlig luftveisinfeksjoner rammer pasientene blir kroppen mye svakere og mer sliten enn før, og de bruker lang tid på å bli frisk igjen. Frykt for å bli smittet av andre og få infeksjoner, er en årsak til at flere unngår andre mennesker (Ek m.fl. 2011). Enkelte opplever at andre ser på pasientene på en annen måte nå etter de har fått kols, og at andpustheten tiltrekker seg oppmerksomhet (Ellison m.fl. 2012, Gullick og Stainton 2008). Å spise mat og samtidig puste er for mange pasienter en stor utfordring (Barnett 2005, Ek og Ternestedt 2008), og når andre mennesker ser på blir det pinlig og skamfullt (Ek og Ternestedt 2008). Å være sosial isolert medfører at pasientene ikke har noe å snakke med andre mennesker om hvis de møter noen, fordi de ikke har noe nytt å tilføye samtalen. Tidligere kunne pasientene delta i sosiale sammenhenger sammen med naboene, men nå må de følge med fra terrassen, og de føler seg verdiløs (Ek og Ternestedt 2008).

På tross av sykdommens betydning for sosiale aktiviteter, opplever flere å ha god livskvalitet. Flere sammenligner seg med andre som har det betydelig verre, og det gir en god følelse (Barnett 2005, Cicutto m.fl. 2004). Flere forteller om viktigheten av å være i dialog med andre i dagliglivet, og muligheten for og chatte med andre i lignende situasjon gir styrke til å leve (Ek og Ternestedt 2008). Å leve med kols innebærer å gjøre flere endringer i sin livstil, og prioritere aktiviteter som gir glede og aktiviteter som de lykkes med, er en viktig mestringsstrategi (Cicutto m.fl. 2004, Fraser m.fl. 2006). I stedet for å gjøre aktiviteter som krever mye energi, gjør de nå mer sittestillende aktiviteter som lesing, kryssord, maleri, musikk, bridge, strikking og andre håndverk. Flere av pasientene sammenlignet situasjonen med livet de hadde før, og det var skuffende å slutte med tidligere hobbyer som f.eks. golf (Cicutto m.fl. 2004, Ek og Ternestedt 2008).

### 5.3. Opplevelsen av å være en belastning for andre

Mange kolspasienter opplever å være en byrde for familie og venner, og føler seg avhengig av hjelp (Ellison m.fl. 2012). Å være avhengig av andre, og ikke kan greie seg på egenhånd reduserer friheten, som for eksempel til å gå ut i solen når de selv ønsker (Ek og Ternestedt 2008, Ek m.fl. 2011). De beskriver at de forsøker å redusere sin avhengighet til andre ved å isolere seg. Forholdet til venner og familie blir presset og forandret (Ellison m.fl. 2012, Hasson m.fl. 2008), og selv om de i rundt forsøker å hjelpe kolspasienten fra å bli deprimert og isolert, ønsker de fleste å greie seg selv. De opplever at nettverket ikke synes det er enkelt å strekke til, og det fører til skyldfølelse hos pasientene (Ellison m.fl. 2012). Flere beskriver at de forårsaker lidelse for familien (Ek og Ternestedt 2008, Willgoss m.fl. 2011), og at de forsøker å forholde seg sterk for deres skyld. De unngår å vise følelser, og gråter når

de er alene (Ek og Ternestedt 2008). Flere snakker ikke med familien om sykdommen sin i frykt for å skremme dem, og noen ønsker å snakke med familien uten at familien viser særlig interesse. I frykt for å såre familien, spørker noen av pasientene om sykdommen sin for å unngå engstelse (Hasson m.fl. 2008). De føler skyld ovenfor familien, fordi sykdommen krever mye tid av familiens liv. De er bekymret for at familiemedlemmer føler seg nedfor, utslitt og frustrert for at de må kompensere for alt pasienten ikke klarer å gjøre selv. De er også redde for at familien skal føle seg presset til å hjelpe til. Dette uavhengig om de bor alene, sammen med ektefelle eller barn (Hasson m.fl. 2008).

Noen opplever det trist og ikke å ha mulighet til å hjelpe naboer og ivareta sine hjem på grunn av deres manglende styrke (Ek og Ternestedt 2008, Ek m.fl. 2011). Det føles som et nederlag og ikke kan passe på og ivareta sine små barnebarn, men de eldre barnebarna kan de prate med, lytte til og gi omsorg i form av støtte og interesse (Ek og Ternestedt 2011). Flere opplever det vanskelig og ikke å være en god kone, mann, besteforelder eller arbeidstaker, og ikke være i stand til å ivareta seg selv (Gullick og Stainton 2008). Det oppleves som et nederlag og må ha hjelp til egenpleie som bading, påkledning og lignende (Barnett 2005, Gullick og Stainton 2008). Ektefellen må hjelpe til med det meste, og for enkelte menn føles det som manndommen forsvinner når de ikke greier enkle oppgaver selv (Gullick og Stainton 2008). Flere synes de har forandret temperament med mer irritasjon, sinne og frustrasjon, og som de tror skyldes at de ikke lengre klarer å være effektive. Dette påvirker familieforholdene og fører til stress og konflikter (Gullick og Stainton 2008).

Andre føler at de har mye å gi til tross for sykdommen, som å være en god bestemor og kone, snakke med tenåringer og lignende. Relasjon til barn og barnebarn blir ansett som svært viktig, og føle tilhørighet gir livet mening (Ek og Ternestedt 2008). De opplever familie og venner som en ressurs for dem, og gjør at de føler seg trygge. I tilfelle sykdommen forverrer seg er det godt å ha noen i nærheten som kan oppdage det, og skaffe hjelp (Ellison m.fl. 2012). Å føle tilhørighet til andre gjør livet meningsfullt, og slike opplevelser gir gode dager (Barnett 2005, Ek og Ternestedt 2008). Å bli sett på og behandlet som den personen en var før sykdommen blir ansett som en kilde til glede, som for eksempel å dele tidligere historier og minner med venner gir gode opplevelser (Ek og Ternestedt 2011). Flere understreket at familien er den eneste grunnen for å leve, og behovet for sosial støtte var stort (Barnett 2005, Cicutto m.fl. 2004).

