



Fordypningsoppgave

VAK706 Avansert klinisk sykepleie

Mestring hos personer med kronisk obstruktiv

lungesykdom: erfaringer, utfordringer og strategier/

People with chronic obstructive pulmonary disease and

coping: experiences, challenges and strategies.

Katrin Markusdottir

Totalt antall sider inkludert forsiden: 53

Molde, 16.05.2018



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Ingunn Mundal

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven. §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å
gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 16.05.2018

Antall ord: 9.508

Forord

For å klatre bratte bakker,
er man nødt til å begynne
med sakte steg.

William Shakespeare

Sammendrag

Bakgrunn

Det er stor andel av befolkningen som lider av KOLS og den har blitt en folkehelseproblem i Norge. Som sykepleier i primær helsetjenesten møter man derfor flere og flere pasienter med KOLS og utfordringer når det kommer til mestring av sykdommen. Jeg ønsket i min studie å få bedre kunnskap om den pasientgruppen og strategier, utfordringer og erfaringer dem har med mestring av symptomer og sykdommen.

Hensikt

Hensikten var å finne ut hvilken erfaringer, utfordring og strategier KOLS pasienter i primær helsetjenesten har for mestring av sin sykdom, og diskutere om det er behov for bistand til mestring.

Metode

I denne studien benyttet litteraturstudie som kilde til ny kunnskap. Ti forsknings artikler ble analysert, disse ble funnet i diverse databaser.

Resultat

Det å hå KOLS gir store utfordringer i hverdagen, både fysiske og psykiske. Det finnes forskjellige strategier til mestring, og forskjellige oppfølgings systemer. Opplæringspakker viser seg å gi positiv effekt til mestring. Det er behov for tett oppfølging samt undervisning og støtte til selvhjelp.

Konklusjon

Opplevelse av restriksjoner på grunn av sykdommen skapte sinne, frustrasjon, skamm, håpløshet, angst og depresjon. Det er viktig å ta høyde for individuelle behov og tiltak. Viktig å fokusere på den positive, opplæring, oppfølging og finne passende mestringsstrategier som problem- og/eller følelses fokusert mestring.

Abstract

Background

A large part of the population is suffering from COPD and this has become a public health problem in Norway. As a nurse in the primary health care, I meet more and more patients with COPD and see that they are facing challenges managing the disease. I wanted in my study to get better knowledge about the patient group and strategies, challenges and experiences they have with coping with symptoms and disease.

Aim

The purpose was to find out what experiences, challenges and strategies COPD patients in the primary healthcare care have for coping with their illness, and discuss whether there is a need for coping.

Method

In this study, literature study is used as the source of new knowledge. Ten research articles were analyzed, these were found in various databases.

Results

Having COPD presents major challenges in everyday life, both physical and psychological. There are different strategies for coping and different follow-up systems. Training packages prove to have a positive effect on coping. There is a need for close follow-up as well as teaching and support for self-help.

Conclusion

Experience of restrictions due to the disease created anger, frustration, shamelessness, hopelessness, anxiety and depression. It is important to take into account individual needs and measures. It is important to focus on the positive, training, follow-up and finding appropriate coping strategies like problem and / or emotion focused coping.

Innhold

1.0	INNLEDNING	8
1.1	Førforståelse og bakgrunn for valg av oppgave	8
1.2	Presentasjon av hensikt	9
1.3	Avgrensing og presisering av hensikt.....	9
1.4	Definisjoner av sentrale begreper	9
1.5	Avansert klinisk sykepleie.....	9
2.0	Teori bakgrunn	11
2.1	Hva er KOLS?	11
2.2	Symptomer og gradering av KOLS	11
2.2.1	Omsorgstenkning	12
2.2.2	Relasjonsetikken i mestring	12
2.3	Livskvalitet	13
2.4	Psykososial støtte	13
2.5	Mestring.....	13
2.5.1	Mestring i et salutogenetisk perspektiv	15
3.0	METODEBESKRIVELSE	16
3.1	Søkehistorikk.....	16
3.1.1	Ovid medline.....	17
3.1.2	Pro Quest.....	18
3.1.3	Cinahl	18
3.1.4	Science direct	18
3.2	Inklusjonskriterier	18
3.3	Eksklusjonskriterier.....	19
3.4	Kvalitets vurdering	19
3.5	Etiske hensyn.....	20
3.6	Analyse.....	20
4.0	Resultat	22
4.1	Utfordringer hos KOLS pasienter i primærhelsetjenesten.	22
4.1.1	Daglige aktiviteter og funksjon.....	22
4.1.2	Tungpust.....	22
4.1.3	Psykkiske utfordringer	22
4.2	Mestringsstrategier til KOLS pasienter i primær helsetjenesten.....	24
5.0	Diskusjon	28
5.1	Metodediskusjon	28
5.1.1	Datainnsamling og søk.....	28
5.1.2	Eksklusjons- og inklusjonskriterier.....	28
5.1.3	Kvalitetsvurdering.....	30
5.1.4	Dataanalyse	30
5.2	Resultatdiskusjon.....	30
5.2.1	Utfordringer i hverdagen.....	30
5.2.2	Den onde sirkelen.....	31
5.2.3	Mestringsstrategier	32
5.2.4	KOLS pasienten og behov for avansert klinisk sykepleie	34
6.0	Konklusjon	38
	Referanseliste	39
	Vedlegg 1 Oversiktstabell i forhold til søkehistorikk	
	Vedlegg 2 Flow diagram som viser utvelgelsesprosessen	
	Vedlegg 3 Oversiktstabell i forhold til innhold og kvalitet i vurderte og inkluderte artikler	

1.0 INNLEDNING

1.1 Førforståelse og bakgrunn for valg av oppgave

I mitt arbeid i primærhelsetjenesten igjennom mange år har jeg møtt en del brukere med Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS). Jeg ønsker med denne oppgaven å få mer kunnskap om mestring hos denne pasientgruppen og diskutere hvordan jeg som Avansert klinisk sykepleier kan bistå pasientene til mestring av KOLS det vil si sykdommen og symptomer. Jeg har opplevd mange utfordringer i mitt arbeid med denne pasientgruppen på grunn av komplekse behov, komorbiditet og psykiske utfordringer.