## 6.0.Diskusjon

### 6.1. Resultatdiskusjon

#### 6.2.1 Opplevelsen av åndenød

Resultatet viser at åndenød oppleves som sykdommens verste symptom, og skaper frykt og hjelpeløshet hos mange pasienter med kols. Å ha tungt for puste og oppleve kvelningsfølelser er trolig noe av det mest angstfylte og slitsomme et menneske kan oppleve. Sykepleierens handlinger kan direkte lindre pasientens plager, og sykepleieren må fokusere på hvordan den syke opplever og erfarer denne tilstanden. En viktig dimensjon av sykepleien er å sette seg inn i og forsøke å forstå pasientens opplevelse av sykdom. Sykepleieren må dessuten hjelpe pasienten å holde ut med det å være tungpusten. I den sammenheng er det derfor viktig å understøtte pasientens egne krefter, bekrefte hans mestringsevne og troen eller håpet om å takle disse utfordringene (Nordtvedt og Grønseth 2011).

Det moralske aspektet ved klinisk sykepleie omfatter blant annet velgjørenhet og barmhjertighet. Sykepleieren er forpliktet til å gjøre det beste for den som er syk, men mer en bare å ville et annet menneske vel. Sykepleieren skal også minske ubehag og smerte ved åndenød, og forhindre handlinger som kan påføre pasienten unødige belastninger. Derfor må en kompetent sykepleier kjenne hvis kroppen til pasienten spenner seg ved for eksempel morgenstellet, og da bruke varsomme bevegelser som viser en kroppslig empati. Et godt håndlag gir pasienten en fortrolighet og forhåpning om å bli ivaretatt best mulig, som også Nordtvedt og Grønseth (2011) underbygger i sin litteratur om sykepleiens funksjon og ansvar, og som er svært viktig når pasienten er anspent før for eksempel morgenstellet. Pasienten kan bekymre seg lenge før en slik aktivitet som krever mye anstrengelse og energi.

Sykepleieren må også våge og ikke ha svar i enhver situasjon, for pasienten kan ha et ønske om at vi bare skal være til stede. Det handler om å være nærværende og lyttende (Thorsen 2011).

Sykepleierens nonverbale kommunikasjon signaliserer om vi er innstilt på å lytte og hjelpe, noe som er viktig for at pasienten skal føle seg trygg og godt ivaretatt, som også Eide og Eide (2007) sier i sin litteratur om kommunikasjon. God nonverbal kommunikasjon innebærer å ha øyekontakt, men uten å stirre. Innta en mottagende åpen kroppsholdning, lene seg fremover mot den andre, å følge den andres utsagn ved forstående bekræftende nikk, eller beroligende berøring. Det innebærer også å være avslappet, naturlig og vennlig i stemmen og bevegelser, og dette er spesielt viktig når

pasienten opplever åndenød og er angstfull. Når sykepleieren er spent, urolig og rastløs vil dette påvirke pasienten i negativ retning og gjøre pasienten mer angstfull. I tillegg er det viktig å la ansiktet uttrykke ro, tilstedeværelse og interesse. Å bli møtt med tillitt er avgjørende for motivasjonen til å samarbeide under episoder med åndenød og angst, for når pasienten har tillitt til sykepleieren, vil selvtilliten styrkes og motet til å holde ut kan bedres (Eide og Eide 2007). Kroppsberøring kan skape trygghet, mening og bekreftelse, men sykepleieren må være klar over at ikke alle pasienter opplever berøring som noe positivt. Selv om enkelte kan sette stor pris på å bli holdt i hånden eller tatt på, er det avhengig av situasjonen og varierer fra person til person (Eide og Eide 2007).

Det faglige aspektet ved klinisk sykepleie omfatter blant annet observasjoner og kliniske vurderinger av symptomer som avviker fra normal respirasjon, og er grunnlaget for og tidlig å oppdage forverring som kan forebygge alvorlige respirasjonsproblemer. Både sykepleiens forebyggende, behandlende, lindrende, og rehabiliterende funksjon er viktige i pasientarbeidet med kolspasienten. Observasjoner av økt respirasjonsfrekvens og pulsfrekvens kan være tidlige tegn på at pasienten er i ferd med å utvikle hypoksemi og hypoksi. Andre viktige observasjoner ved respirasjonsproblemer er respirasjonsrytme, mønster, lyder, bevegelser, bruk av respiratoriske hjelpemidler, ekspektorat, cyanose, bevissthet, pulsoksymetri, blodgass- og syre-base-verdier og ventilasjonskapasitet. Summen av symptomene kan vise at pasienten er utslitt og trenger respirasjonsstøttende behandling (Almås m.fl. 2011).

Likevel må observasjonene tolkes i sammenheng med andre årsaker som kan påvirke respirasjonen og pulsfrekvens som for eksempel angst, som også Almås m.fl. (2011) påpeker i sin litteratur om pasienter med lungesykdommer. Resultatet viser at flere av pasientene beskriver åndenød og angst som en ond sirkel, der de ofte er usikker på hva som forårsaker hva. Enten er det angst som påvirker pusten, eller så fører tungpustheten til angst. I den sammenheng er det derfor svært viktig at alt helsepersonell som er i kontakt med pasienter med kols, er oppmerksom på risikoen for angst og depresjon (Kvaal 2008, Mjell 2012). Sykepleieren må spørre pasienten om han opplever angst, og anerkjenne pasientens opplevelser, og både pasienten og pårørende må få vite at angst er en vanlig følelse i forbindelse med åndenød og alvorlig sykdom. Slik kan det bli enklere for pasienten å akseptere sine opplevelser og føle seg mindre alene om å kjenne angst.

Det er viktig å ha en åpen dialog med pasienten om hva han er redd for. Resultatet viser at mange opplever frykt for å kveles og dø. Mange opplever at selve måten å dø på er mer skremmende, enn tanken på å dø (Almås m.fl. 2011). Resultatet viser at flere pasienter er redd for å legge seg i frykt for og ikke våkne om natten. Det kan være vanskelig å snakke åpent om tunge tanker både for pasienten og sykepleieren, men det kan likevel være nødvendig for at pasienten skal håndtere livet sitt som det

er, og leve et godt liv som mulig med sykdommen (Almå's m.fl. 2011). Den bekreftende samtalen lar pasienten snakke fritt om hva som helst, og kan gi bekræftelse på hvordan pasienten opplever sin situasjon og at det han opplever er viktig å fortelle, som også Kvaal (2008) understreker i sin litteratur om angst og depresjon. Målet for en slik samtale er at pasienten tør å fortelle om sine problemer, og hindrer at han «tar seg sammen» og underrapporterer sine problemer.

Aron Antonovsky (2012) understreker viktigheten av at menneskets opplevelse av sammenheng i tilværelsen er avgjørende for at det skal kunne reagere konstruktivt på belastende situasjoner. For sykepleiere er det derfor viktig å ha kunnskap om de forholdene Antonovsky tar for seg. For å styrke pasientens opplevelse av sammenheng er det viktig at sykepleieren legger til rette for at situasjonen oppleves forståelig for pasienten. Når pasienter med kols opplever åndenød og angst, har de behov for å vite hva som skjer for å ha oversikt over situasjonen. Hvis pasienten spør spørsmål om hva som skjer, er det viktig å gi svar, for å gi pasienten en følelse av trygghet og kontroll (Antonovsky 2012). Sykepleieren har en viktig funksjon som innebærer å fremme ansvar hos pasienten (Regjeringen 2009). Helselovgivningen legger også vekt på pasientens delaktighet og medbestemmelse (Pasient- og brukerrettighetsloven), og sykepleieren må formidle tro på pasientenes egne ressurser (Kristoffersen og Nortvedt 2011)

Resultatet viser at angsten er vanskelig å kontrollere, og det er derfor viktig at sykepleieren hjelper pasienten til å oppdage hva han kan gjøre for å påvirke og lette åndenøden. Almå's m.fl. (2011) sier at pasienten kan lære å handle aktivt og hensiktsmessig når åndenød og angst opptrer. Pasienten kan ved å være forberedt på situasjoner som kan oppstå, ha en realistisk forestilling på hva han kan forvente, ved for eksempel åndenød. Dette kan ses i sammenheng med det Kristoffersen og Nortvedt (2011) sier om at opplevelsen av angst reduseres i situasjoner der pasienten opplever at han kan påvirke situasjonen sin positivt ved å være aktiv. Det kan for eksempel være at pasienten lærer å utføre bevegelser på en måte som gir mindre belastning og som videre forebygger åndenød. Rehabilitering av pasienter med kols krever dessuten samarbeid mellom en rekke faggrupper. Fysioterapi med ulike tiltak knyttet til opplæring og veiledning er relevant i forhold til bevisstgjøring og mestring av tung pust. Relevante tiltak kan være leppepustteknikk, utholdenhetstrening, styrketrening og bevegelsestrening (Helsedirektoratet 2012).

Resultatet viser at flere av pasientene synes selvledelse i samråd med sykepleiere var en god mestringsstrategi ved åndenød. Sykepleieren kan for eksempel snakke med pasienten om hva som skjedde under forrige anfall, og konkret finne ut hva som forårsaket anfallet, hvilke symptomer på forverring han hadde, hvordan anfallet gikk over og hvem som hjalp til. På denne måten kan

pasienten indirekte minnes på at han ikke døde under forrige anfall, og at han fikk hjelp (Almås m.fl. 2011).

Under akutte forverringer med åndenød og angst, kan det i noen tilfeller likevel være hensiktsmessig at sykepleieren «styrer» pasientens atferd. Det kan være at sykepleieren vurderer at pasienten bør bruke bekken eller flaske i sengen ved urinlating, i stedet for å bruke unødig krefter ved å gå inn til toalettet (Almås m.fl. 2011). Dette kan begrense allerede oppstått respirasjonsbesvær. Sykepleierens handlinger er grunnlagt i fagkunnskap som ofte pasienten ikke har. Selv om pasient og sykepleier er likeverdige, er de ofte ikke likestilte i forhold til kompetanse, vilje og krefter. Avhengigheten gjør relasjonen asymmetrisk, men sykepleieren må kompensere for pasientens hjelpeløshet. En må likevel være varsom i forståelsen av andre mennesker, og sykepleieren må ha respekt og ydmykhet for det som ikke er synlig og som ikke kan forstås (Kristoffersen og Nortvedt 2011).

Andre viktige tiltak kan være åpen innlegging, det vil si at pasientene kan komme til sykehuset ved behov, som kan gi trygghet for mange pasienter som opplever akutt forverring i pusten. Å ha en telefon med lett tilgjengelige numre eller en trygghetsalarm kan også være et godt alternativ for mange (Almås m.fl. 2011). Samhandlingsreformen er svært aktuell i møte med pasienter med kroniske sykdommer der det er viktig at det samlende tjenestetilbudet blir sett i et helhetlig samhandlingsperspektiv. Forebygging og tidlige intervensjoner er absolutt aktuelt i oppfølging av pasienter med lidelser som kols. I den sammenheng er individuell plan et viktig tiltak i forhold til å koordinere tjenestene pasientene har, og det er viktig å finne en god fordeling av oppgavene som angår pasienten slik at både spesialhelsetjenesten og kommunetjenesten evner å gjøre nytte for seg, og som gagnar pasienten på best mulig måte (Regjeringen 2009). Kommunen har dessuten hovedansvaret for og få utarbeidet en individuell plan, og dette er en rettighet pasienten har som er lovfestet (Pasient- og brukerrettighetsloven 1999, § 2-5). Sykepleieren bør ta initiativ til individuell plan for å styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og pasient, og mellom tjenesteyterne og etatene (Helsedirektoratet 2012).

## 6.2.2 Opplevelsen av sosial isolasjon

Resultatet viser at kolspasienter sliter med å utføre dagligdagse aktiviteter som hygiene, matlaging og påkledning, og som etter hvert fører til nedsatt muskelstyrke og redusert allmenntilstand. Videre opplever ofte pasientene at de får svekket selvtillit, og blir mindre sosial og mer isolert. Lungesyke pasienter ser friskere ut enn de er i virkeligheten, og det fører til at andre blant annet ikke forstår at de ikke kan skynde seg som også Almås m.fl. (2011) påpeker i sin litteratur om kolspasienten. Nyttige

hjelpe midler som rullator kan synliggjøre at de er funksjonshemmet, men også være til god hjelp ved dyspne. Sykepleierne kan i tillegg lære pasientene å gjøre arbeidsoppgaver på en energisparende måte. Hjelpe midler kan gi pasientene en enklere hverdag, som for eksempel stol med hjul for å bruke under matlaging, rullebord til å transportere tunge ting på, en klype stav til å plukke opp ting fra gulvet og justerbar seng og lenestol (Almås m.fl. 2011). Disse hjelpe midlene kan spare krefter hos pasienten, og som kan gi mer energi til andre sosiale kontekster med venner og familie.