Resultatene fra den siste Tromsøundersøkelsen viser på landsbasis at omtrent 150 000 over 40 år har KOLS, og mellom 50 000 og 75 000 av dem blir behandlet for KOLS i primær helsetjenesten (Folkehelseinstitutt 2014).

Målet med St. melding 47, samhandlingsreformen, er å bedre helse- og omsorgstjenester, og bedre folkehelse. Det blir satt fokus på forebygging, tidligere behandling og bedre samhandling. Man skal få rett behandling til rett tid og på rett sted. Helse- og omsorgstjenester skal være helhetlige, koordinerte og tilpasset den enkelte bruker. Det legges også vekt på viktigheten av god samhandling når ansvaret for pasienten flyttes mellom spesialhelsetjenesten og primærhelsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet 2009).

I Stortings melding 26. (2014-2015) – Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet, vil regjeringen legge grunnlaget for en fremtidsrettet kommunal helse og omsorgstjeneste Tjenesten skal fungere godt for personer med kroniske sykdommer og behov for oppfølging over tid. Flere brukere enn før har sammensatte diagnoser, og flere av oppgavene enn tidligere skjer i kommunene. Dette medfører at oppgavene i kommunene blir mer komplekse. I denne meldingen etterlyses også behovet for en mer avansert klinisk sykepleierrolle i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet 2015).

1.2 Presentasjon av hensikt

Tema for denne oppgaven er KOLS pasienten og mestring i primær helsetjenesten.

Hensikten var å finne ut hvilken erfaringer, utfordringer og strategier personer med KOLS har for mestring av sin sykdom og symptomer.

Kontroll og oppfølging av KOLS pasienter er primært på medisinske poliklinikker og hos fastlege, jeg ønsker å se på hvordan og hvilke metoder KOLS pasienter bruker i mestring av sin sykdom. Jeg ønsker også å diskutere hvordan en AKS sykepleier kan komme inn i den faglige oppfølgingen og hvilke metoder en AKS kan bruke for å sørge for at pasientene opplever mestring av sin sykdom. Jeg har valgt å bruke pasient perspektivet, jeg mener at det er viktig for meg som sykepleier å forsøke å forstå pasientene sine opplevelser av sykdommen og mestring. Det er grunnleggende i sykepleie å fremme mestring og styrke pasientens kompetanse, men det er også viktig å forstå hvordan pasienten opplever sin situasjon og da er det viktig å ha kjennskap til forskning om pasientopplevelser ved ulike lidelser og sykdommer (Almås, Stubberud og Grønseth 2013).

1.3 Avgrensning og presisering av hensikt

Oppgaven er avgrenset til metoder, kunnskap og tenkning som kan bidra til mestring hos KOLS pasienter. Oppgaven er også begrenset til primærhelsetjenesten. Jeg har ikke avgrenset oppgaven til en bestemt alder og heller ikke et bestemt stadium av KOLS.

1.4 Definisjoner av sentrale begreper

1.5 Avansert klinisk sykepleie

Avansert klinisk sykepleier: I nasjonal helse og sykehusplan (2015) understrekes behovet for flere sykepleiere med avansert klinisk kompetanse. Det er en potensiale for at flere spesialsykepleiere kan få økt ansvar og utvidede arbeids oppgaver. Spesialsykepleiere blir en viktig faktor for innovativ og nødvendig tjenesteutvikling. (Helse- og omsorgsdepartementet 2015)

Komorbidity: Samtidig tilværelse av en eller flere sykdommer i tillegg til den primære sykdommen. Sykdommene kan opptre samtidig, men uavhengig av hverandre, de kan

opptre samtidig på grunn av felles risikofaktorer eller på grunn av felles sykdomsmekanismer og mediatorer (Helsedirektoratet 2012).

2.0 Teori bakgrunn

2.1 Hva er KOLS?

KOLS karaktereres som en luftstrøms obstruksjon som ikke lar seg fullt normalisere og reversere, men den kan forebygges og behandles. Den er langsomt progredierende og assosiert med inflammatorisk reaksjon og strukturelle forandringer i luftveiene. Denne sykdommen er kronisk, det vil si at pasienten aldri blir helt kvitt sine plager. Årsakene til KOLS er mange og kompliserte, men røyking er desidert den viktigste. Forekomsten øker med alderen og er blant de hyppigste årsakene til innleggelse i spesialhelsetjenesten (Helsedirektoratet 2012).