Resultatet viser at pasientene har forsøkt å kompensere for begrensningene sykdommen medfølger, som for eksempel å flytte til første etasje og skaffe seg hushjelp. De føler imidlertid at dette gjør dem mindre selvstendig og får lavere selvfølelse. For at pasientene skal opprettholde god livskvalitet, er det nødvendig å fokusere på det som pasienten får til, fremfor det han ikke får til. Det er også viktig å snakke med pasienten om hva som er viktig og betyr mest i hans liv (Almås m.fl. 2011). For å styrke opplevelsen av sammenheng må situasjonen være meningsfull. Det vil si at når pasienten opplever at tilværelsen har en mening, vil pasienten være motivert til innsats, anstrenge seg og holde ut. Det kan være noe eller noen som den enkelte knytter mening til, og det er i følge Antonovsky (2012) derfor viktig at sykepleieren hjelper pasienten til å finne ut av dette. Tenkningen videreføres i de nyeste strategiene for folkehelsearbeidet i Norge som innebærer å styrke de faktorer som bidrar til bedre helse. Det er faktorer i miljøet rundt pasienten, forholdet til deres nærmeste og det nettverket de inngår i, og i hvilken grad livet oppleves å ha mening og å være forutsigbart og håndterbart. Disse mestringsfaktorene gir pasienter bærekraft og slitestyrke (Helsedirektoratet 2010).

Resultatet viser at pasientene har lite sosial nettverk, og isolerer seg hjemme. Det er viktig å ha en eller flere personer en stoler på, og som kan støtte opp når det er behov. Godt familieliv og gode venner er et kjennetegn på helse og tilfredshet i tilværelsen, som også Smebye og Helgesen (2011) sier i sin litteratur om relasjoner. Det er viktig at sykepleieren har innsikt i pasientens individuelle forutsetninger for pasientens sosiale nettverk. I tillegg kan ytre faktorer påvirke pasientens totale livssituasjon. Trygghet og tillitt er grunnleggende for at pasientene skal kunne ha en god relasjon til andre. Resultatet viser at pasientene føler seg utrygg i sosiale sammenkomster fordi de føler at de blir sett på, og kjenner ubehag i forhold til symptomene kols medfører, som for eksempel hoste og slim. Selvoppfatningen er i stadig utvikling, og en tar opp i seg andres oppfatninger om en selv som er med på å påvirke pasientens atferd. Pasient og sykepleier bør ha et felles mål, og hovedmålet vil være å fremme pasientens mulighet for å mestre sin situasjon. Informasjon om at det er viktigere å ha noen få gode relasjoner til andre, enn å ha mange, kan være god informasjon for sykepleieren å gi. I tillegg er det viktig at pasienten må være trygg på at det er noen som kan hjelpe en om det oppstår en akutt forverring av åndenød. Likevel er det viktig å legge forholdene til rette for at pasienter som vil være alene når de ønsker det, er skjermet mot unødige sosiale krav. Å tegne et



nettverkskart kan hjelpe pasienten i å bli mer bevisst på sin situasjon, og kan gi pasienten mulighet til å ta ansvar selv til å ta opp kontakten med noen han kanskje savner (Smebye og Helgesen 2011).

Hjelpeløshet, angst og frykt for å bli sett på er affektive hindringer som sykepleieren må hjelpe pasienten med å bearbeide. Disse forestillingene og holdningene pasientene har, hemmer initiativ til å ta kontakt med andre. Sykepleieren må stille åpne spørsmål og samle inn konkrete data om hvilke forhold pasienten opplever som vanskelig, og iverksette tiltak som kan påvirke pasientens opplevelse av trussel, slik at pasienten kan reflektere over årsaken til disse tankene (Kristoffersen 2011).

Felles levesett og livstil er viktige faktorer i slik etablering av kontakt, og sykepleieren kan gi råd om ulike arenaer der pasienten kan oppsøke andre i samme situasjon, som også Smebye og Helgesen (2011) sier i sin litteratur. Flere sykehus har lærings- og mestringssentre for rehabilitering for pasienter med kroniske lungesykdommer. I tillegg finnes flere likemannsgrupper som drives av pasientene selv, der medlemmene kan utveksle erfaringer og kunnskaper seg imellom, og få sosial kontakt med andre i samme situasjon (Almås m.fl. 2011). Samhandlingsreformen understreker dessuten at lærings- og mestringstilbud bør vurderes også å inngå i tjenestetilbudet i kommunen, fordi det kan ha god effekt for pasientgrupper samt at tilbudet kan gis på en bedre og mer kostnadseffektiv måte enn i spesialisthelsetjenesten (Regjeringen 2009). Dessuten kan et slikt tilbud nært hjemmet bli enklere for kolspasienten å benytte seg av, ettersom mange av kolspasientene bor i kommuner som har lang vei til nærmeste sykehus. Sykepleieren i hjemmesykepleien kan i tillegg sørge for at en pasient som er mye hjemme alene kan få besøk av en hjelper fra frivillighetsentralen i kommunen (Almås m.fl. 2011).

For å styrke pasientens opplevelse av sammenheng må situasjonen være håndterlig. Det vil si at pasienten må føle at han har innvirkning på og mulighet til å påvirke sin situasjon. For å kunne styrke pasientens mestringmuligheter, bør situasjonen være forutsigbar og han må ha realistiske forventninger om å motta hjelp i den grad han trenger det. For når pasienten mestrer påkjenninger og opplever sammenheng, vil det føre til at han bevarer helsa (Antonovsky 2012). Resultatet viser at flere av pasientene fokuserer på sykdommens begrensninger, og fokuset er på lidelsen, tapet og belastningene som er forbundet med det å leve med en kronisk sykdom. Dette perspektivet har i utgangspunktet en beskyttende og skjermende funksjon, og som kan være nyttig i en liten periode, men i senere forløp kan det være lite hensiktsmessig. Hvis pasientene fokuserer helt på sykdommen, kan pasienten bli mer avsteng og atskilt fra andre mennesker og livet oppleves som lite meningsfullt, som Kristoffersen (2011) påpeker i sin litteratur om mestring.

Resultatet viser også at mange kolspasienter til tross for sykdommens begrensninger, opplever å ha god livskvalitet og setter pris på aktiviteter som gir glede. Dette perspektivet retter

oppmerksomheten mot de mulighetene pasientene har i motsetning til begrensningene. De angir sin helse som god til tross for at livssituasjonen er totalt forandret, men denne oppfatningen er ikke feil eller forvrengt. De fokuserer på selvet, og ikke på den forandrete kroppen og dette knyttes til pasientens selvoppfatning og identitet (Kristoffersen 2011). I den sammenheng bør sykepleieren understøtte pasientens fokus som er en positiv måte å ignorere sykdommen på, som flere av deltakerne i resultatet lærte å tilpasse seg livet på. Til tross for dette er det viktig at pasienten tar sykdommen på alvor, og forholder seg til viktige medisiner og andre tiltak i behandlingen, for å unngå komplikasjoner som for eksempel luftveisinfeksjoner.

Sykepleiere har i følge Kirkevold (2008) en tendens til å være fokusert på sykdom og sykdomsforebygging, og i mindre grad om helse. Selv om pasienten forsøker å ignorere sykdommen en periode, er det ikke sikkert pasienten har det samme fokuset neste gang sykepleieren møter pasienten. Sykepleiere har også en tendens til å utforme omsorg og pleie på bakgrunn av sine egne oppfatninger og verdier av hva pasienten trenger. I tillegg har økende kvalitetspress ført til at sykepleiere er pålagt til å utføre sykepleie ut fra standardiserte prosedyrer og kliniske retningslinjer som har til hensikt og blant annet gi pasienten best mulig hjelp uansett hvem som er på vakt (Kirkevold 2008). Det kan føre til at tjenestene blir rutinepreget, og mangler faglig skjønn til å gi individuell pleie til den enkelte (Kirkevold 2008). Samhandlingsreformen understøtter også at tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom, men at all helsepersonell likevel har en plikt til å legge pasientperspektivet til grunn for egne handlinger. Det innebærer derfor å se utover egne faglige rammer, og forsøke å se pasientens helhetlige situasjon (Regjeringen 2009).

Pasientens selvbestemmelse kan styrkes i møte med sykepleiere ved å kartlegge hvordan sykdommen oppleves for pasienten. Hvilke mestringsstrategier som pasienter har, og hvilke som ikke virker hensiktsmessig. Ressurser som pasienten har er også viktig å få frem, og målet er å unngå at sykdom og behandling tar for mye plass i livet til pasienten, slik at det blir vanskelig å leve et godt liv (Kirkevold 2008). For sykepleiere hjelper dette til å se den enkeltes situasjon, og det skaper et mer likeverdig forhold mellom pasient og sykepleier, og unngår at sykepleien som blir utøvd er basert på generelle oppfatninger en har av pasientgruppen med kols (Kirkevold 2008).

### 6.2.3. Opplevelsen av å være en belastning for andre

Resultatet viser at pasienter med kols opplever at deres sykdom er en belastning for familie, venner og nettverk. De opplever at de nærmeste er sliten og prøver derfor å skjule følelser for å unngå mer bekymring hos pårørende. Pasientene hører og ser hva andre sier og gjør, og på bakgrunn av det

fortolker de hvordan nettverket tenker, føler og hvilke intensjoner de har med handlingene sine. Disse fortolkningene trenger ikke å være i overensstemmelse med deres selvforståelse. Når det oppstår endringer i kroppens utseende og funksjon påvirker det opplevelsen av egenverd, og pasientens kan bli minnet på deres kropp gjennom andre folks reaksjoner, som Solvoll (2011) underbygger i sin litteratur om egenverd.

Tap av selvstendighet oppleves ofte vanskelig, men avhengighet kan ha to sider som også understøttes av studiens resultat. Å være avhengig av å få hjelp av familie og venner kan gi en følelse av å være til bry, føle underlegenhet og udugelighet. For andre kan det skape en positiv opplevelse å motta omsorg fra andre som gjør godt. Denne avhengigheten kan binde mennesker sammen, utveksle omtanke og positive relasjoner (Romøren, 2008, Solvoll 2011).

Sosial og emosjonell støtte er viktig for alle pasienter, spesielt når en lever med sykdom og lidelse og når pasienten må tilpasse seg endringer i kroppens funksjon (Kirkevold 2008). For pårørende kan åndenød virke fryktelig angstskapende, og familien kan få dårlig samvittighet når de forlater pasienten. Det kan bli en fortrykket situasjon når pasienten blir den avhengige byrde (Almås m.fl. 2011). Det er viktig at sykepleieren tilpasser tjenesten etter den enkeltes families behov og at sykepleien bidrar til en likeverdig relasjon. Selv om sykepleierne gjør de fleste konkrete pleieoppgavene, og er innom pasienten flere ganger daglig, er det pårørende som har den største kontakten og føler ansvar for å holde øye med pasienten (Kirkevold 2008). Støtte til pårørende er indirekte støtte til pasienten, og sykepleieren må forsøke å bevare og styrke forholdet mellom pasient og pårørende. Informasjon om pasientens tilstand og behov, veilede pårørende i ulike omsorgsoppgaver, sørge for at de får være tilstede i kritiske situasjoner som akutt åndenød, og gi støtte til pårørende. Hvis for eksempel pasienten skal skrives ut fra sykehuset etter lungerehabilitering, kan det være hensiktsmessig å planlegge tiden etter sykehusoppholdet sammen med både pasient og pårørende. Når sykdomsperioden varer lenge kan det lett bli slik at pårørende trekker seg mer tilbake, og pasienten isolerer seg. Sykepleieren må snakke med pasient og pårørende om dette, og oppmuntre pårørende og andre i det sosiale nettverket til å fortsette kontakten med pasienten som Smebye og Helgesen (2011) understreker i sin litteratur. Sykepleieren må gjøre samarbeidet preget av god kommunikasjon, åpenhet og avklarte ansvarsforhold (Kirkevold 2008).