På grunn av at KOLS er en kronisk og ikke reversibel sykdom er det nødvendig for pasientene å tilpasse seg et liv med permanent nedsatt lungefunksjon (Nordeng og Spigset 2016). Forløpet i KOLS kan være veldig varierende fra person til person. Ved akutt KOLS forverring gjenopprettes ofte ikke full restitusjon til funksjonen før forverringen. Rehabilitering, fjerning av skadelig eksponering og medikamentell behandling kan bedre livskvalitet, redusere symptomer, redusere antall forverrings tilstander og redusere dødelighet (Helsedirektoratet 2012). Sammenliknet med andre uten KOLS har denne pasientgruppen overhyppighet av generell muskelsvakhet, underernæring, osteoporose, kognitiv svikt, depresjon og er avhengig av hjelp fra andre til aktiviteter i dagliglivet (Wyller 2015). Pasienter med KOLS har ofte flere andre kroniske sykdommer, disse bidrar til å forsterke begrensinger i leveutsikter og funksjon (Helsedirektoratet 2012).

2.2 Symptomer og gradering av KOLS

Symptomene opptrer ofte mellom 40-60 års alderen (Wyller 2015). Hyppigste symptomer er langvarig hoste, tungpust ved anstrengelse og betennelser i bronkier ved luftveisinfeksjoner. Ved moderat til alvorlig KOLS kan symptomene i tillegg være tungpust i hvile, forstyrret nattesøvn, tretthet, vekttap, undervekt og seksuelle utfordringer (Helsedirektoratet 2012). Ved gradering av KOLS bukes spirometri. Det er en undersøkelse som måler luftmengde og strømningshastighet som pustes ut, dette gir to volumvariabler FVC/FEV og PEF (Norsk Helseinformatikk 2018). Ut i fra FEV graderes KOLS til:

Stadium I: Mild KOLS	FEV1 \geq 80 % av forventet
Stadium II: Moderat KOLS	FEV1 50-79 % av forventet
Stadium III: Alvorlig KOLS	FEV1 30-49 % av forventet
Stadium IV: Svært alvorlig KOLS	FEV1 < 30 % av forventet

(Helsedirektoratet 2012).

2.2.1 Omsorgstenkning

Kari Martinsen mener at relasjonen mellom pasient og sykepleier er selveste fundamentet for moralsk ansvar og handling i sykepleie. Man må gå grunnleggende inn på relasjonen for å forstå hva det vil si å ta ansvar for et sykt menneske. Sykepleieren har et ansvar for pasienten som pasienten ikke trenger å gjengjelde, sykepleieren skal hjelpe pasienten ikke omvendt. I følge Martinsen har sykepleieren spesielt ansvar for den svake, sykepleieren skal være spesielt oppmerksom på den enkelte sårbare og avhengige pasienten. Sykepleieren har også et spesielt ansvar for å rette seg mot pasientens sine opplevelser av sin sykdom og helseplager, og forøvrig anstrenge seg for å forstå denne opplevelsen. Ansvarer skal ikke kun være rettet mot pasientens helseproblemer eller sykdomstilstand, men mot pasientens opplevelse. Dette er et viktig perspektiv i sykepleie (Nortvedt 2016).

2.2.2 Relasjonsetikken i mestring

Fordi vi har tillit til at vi blir tatt imot på en god måte våger vi å møte andre.

I relasjonen møter vi andre, her konkretiseres fordringen. I den har personen makt til å fremme eller hemme den andres livsutfoldelse, med samme fordring men ulik relasjon. Vi som mennesker har felles erfaringer som er såpass like at vi har muligheten til å forstå vårt eget beste, og noe av det som omhandler andres beste. Fordi vi har noe å møtes om og samarbeide om blir det nettverk og samhandling, i disse møtene er det viktig å ha normer, normer som kan være bestemt kjøreregler i samhandlingen. Å ikke bruke slike normer vil ifølge Løgstrup være det samme som å henge seg i "formløshedens tyran". Den formen gir oss ramme for relasjonene, og hjelper oss å finne ut hvordan vi kan ta vare på den andres liv (Eide mfl 2013).

Med våre egen forventninger om at vi skal bli tatt hensyn til kan vi forstå andre sine forventninger når det kommer til å ta hensyn. Dette forutsetter at vi kan ha mulighet til å

tenke oss inn i den andres situasjon og sted. Den andre, og den andres beste er alltid noe annerledes noe mer enn det jeg kan beslutte ut ifra mine erfaringer og forståelse. Vi å holde tilbake våre ambisjoner for å bruke våre egne erfaring for å forså den andres beste, samtidig er det noen felles menneskelige erfaringer som hjelper oss på sporet av den andres beste (Eide mfl 2013).

2.3 Livskvalitet

Verdens helseorganisasjon beskriver livskvalitet som en persons vurdering av livet sett i lys av «mål, forventninger og standard knyttet til kulturen og verdisystemet vi lever i» (The World Health Organization 1995).

Livet med KOLS er uforutsigbart og komplekst. Mens noen pasienter kan leve med mild og moderat KOLS uten større innvirkning på hverdagen, kan andre gradvis bli dårligere og mer svekket. Dette har innvirkninger på fysisk aktivitets nivå, livskvalitet og på sykdoms progresjonen (Angel og Aadal 2014). Symptomer som angst, tung pust og depresjon er mer viktig for opplevelsen av livskvalitet en fysisk funksjon og fysiologiske variabler. Disse symptomene kan redusere livskvalitet hos personer med KOLS (Helsedirektoratet 2012).

2.4 Psykososial støtte

Som følge av sykdommen opplever mange pasienter psykiske problemer. Tungpust som er sykdommens hovedsymptom, kan gi angstsymptomer og oppleves skremmende. Depresjon og angst er langt hyppigere hos personer med KOLS en generelt i befolkningen, dette resulterer seg ofte i sosial isolasjon, ensomhet, håpløshet, hjelpeløshet og passivitet. Dette blir en ond sirkel med økende tungpust, økende immobilisering, faktorer som igjen påvirker tungpust og psykososial situasjon (Helsedirektoratet 2012).