Resultatet viser at pasienter med kols opplever å miste sin rolle som kone, mann, bestemor og nabo, og det oppleves som et nederlag og ikke kunne strekke til, og ikke å ivareta seg selv. Når pasienten tidligere har vært omsorgsytter for sine barn og ektefelle, blir livet snudd på hodet når det nå er pasienten som må få hjelp fra sine barn og ektefeller. Dette er klart en stor utfordring for pasienter som har knyttet sin identitet og verdier til rollen som for eksempel husmor. De er vant til å kunne

lage mat til familien og hjelpe til med ulike oppgaver i hjemmet som de nå ikke har krefter til. Sykepleieren må forsøke å legge til rette for at det foreligger visse mestringsmuligheter, slik at pasienten til en viss grad kan oppleve at han kan være med å påvirke sin situasjon. Hvis pasienten ved morgenstellet får sitte inntil vasken på en stol, og vasken blir fylt opp med lunken vann og pasienten får en vaskeklut, vil han ha mulighet til å bidra i morgenstellet uten at det tar for mye krefter. Hvis pasienten får god tid til å vaske seg i ansiktet, så vil det fremme mestringsfølelsen selv om ikke pasienten kan mestre hele morgenstellet uten hjelp (Antonovsky 2012, Kirkevold 2008). Det er flere måter sykepleieren kan hjelpe pasienten til å føle seg mindre til bry for andre. Undervisning og veiledning er viktig for at pasienten kan klare å gjøre ulike oppgaver knyttet til sin behandling, som for eksempel å føre sitt eget væskeskjema hvis pasienten er underernært, eller å ta medisiner til faste tider. Det kan i følge Kristoffersen og Nordtvedt (2011) likevel være en vanskelig balansegang å vurdere hva pasienten skal arbeide med selv, og hva han trenger hjelp til.

Det er ikke alltid slik at resultatet blir godt selv om hensikten var god. Det er også en hårfin balanse mellom hva som er maktmisbruk gjemt bak gode intensjoner, og oppgaver som er tildelt pasienten som bare sykepleieren mener pasienten er tjent med, men som ikke pasienten selv ønsker. Sykepleierens handlinger kan i mangel på innlevelse i individuell pleie påføre pasienten psykisk smerte og ubehag. I hjemmesykepleien der sykepleieren ofte møter kolspasienter, arbeider vi i pasientens eget hjem. Hjemmet er en viktig del av pasienten, og det kan være vanskelig for pasienten at hjemmet blir invadert av mange ulike helsepersonell, og som blir helsepersonellets arbeidsplass. I den sammenheng kan sykepleieren unngå krenkelse av pasientens fysiske område ved å banke på døren og be om tillatelse til å åpne skuffer og skap. Opplevelsen av krenkelse er avhengig av pasientens verdier, tidligere erfaringer og av sosial og kulturell tilhørighet, men likevel vil de fleste av oss gjenkjenne ubehaget og sårheten av å bli krenket. Hvis sykepleieren er varsom i handlinger, væremåte og kommunikasjon i tillegg til å ha evne til empati, vil sykepleieren i større grad unngå å påføre andre pasienter krenkelse (Kristoffersen og Nordtvedt 2011).

*«Hva ser du søster? – En tung og senil og trett gammel skrott? – Nei.*

*Prøv en gang til!*

*Se bedre etter, se om du kan finne:*

*Et barn, en brud, en mor, en kvinne!  
se meg som sitter der innerst inne»*

*Det er MEG du må prøve å se – og finne!» (Ukjent forfatter, Kirkevold 2008 s. 28)*

Selv om noen kolspasienter opplever seg selv som en byrde for familien, venner og det sosiale nettverket, ser andre seg selv som en bidragsyter for familien og opplever familien som en viktig årsak til et meningsfullt liv. I den sammenheng er det viktig å se på hvorfor noen velger som de gjør. De har til tross for sin manglende fysiske styrke, evnen til å se livet som verdifullt og det er nettopp slike krefter som gjør pasienten i stand til å beskytte seg selv mot de belastningene han møter. Det er derfor som Antonovsky (2012) sier, at pasienter som opplever en sterk sammenheng i livet har en evne til å oppleve sin situasjon som forståelig, meningsfull og håndterlig. Som resultatet viser opplever noen av pasientene at de kan være lyttende, interesserte og gi råd til sine barnebarn i tenårene, selv om de ikke er i stand til å passe på en fireåring alene. De møter sine utfordringer i tilværelsen med positiv innstilling, og sykepleieren har derfor en viktig rolle i å understøtte og motivere pasienten til å oppleve situasjonen som håndterlig og meningsfull (Antonovsky 2012).

## 7.0. Metodediskusjon

De viktigste enkelttiltakene i lungerehabilitering er røykeslutt, økt fysisk aktivitet, bedre kosthold, optimalt medisinsk behandling og psykososial mestring (Almås m.fl. 2011). Rehabilitering av kronisk lungesyke pasienter forutsetter samhandling mellom en rekke faggrupper på ulike nivåer og innenfor ulike etater. Hovedformålet med rehabilitering er å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet, økt livskvalitet og deltakelse sosialt og i samfunnet (Helse og omsorgsdepartementet 2006). Oppgaven har i hovedsak valgt å belyse sykepleietiltak knyttet til det psykososiale aspektet. For å kunne utøve tilstrekkelig sykepleie til pasienter med lungesykdommer vil det derfor være svært hensiktsmessig og også kartlegge mange andre viktige forhold i pasientens tilstand som blant annet ernæringsbehov. Dette fordi pasientens ernæringstilstand kan påvirke pasientens allmenntilstand og videre pasientens psykiske helse. På grunn av begrenset avsatt tid og antall ord i studien, har tiltak knyttet til ernæringsbehov, fysisk aktivitet og medisinsk behandling i mindre grad blitt inkludert i drøfting av sykepleietiltak.

Deltakerne i artiklene representerer ulike faser av sykdommen og noen av deltakerne er under behandling i lungerehabilitering på sykehus. Oppgavens hensikt er først og fremst tiltenkt hjemmeboende pasienter, men selv om deltakerne i noen av artiklene intervjues under sykehusopphold, er det sannsynlig at beskrivelser er relatert til opplevelser fra hjemmesituasjon.

Alle artiklene er publisert på engelsk og oversatt til norsk. Det er forsøkt å oversette så nøyaktig som mulig, men det kan likevel være oversetninger som er tolket feil. Oppgaven inneholder kvalitative

studier der forskeren benytter ulike typer intervju som blant annet dybdeintervju og ustrukturerte intervju. En svakhet med ustrukturerte intervju er at informasjonen som samles inn kan ha stor variasjon, og organisering og analysing av data kan være komplisert. Likevel styrkes relevansen i spørsmålene som stilles som følgespørsmål. I tillegg kan intervjuet tilpasses deltakeren og situasjonen (Forsberg og Wengstrøm 2013).

I flere av artiklene er deltakerne sitert med ulike beskrivelser av sin situasjon, og fordi sitatene kan være feil tolket, kan oppgaven inneholde noen mistolkninger i resultatet. I flere av artiklene har deltakerne vært ambivalent i noen av sine beskrivelser, og noen opplevelser har ikke stått i samsvar med deltakernes beskrivelser på et annet tidspunkt i intervjuet. Det er derfor valgt å presentere alle relevante beskrivelser i oppgaven for å unngå å vektlegge et bestemt synspunkt.

Av søkeordene som ble benyttet var depresjon inkludert fordi depresjon er en kjent komorbiditet til kols. I de utvalgte artiklene er de fleste av deltakernes beskrivelser knyttet til angst, og selv om flere av pasientenes opplevelse av sosial isolasjon kan ses i sammenheng med depresjon, er det valgt å fokusere på pasientens angst i oppgaven. I flere av artiklene er deltakere med tilleggsdiagnoser som blant annet hjertesvikt og hjerneslag ekskludert, fordi disse forholdene viser seg å være assosiert med høyre forekomst av angst og depresjon.

Artiklenes publikasjonsår er satt til et maksimum på ti år som derfor tilfører oppgaven nyere forskning. Flere av artiklenes utvalg var liten, men med hensyn til deltakernes varierende alder, kjønn, år siden diagnose, gradering av kols og sivilstand, representerer deltakerne et bredt utvalg av befolkningen.

Oppgavens omfang ble noe omfattende i forhold til disponert tid og antall ord. Det kunne med fordel vært mer avgrenset i forhold til gradering av kols. I den sammenheng er det likevel viktig å være oppmerksom på sykdommens progredierende utvikling som kan påvirke pasienten i ulik grad på senere tidspunkt i livsforløpet.

## 8.0. Konklusjon

Hensikten med denne litteraturstudien var å belyse hvordan sykepleiere kan fremme livskvalitet hos pasienter med kols. Sykepleiere må i den sammenheng ha innsikt i pasienters opplevelser og erfaringer av å leve med kols. Mange av pasientene som lever med kols har psykiske problemer knyttet til sykdommen, og angst og depresjon opptrer langt hyppigere hos denne pasientgruppen enn den generelle befolkningen (Helsedirektoratet 2012). Pasientene opplever at angst fører til sosial isolasjon, ensomhet, hjelpeløshet og passivitet og er med å redusere pasientenes livskvalitet (Helsedirektoratet 2012).

Pasienter med kols som har psykososial støtte opplever mindre angst enn de som ikke får slik støtte, og i den sammenheng har sykepleiere en viktig oppgave å kartlegge tegn og symptomer på psykiske lidelser. Gjennom psykososial støtte må sykepleiere hjelpe pasienten til å mestre det fysiske funksjonstapet, men også de psykiske symptomene. Det innebærer å hjelpe pasientene til å oppdage, kontrollere og stå i situasjoner med åndenød. I tillegg må sykepleieren fokusere på hva pasienten mestrer og verdsetter i sin livssituasjon, og legge til rette for at pasienten er aktiv og selvbestemmende. Dette vil føre til at pasienten opplever bedre livskvalitet (Helsedirektoratet 2012).

I arbeidet med denne litteraturstudien har det vist seg at det er lite bevissthet rundt den svært vanlige komorbiditeten angst blant sykepleierne, og at tilstanden ofte blir oversett. Det finnes forskning på pasienters opplevelser av angst som følge av sykdommen, og selv om litteraturstudien ikke forstår hele kompleksiteten ved kols, gir studien et innblikk i pasientopplevelser som kan fremme sykepleiernes oppmerksomhet rundt pasientenes psykiske helse (Helsedirektoratet 2012).

## Litteraturliste

- Almås H, Bakkelund J, Thorsen B-H og Sorknæs A-D (2011) «Sykepleie ved lungesykdommer», i: Almås H, Stubberud D-G og Grønseth R (red.), *Klinisk sykepleie*, bind 1, 4.utg., s. 107-165, Oslo, Gyldendal akademisk
- Antonovsky A (2012) *Helsens mysterium – den salutogene modellen*, Oslo, Gyldendal akademisk
- Barnett M (2005) Chronic obstructive pulmonary disease: a phenomenological study of patient's experiences, *Journal of Clinical Nursing*, 14, s. 805-812
- Cicutto L, Brooks D og Henderson K (2004) Self-care issues from the perspective of individuals with chronic obstructive pulmonary disease, *Patient Education and Counseling*, 55, s. 168-176
- Eide T og Eide H (2007) *Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning, etikk*, 2.utg., Oslo, Gyldendal akademisk
- Ek K, Sahlberg-Blom E, Andershed B og Ternestedt B-A (2011) Struggling to retain living space: patients' stories about living with advanced chronic obstructive pulmonary disease, *Journal of Advanced Nursing*, 67 (7), s. 1480-1490
- Ek K og Ternestedt B-M (2008) Living with a chronic obstructive pulmonary disease at the end of life: a phenomenological study, *Journal of Advanced Nursing*, 62 (4), s. 470-478
- Ellison L, Gask L, Bakerly N-D og Roberts J (2012) Meeting the mental health needs of people with chronic obstructive pulmonary disease: a qualitative study, *Chronic Illness*, 8 (4), s. 308-320
- Forsberg C og Wengstrøm Y (2013) *Att göra systematiska litteraturstudier – vardering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*, 3.utg., Stockholm, Natur og Kultur
- Fraser D-D, Kee C-C og Minick P (2006) Living with chronic obstructive pulmonary disease: insiders' perspectives, *Journal of Advanced Nursing*, 55 (5), s. 550-558
- Graneheim U-H og Lundman B (2004) Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness, *Nurse education today*, 24, s. 105-112
- Gullick J og Stainton M-C (2008) Living with chronic obstructive pulmonary disease: developing conscious body management in a shrinking life-world, *Journal of Advanced Nursing*, 64 (6), s. 605-614
- Hasson F, Spence A, Waldron M, Kernohan G, McLaughlin D, Watson B og Cochrane B (2008) I can not get a breath: experiences of living with advanced chronic obstructive pulmonary disease, *International Journal of Palliative Nursing*, 14 (11), s. 526-31
- Helsedirektoratet (2010) *Folkehelsearbeidet – veien til god helse for alle*, (IS 1846), Oslo [Online] Tilgjengelig fra: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/utviklingstrekkrapport-2010-folkehelsearbeidet--veien-til-god-helse-for-alle/Sider/default.aspx>