2.5 Mestring

Mestring handler om tilfredsstillelse av de basale behovene for kompetanse, autonomi og tilhørighet. I stress situasjoner kan opplevelsen av autonomi være avgjørende og handler om muligheten til å ta på seg utfordringer eller oppgaver og hvordan disse skal gjennomføres

(Helsedirektoratet 2017). Med begrepet mestringstillit (selfefficacy) menes i hvilken grad en person har tro på egen evne til å lykkes i å gjennomføre oppgaver som er nødvendig for å håndtere en spesiell situasjon (Bentsen mfl.). Mestring defineres oftest som vellykket men krevende håndtering av stressopplevelser, mestring kan bland annet handle om personens evne til å tilpasse seg ny situasjon, og personens evne til å påvirke og endre oppståtte situasjoner. Den dreier seg i stor grad om opplevelsen av å ha krefter til å møte utfordringer og følelsen av å ha kontroll over sitt eget liv (Helsedirektoratet 2017).

Lazarus og Folkman definisjon av mestring er å kunne vurdere situasjonen man befinner seg i og deretter vurdere hvilke muligheter man har. De mener at mestring er en dynamisk prosess, som er et resultat av lærte strategier personer bruker når de skal forholde seg til stressende situasjoner og opplevelser, med andre ord den er ikke en automatisk reaksjon (Lazarus og Folkman 1984).

Mestringsstrategier kan være aktive handlinger eller konfronteringer av emosjonelle responser, og avvikende strategier som tilbaketrekking eller fornektelse. En avvikende mestringsstrategi kan på kort sikt redusere stress, men når det dreier seg om kronisk lidelse ser handlingsorienterte mestrings strategier ut til å være dem mest effektive (Angel og Aadal 2014). I Helsedirektoratet sin veileder for KOLS, anbefales det at personer med KOLS får psykososial støtte slik at de kan bryte den onde sirkelen av angst, depresjon og sosial isolasjon. Dette innebærer hjelp til mestring av psykiske symptomer og fysisk funksjonstap noe som kan føre til bedre livskvalitet (Helsedirektoratet 2012).

Lazarus (2006) presenterte to hovedfunksjoner i mestring, den følelsesfokusert mestringen og problemfokusert mestring. Problem fokusert mestring handler om at pasienten fokusere på å unngå, redusere eller modifisere årsaken til stressende situasjon. Personen tilegner seg informasjon om handlinger, utfører handlinger og endrer relasjonen mellom seg selv og miljøet. Følelsesfokusert mestring handler om å unngå eller begrenser negative følelsene som oppstår i situasjonen. Med å revurdere en trussel blir det mulighet for å endre en stressende situasjon og gi den ny mening, noe som er en effektiv mestringsmetode (Lazarus 2006).

2.5.1 Mestring i et salutogenetisk perspektiv

Antonovsky fokuserer på salutogenese begrepet, et begrep med fokus på hva som fremmer god helse og ikke på hva som fremmer sykdom. Opplevelse av sammenheng er begripelighet, meningsfylthet og håndterbarhet er de tre komponentene som går igjen i begrepet. Antonovsky mener at personer som skårer høyt på disse komponentene har en høy opplevelse av sammenheng og at derfor er disse personene bedre rustet til å takle stressfaktorer (Antonovsky 2012).

”Opplevelsen av sammenheng er en global innstilling som uttrykker i hvilken grad man har gjennomgående, varig, men også dynamisk følelse av tillit til at stimuli som kommer fra ens indre og ytre miljø, er strukturerte, forutsigbare og forståelige, man har ressurser nok til rådighet til å kunne takle kravene som disse stimuliene stiller, og disse kravene er utfordringer som det er verd å engasjere seg i” (Antonovsky 2012, s 41).

3.0 METODEBESKRIVELSE

Sykepleierfagets utvikling har betydning for faglig forsvarlighet, kvalitet og effektivitet i helsetjenesten. For å gi pasienten god og riktig sykepleie må forskningsresultater benyttes som en integrert del av sykepleierens praksis (Nortvedt mfl. 2007). Når en skriver en oppgave basert på kunnskap fra bøker og andre skriftlige kilder blir det en litteraturstudie (Dalland 2012). Jeg har i denne litteraturstudien samlet inn data, og forsøkt etter beste evne å kritisk vurdere data og finne ut hva er mest relevant for hensikten med studien.

Kunnskapsbasert praksis handler ikke om å drive egen forskning, men å bruke eksisterende forskningsbasert kunnskap i sin egen praksis (Nortvedt mfl. 2007).

Jeg hadde i utgangspunktet tenkt å skrive om et annet tema, men etter endt praksisperiode på medisinsk lunge poliklinikken valgte jeg å fokusere på KOLS. Først tenkte jeg å skrive om hvordan avansert klinisk sykepleier kan følge opp KOLS pasienter i primær helsetjenesten, men siden det var veldig bredt tema og vanskelig å finne konkrete funn valgte jeg å fokusere på hvordan KOLS pasienter i primær helsetjenesten mestrer sin sykdom

I mars 2018 utførte jeg mine søk og brukte søkeordene COPD eller chronic obstructive pulmonary disease og primary health care or community og coping. Jeg fikk opp en del artikler som omhandlet pårørende og sykepleiere, men siden jeg valgte å ha ett pasient perspektiv ekskluderte jeg disse. Litteraturstudien skal i henhold til Høgskolen i Molde sine retningslinjer ved litteraturstudier ha et omfang på maximum 10.000 ord og resultatet av den skal baseres på minimum 10 forskningsartikler.