Helsedirektoratet (2012) *Kols. Nasjonal faglig retningslinje og veileder for forebygging, diagnostisering og oppfølging*, (IS 2029), Oslo [Online] Tilgjengelig fra:  
[http://www.regjeringen.no/Upload/kilde/hod/rap/2006/0041/ddd/pdfv/299286-nasjonal\\_strategi\\_for\\_kols\\_24-11-06\\_forord.pdf](http://www.regjeringen.no/Upload/kilde/hod/rap/2006/0041/ddd/pdfv/299286-nasjonal_strategi_for_kols_24-11-06_forord.pdf)

Kirkevold M (2008) «Individuell sykepleie», i: Kirkevold M, Brodtkorb K og Ranhoff A-H (red.), *Geriatrisk sykepleie – god omsorg til den gamle pasienten*, 1.utg., s. 100-112, Oslo, Gyldendal akademisk

Kirkevold M (2008) «Gammel og syk» », i: Kirkevold M, Brodtkorb K og Ranhoff A-H (red.), *Geriatrisk sykepleie – god omsorg til den gamle pasienten*, 1.utg., s.23-29, Oslo, Gyldendal akademisk

Kirkevold M (2008) «Samarbeid med pasient og pårørende», i: Kirkevold M, Brodtkorb K og Ranhoff A-H (red.), *Geriatrisk sykepleie – god omsorg til den gamle pasienten*, 1.utg., s. 123 – 136, Oslo, Gyldendal akademisk

Kristoffersen N-J (2011) «Helse og sykdom», i: Kristoffersen N-J, Nordtvedt F og Skaug E-A (red.) *Grunnleggende sykepleie – sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar*, bind 1, 2.utg., s. 31-83, Oslo, Gyldendal akademisk

Kristoffersen N-J (2011) «Kunnskap og kompetanse», i: Kristoffersen N-J, Nordtvedt F og Skaug E-A (red.) *Grunnleggende sykepleie – sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar*, bind 1, 2.utg., s. 161-207, Oslo, Gyldendal akademisk

Kristoffersen N-J (2011) «Stress og mestring», i: Kristoffersen N-J, Nordtvedt F og Skaug E-A (red.) *Grunnleggende sykepleie – Pasientfenomener og livsutfordringer*, bind 3, 2.utg., s. 133-196, Oslo, Gyldendal akademisk

Kristoffersen N-J og Nordtvedt F (2011) «Relasjonen mellom sykepleier og pasient», i: Kristoffersen N-J, Nordtvedt F og Skaug E-A (red.), *Grunnleggende sykepleie – Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar*, bind 1, 2.utg., s. 83-134, Oslo, Gyldendal akademisk

Kvaal K (2008) «Angst og depresjon», i: Kirkevold M, Brodtkorb K og Ranhoff A-H, *Geriatrisk sykepleie – god omsorg til den gamle pasienten*, 1 utg., s. 383-394, Oslo, Gyldendal akademisk

Mjell J (2012) « Sykdommer i respirasjonsorganene», i: Ørn S, Mjell J og Bach-Gransmo E (red.) *Sykdom og behandling*, 1.utg., s. 209-243, Oslo, Gyldendal akademisk

Nordtvedt F og Grønseth R (2011) «Klinisk sykepleie – funksjon og ansvar», i: Almås H, Stubberud D-G og Grønseth R (red.), *Klinisk sykepleie*, bind 1, 4.utg., s. 17-31, Oslo, Gyldendal akademisk

[Pasient-og brukerrettighetsloven(1999)] *Lov om pasient-og brukerrettigheter* av 2.juli 1999 nr.63,Helse og omsorgsdepartementet

Regjeringen (2006) *Nasjonal strategi for KOLS-området 2006-2011*, 1-1119, Helse og omsorgsdepartementet[Online] Tilgjengelig fra:  
[http://www.regjeringen.no/upload/kilde/hod/rap/2006/0041/ddd/pdfv/299286-nasjonal\\_strategi\\_for\\_kols\\_24-11-06\\_forord.pdf](http://www.regjeringen.no/upload/kilde/hod/rap/2006/0041/ddd/pdfv/299286-nasjonal_strategi_for_kols_24-11-06_forord.pdf)

Regjeringen (2009) St.mld. 47 *Samhandlingsreformen – Rett behandling- på rett sted-til rett tid*, Det kongelige helse og omsorgsdepartement [Online] Tilgjengelig fra:  
<http://www.regjeringen.no/pages/2206374/PDFS/STM200820090047000DDDPDFS.pdf>

Romøren T-I (2008) «Pasient og omsorgsforløp», i: Kirkevold M, Brodtkorb K og Ranhoff A-H, *Geriatrisk sykepleie – god omsorg til den gamle pasienten*, 1 utg., s. 69-74, Oslo, Gyldendal akademisk

Smebye L-K og Helgesen A-K (2011) «Kontakt med andre», i: Kristoffersen N-J, Nortvedt F og Skaug E-A (red.), *Grunnleggende sykepleie – Pasientfenomener og livsutfordringer*, bind 3, 2.utg., s. 41-70, Oslo, Gyldendal akademisk

Svoll B-A (2011) «Identitet og egenverd», i: Kristoffersen N-J, Nortvedt F og Skaug E-A (red.), *Grunnleggende sykepleie – Pasientfenomener og livsutfordringer*, bind 3, 2.utg., s. 15-40, Oslo, Gyldendal akademisk

Thorsen R (2011) «Trygghet», i: Kristoffersen N J, Nortvedt F og Skaug E-A (red.), *Grunnleggende sykepleie – Pasientfenomener og livsutfordringer*, bind 3, 2.utg., s. 105-132, Oslo, Gyldendal akademisk

Vogule C og Leupoldt A-V (2008) Mental disorders in chronic obstructive pulmonary disease (COPD), *Respiratory Medicine*, 102, s. 764-773

Willgoss T-G, Yohannes A-M, Goldbart J og Fatoye F (2011) COPD and anxiety: it`s impact on patient`s lives, *Nursing Times*, 107

Willgoss T-G, Yohannes A-M, Goldbart J og Fatoye F (2012) "Everything was spiraling out of control": experiences of anxiety in people with chronic obstructive pulmonary disease, *Heart and lung – the Journal of acute and critical care*, 41 (6), s. 562-571

Wong J-C, Goodridge D, Marciniuk D-D og Rennie D (2010) Fatigue in patients with COPD participating in a pulmonary rehabilitation program, *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 5, s. 319-326