3.1 Søkehistorikk

Søkene ble utført i mars 2018. Jeg brukte mest databasen ProQuest, men også OVID, Cinahl og Science direct ble benyttet. Jeg brukte advanced search og søkeordene COPD, primary health care, patient og coping. Jeg har brukt AND som kominasjonsord, da AND avgrenser søket (Nortvedt mfl. 2007). Dette ga meg relevante og gode treff. Jeg valgte å begrense årstallet til 2012-2018, noe jeg gjorde bevist med tanke på stadige endringer og forbedringer

i oppfølging av pasientgruppen. Vedlegg 1 viser oversikt over inkluderte artikler og vedlegg 2 viser ekskluderte artikler.

Som verktøy i mitt søk, brukte jeg PICO skjema. Ettersom min hensikt med denne studien ikke var å sammenligne tiltaket med annet tiltak brukte jeg ikke C som står for comparison eller sammenligning. Nordvedt mfl. skriver at for å få best mulig struktur i hensikten kan man bruke PICO til å dele opp hensikten (2007).

P (problem) der måtte jeg vurdere hvilket problem jeg ønsker å forske på, som da ble KOLS pasienter i primærhelsetjenesten, her brukte jeg søkeordene patient, copd, chronic obstructive pulmonary disease.

I (intervensjon) her måtte jeg finne ut hvilket tiltak jeg ønsket å komme frem til som er da mestringsstrategier, her ble søkeordet coping og coping strategier.

O (outcome), hvilken effekt har tiltaket på utfallet, her ønsker jeg å få svar på hvilken effekt tiltaket (I) har på utfallet. I min studie ønsker jeg å fokusere på mestring og derfor ble søkeord her coping og primary health care.

3.1.1 Ovid medline

Her brukte jeg avansert søk og engelsk søkeord som copd, primary health care og coping. Jeg fikk lite treff så jeg valgte å bruke trunkeringstegn på disse søkeordene, coping* og primary* og community* noe som ga meg 34 treff. Jeg valgte å sette limit på årstall 2012-2018 og fikk da 22 treff. Jeg summet meg igjennom disse artiklene og så fort at en del var duplikater både fra Ovid, men også fra andre databaser. Fem av disse artiklene valgte jeg å inkludere i min studie. Den 25. april gjorde jeg nytt søk i Ovid og brukte copd, patient og coping og fikk to nye artikler i resultat som jeg valgte å inkludere i min studie. En av disse var ikke tilgjengelig i full tekst i Ovid, men igjennom google fant jeg den i full tekst og åpen tilgang.

3.1.2 Pro Quest

I denne databasen brukte jeg søkeord som copd, chronic obstructive pulmonary disease, primary health care, patient og coping, jeg kombinerte søket med AND, dette ga meg 57 treff. Jeg brukte søke muligheten anywhere exept full text, der databasen søker etter nøkkelord i artikkel utenom full tekst og jeg satt også inn limit på peer reviewed artikler, dette ga meg 47 treff. Jeg valgte å begrense mitt søk til årstall fra 2012 til dags dato og fikk da 39. Jeg avgrenset søket til dansk, engelsk, svensk og norsk språk og fikk da 19 artikler. Jeg skummet meg igjennom disse, en del av de var duplikater, jeg valgte å inkludere to av disse artiklene i min studie, siden flere av dem hadde jeg funnet i Ovid databasen. Grunnen til ekskludering av andre var bla, at dem var review artikler, protokoll av studie og at dem omhandlet andre sykdommer enn KOLS.

3.1.3 Cinahl

I den databasen brukte jeg avansert søk og søkeord som copd, primary health care, patient og coping. Dette med kombinasjon av AND ga meg et treff som var en rewiev artikkel som ikke ble inkludert. Jeg valgte da å bruke copd, patient og coping som ga meg 61 treff, med begrensning til 2012-2018 fikk jeg 23 treff. Av disse leste jeg åtte artikler men ingen ble inkludert siden jeg følte at dem ikke var nok relevant til min hensikt.

3.1.4 Science direct

Her brukte jeg avansert søk, med søkeord som copd, patient og coping. Med å kombinere disse søkeordene med AND og begrense til årstall 2012-2018 fikk jeg 10 treff. Noen av disse var duplikater fra mitt søk i Ovid og Cinahl, men en av disse artiklene var nytt funn og ble inkludert i min studie.

3.2 Inklusjonskriterier

- Begrenset til artikler skrevet på norsk, dansk, engelsk og svensk.
- Artikler publisert i perioden 2012 til nåtid.
- Personer med KOLS
- Mestring

- Artiklene må ta etiske hensyn, være referee bedømt og tidsskrift må ha et vitenskapelig nivå en eller to.
- Middels eller høy kvalitetsvurdering.

3.3 Eksklusjonskriterier

- Pårørende perspektiv
- Sykepleier perspektiv
- Lungekreft/kreft
- Eldre skrøpelige
- Økonomi
- Røyking
- Litteraturstudier

3.4 Kvalitets vurdering

Når jeg var ferdig med søk satt jeg igjen med 10 artikler, 3 kvantitative og 7 kvalitative, alle på engelsk.

Jeg leste disse artiklene grundig for å forsikre meg om at de var relevant til studiens hensikt som er mestring hos KOLS pasienter ut i fra pasient perspektiv. Innsamlet data skal ha gyldighet og relevans til hensikten (Dalland 2012). Jeg fant ut at disse artiklene var alle relevante så de ble nummerert fra en til ti for å gjøre arbeidet mer oversiktlig fremover. Jeg måtte finne ut om disse artiklene var publisert i vitenskapelige tidsskrifter, jeg brukte database for statistikk om høgre utdanning, der dem gir mulighet til å søke etter tidsskrift og få informasjon om hvilket nivå det har (NSB 2018). Av disse 10 artiklene, var 9 publisert i tidsskrift med nivå 1 og en på nivå 2.

Ved kritisk vurdering måtte jeg først skille mellom kvalitative og kvantitative kvalitetssikringer. I en kvalitativ studie forsøker man å fange opp meninger og opplevelser, ting som ikke kan måles eller tallfestes (Malterud 2011). En kvantitativ studie gir informasjon som kan formes til målbare enheter den er en strukturert og systematisk tilnærming (Dalland 2012). Denne studie metoden brukes for å finne årsakssammenhenger, få bredde kunnskap, og for å teste hypoteser som kan overføres til personer eller situasjoner

(Drageset og Ellingsen 2009). For å kvalitetssikre mine artikler brukte jeg forskjellige sjekklister fra kunnskapsbasert praksis fra folkehelseinstituttet sin hjemmeside (Folkehelseinstitutt 2018). Disse sjekklister viser om man kan stole på resultatene, hva resultatet er og om de kan brukes i praksis (Nortvedt mfl. 2007). I kvantitativ forskning finnes det forskjellige design. Jeg måtte først finne ut hvilket design studiene var for å så finne rett sjekklister. Jeg brukte sjekklister for kohortstudie og tverrsnittstudie. For kvalitetssikring av artiklene med kvalitativ metode brukte jeg Nasjonalt kunnskapssenter sin sjekklister for vurdering av kvalitet (Nasjonalt kunnskapssenter 2018).

Etter at jeg hadde fylt ut sjekklisterne vurderte jeg om artiklene var av høy, middels eller lav kvalitet alt etter hvor mange kriterier som var oppfylt. Hvis dem fleste kriteriene er møtt vurderes artikkelen til høy kvalitet. Hvis noen av kriteriene i sjekklisterne ikke er oppfylt vurderes den til middels kvalitet. Lav kvalitet er når få eller ingen kriterier er oppfylt eller mangler beskrivelse av dem (Nasjonalt kunnskapssenter 2018). Alle artiklene ble vurdert til høy eller middels kvalitet, dermed ble det ti artikler som jeg valgte å inkludere i min litteraturstudie. Jeg endte opp med syv kvalitative artikler og tre kvantitative, alle artiklene var skrevet på engelsk. Fire var engelsk, en belgisk, en norsk, to nederlandsk og en irsk.

3.5 Etiske hensyn

Det er forskerens ansvar å informere deltakere om at deltakelse i forskningsprosjekter er frivillig, den frivilligheten bekreftes gjennom informert samtykke. Konfidensialitet og anonymitet må sikres. Hvis studien omhandler pasienter eller pårørende skal forskningen vurderes og godkjennes av regional komité for medisinsk forskningsetikk (Drageset og Ellingsen 2008). I alle studiene ga deltakerne samtykke til å bli med i studien. Alle artiklene viser til at de er godkjent av etiske komiteer.

3.6 Analyse

I denne litteraturstudien tar jeg utgangspunkt i Evans's fire faser ved analysering (2002).

Disse fasene består av:

1. Innsamling av primærstudier.

2. Identifisere nøkkelfunn i hver studie for seg.
3. Relatere funnene med andre studier.
4. Samle felles funn for å beskrive fenomenet.

Mine søk og funn i databaser er beskrevet tidligere. Jeg hadde ti artikler som jeg valgte å ta med, disse leste jeg flere ganger for å få med meg hele teksten og indentifisere nøkkelfunn. Jeg brukte tall fra en til ti for å lage en oversikt over artiklene, jeg brukte farger for å markere funn og et stort ark for å notere alle funn. I fase tre måtte jeg relatere og finne sammenheng mellom nøkkelfunnene. For å lettest ha en oversikt skrev jeg nummeret på hver artikkel under nøkkelordene for å få en oversikt hvilke artikler som hadde like funn. I fase fire skal man samle felles funn og beskrive fenomenet. Viktigste felles funn var disse; tiltak som bidrar til mestring, mestringsstrategier, mestrings utfordringer, kunnskap/holdning, livskvalitet, daglige aktiviteter/funksjon, angst og depresjon. Dette ble mange forskjellige funn som jeg måtte strukturere og etter mye tenkning formulerte jeg disse temaene:

Tema 1: Utfordringer hos KOLS pasienter

- Livskvalitet, daglige aktiviteter og funksjon.
- Kunnskap og holdning.
- Psykiske utfordringer.

Tema 2: Mestringsstrategier hos KOLS pasienter

- Mestring strategier.
- Mestrings utfordringer.
- Tele medisin
- Rehabilitering

Disse temaene ble delt inn i overskrifter som dekker funnene i min studie:

1. Utfordringer hos KOLS pasienter i primær helsetjenesten.
2. Mestringsstrategier hos KOLS pasienter i primær helsetjenesten.

4.0 Resultat

4.1 utfordringer hos KOLS pasienter i primærhelsetjenesten.

4.1.1 Daglige aktiviteter og funksjon

Boecktaens mfl. 2012, Brien, Lewith og Thomas 2016, Weldam mfl. 2013, Conney mfl. 2013, Steffen mfl. 2016, Svedsater mfl. 2017 og Willgoss mfl.2012 beskrivde hvordan sykdommen satt begrensninger for pasientene, daglige aktiviteter og deres funksjon. Deltakerne i studien til Boecktaens mfl. påpekte viktigheten av ting de klarte å oppnå, og rapporterte om hvordan hobbyer, følelsen av å være til nytte og ta vare på andre påvirket deres velvære. Funksjonsstatus virket å være viktig, med mest vekt på mobilitet, nærområde og sosial deltakelse. Ved mangel av sosial deltakelse opplevde de seg hemmet. KOLS pasienter som bodde alene virker generelt til å oppfatte sin status som mer negativ og invalid (Boecktaens mfl.2012).

4.1.2 Tungpust

Mer enn en fjerdedel i studien til Svedsater mfl. rapporterte at tungpusthet var det verste aspektet av KOLS sykdommen og mange av dem opplevde begrensninger i fysisk aktivitet som verst (2017). I studien av Steffen mfl. led de fleste deltakerne av tungpust i forbindelse med fysisk aktivitet som ble trigget av for eksempel følelser eller av miljø faktorer. Noen rapporterte også at dem ble tungpustet ut av det blå (Steffen mfl. 2016). I studien av Cooney mfl. beskriver deltakere med mer alvorlige symptomer, utfordringer med daglige aktiviteter, at disse aktivitetene ble som en militær operasjon som krevde strategisk planlegging. Noen av deltakerne unngikk eller sluttet helt å gjøre aktiviteter som gjorde dem tungpusten (2013). "I don't walk much now because I know that it would [make me] breathless] I avoid anything that would...." (Conney mfl. 2013 s 991).

4.1.3 Psykiske utfordringer

Deltakerne i Svedsater mfl. opplevde tristhet og depresjon fordi de ikke klarte å gjøre ting dem klarte før, dem følte seg flau over symptomene, for eksempel hoste, følte seg ubrukelig og håpløs fordi at de ikke klarte å gjøre samme ting som andre i samme aldersgruppe (Svedsater mfl. 2017).

Den onde sirkelen av angst og tunpust ble beskrevet av deltakerne i studien av Willgoss mfl. "...Is it because the anxiety has kicked off? Has the anxiety kicked off the COPD? Has the COPD kicked off the anxiety" (Willgoss mfl. 2012 s. 565).

Willgoss mfl. påpekte i sin studie hvordan deltakerne forklarte hvordan et liv med angst var et konstant strev for å ha kontroll. Under angstanfall ble angsten så stor at deltakerne følte seg totalt **hjelpesløs**. "Sometimes there is nothing that I can do. I try and take control and put my mind on other things. I just sit there but I can't take control." (Willgoss mfl. 2012 s. 566). Tre av studiene viste at depresjon er mer vanlig blant KOLS pasienter (Weldam mfl. 2013, Brien, Lewith og Thomas 2016, Willgoss mfl. 2012). Studien til Brien, Lewith og Thomas 2016 viste at tolv av tretti fire pasienter var deprimert og fem av de brukte anti depressive medikamenter. Deltakerne mente at KOLS diagnosen var direkte årsaket til depresjonen (2016).

I still don't accept it..it's accepting, and accepting and moving on from it. Because that's what causes it's the main factor in the depression..I know I've got COPD, but that doesn't mean to say I'm going to accept it" (Brien, Lewith og Thomas 2016 s. 5).

I individuelle intervju i studien til Svedsater mfl. beskrev deltakerne om en blanding av skam, angst, depresjon, redsel og tristhet som direkte resultat av situasjonen. Fire av femten deltakere i samme studie, som hadde fokusgruppe intervju diskuterte psykologiske vanskeligheter relatert til redsel, angst eller depresjon (Svedsater mfl. 2017). Noen av deltakerne i studien til Cooney mfl. belyste seg selv som deprimert, dem bekymret seg for fremtiden og at de kom til å bli verre, av og til var tungpusten så heftig at de var redd de skulle dø (Cooney mfl. 2013).

Weldam mfl. (2013) påpeker at mer tilstrekkelig og positiv sykdomsopplevelse og mindre depresjon hadde direkte sammenheng mellom bedre helse relatert livskvalitet. Men betydelig sammenheng mellom psykiske faktorer og daglige aktiviteter ble ikke funnet.

Willgoss mfl. 2012 og Boeckstaens mfl. 2012 påpekte manglende kunnskap hos KOLS pasienter om sykdommen og symptomer. KOLS pasientene virket å ha begrenset kunnskap om sykdommen og noen strebet etter helbredelse til tross for annerkjennelse av at dette var urealistiske forventninger (Boeckstaens mfl. 2012 og Brien, Lewith og Thomas 2016). "I just want them to find something do something about it and get me back to normal. That is all I want" (Brien, Lewith og Thomas 2016 s. 5).

4.2 Mestringsstrategier til KOLS pasienter i primær helsetjenesten.

To av studiene påpekte at mestringsstrategier er prosess orientert og avhengig av stressorens natur. Personer er ikke forhåndsprogrammert til å bruke samme mestringsstrategi uansett hvilken stressfull situasjon de befinner seg i (Stoilkova mfl. 2013, Haejung mfl. 2013). Haejung mfl. undersøkte hvilken effekt personens ressurser og mestringsstrategier hadde på angst og depresjon hos personer med KOLS. Det viste seg at det var mer sannsynlig at de som hadde mer kunnskap om sin sykdom og fikk sosial støtte brukte i større grad problem orientert mestring, noe som førte til at de responderte på utfordringer. De prøvde å løse utfordringen, istedenfor å respondere med følelser. Dette førte til at deltakerne opplevde mindre depresjon. I samme studie hadde følelses orientert mestring negativ innvirkning på depresjon og angst, det vil si at disse symptomene økte hos deltakerne (Haejung mfl. 2013).

To studier trekker frem at KOLS pasienter mestret bedre sin sykdom når de hadde positiv innstilling til sykdommen (Boeckstaens mfl. 2012, Weldam mfl.2013).

Flere av studiene påpekte forskjellig mestrings strategier som deltakerne følte var til hjelp for sykdom og symptom kontroll (Boeckstaens mfl. 2012, Svedsater mfl. 2017, Haejung mfl. 2013, Brien, Lewith og Thomas 2016, Willgoss 2012, Steffen mfl. 2016, Cooney mfl. 2013).

Medisinsk behandling: Deltakerne følte at de hadde kontroll og dermed var medisin en integrert part av hverdagen. Noen deltakere rapporterte at dem var avhengig av medisinene og følte at uventede situasjoner kunne skape panikk anfall. " As long as I have got enough inhalers I am alright...I like to have 2. One in my handbag because I think if I got robbed

then?...I have to have one in my pocket..." (Willgoss mfl. 2012 s. 566). Deltakerne følte at medisinen hjalp og tok den som forskrevet imens noen følte at dem var vanskelig å administrere (Brien, Lewith og Thomas 2016, Steffen mfl. 2016). Redsel for avhengighet, bivirkninger, kostnad og liten eller ingen virkning var også rapportert (Boextaens mfl. 2012). Deltakerne i Vatnøy, Thygesen og Dale (2016), følte at med tettere oppfølging og opplæring fikk dem mer kunnskap til å vite når dem skulle bruke medisin og muligens forhindre sykehusinnleggelse. "...I should have used the medicine and thus perhaps prevented hospitalization, but I was not aware of it" (Vatnøy, Thygesen og Dale 2016 s. 4)

Andre behandlinger: Lungerehabilitering med fokus på opplæring, trening og pusteøvelser ble rapportert som hjelpfulle teknikker Deltakerne følte at trening som for eksempel daglige gåturer hjalp dem å vedlikeholde velvære og redusere avhengighet av medisiner (Brien, Lewith og Thomas 2016).

Planlegging: Flere av deltakerne i studien til Willgoss et al. (2012) og mente at planlegging var et nøkkelementet til effektiv selvkontroll og ble sett som en måte for å forebygge situasjoner som kunne trigge angst anfall. "Your whole life revolves around how close I be able to park? ... And how far away from the rom are the toilets? Things that everybody else takes for granted." (Willgoss mfl. 2012 s. 566). På grunn av behovet for å planlegge alt, opplevde de mindre fleksibilitet, følte seg hemmet til å gjøre ting og klarte ikke å respondere raskt (Cooney mfl. 2013).

Selvprat ble sett på som viktig tiltak og en kritisk del av å ha kontroll på situasjonen. Med selvprat og refleksjon over tidligere situasjoner klarte de å evaluere risikoen, ta positive skritt fremover og unngå panikk anfall (Willgoss 2012). At de viste hva som kom til å skje og at tungpustheten kom til å gå over var god hjelp for pasientene (Steffen mfl. 2016).

Pusteteknikk: Teknikk, kropps posisjon og hjelpemidler som rullatorer var til stor hjelp i episoder med tungpusthet. Dette hadde de lært fra forskjellige helsepersonell og noen hadde funnet på disse strategiene selv (Steffen mfl. 2016). Studien til Brien, Lewith og Thomas (2016) bekreftet at pusteteknikk var et effektivt tiltak, "If I get stressed I try and control it (breathlessness): I will say Right just sit down and think about this.... You are

breathing in .. and I do the three breaths. It sort of comes back to you” (Brien, Lewith og Thomas 2016 s. 3)

Forandringer i daglige rutiner: Å gjemme seg, bremse helt ned på aktiviteter eller unngå dem helt var vanlig hos flere av deltakerne (Steffen mfl. 2016, Cooney mfl. 2013). Noen av deltakerne hadde lært å lytte til kroppen sin og roe ned, de unngikk å skynde seg og tilpasset aktiviteter ut ifra sin kapasitet (Steffen mfl. 2016, Svedsater mfl. 2017). Noen lot seg ikke stoppe av sykdommen og fant nye metoder for å fortsette med aktiviteter de likte, som for eksempel å sitte på en stol når dem gjorde hagearbeid, de fokuserte på positive ting og på ting de klarte isteden for ting dem ikke klarte (Cooney mfl. 2013). Å aksepterer og integrerer sykdommen og symptomene i sitt liv ledet til positivere persepsjon av situasjonen til tross for høy morbiditet (Boextaens mfl. 2012).

Mental og atferdsmessig: Deltakerne rapporterte at de ofte måtte distrahere seg selv fra tungpust situasjonen for å unngå panikk anfall, for eksempel å tenke på noe annet eller se på TV ”.. means that I’ve got something to watch (...) it takes my mind off what I’m stuffing” (Steffen mfl. 2016 s. 23). Å minimere sykdommen med å nekte å oppfatte seg selv som syk, eller å minimisere og tro at KOLS hadde mindre innvirkning en andre sykdommer var en strategi brukt, med god effekt, av noen deltakere i studien av Brien, Lewith og Thomas (2016).

Å ta kontroll: KOLS pasientene påpekte at viktige momenter i å kunne ta kontroll var å akseptere diagnosen og konsekvensene av den, ha en realistisk sykdoms forståelse, oppnå en rasjonal heller enn en emosjonell respons til sykdommen og å fokusere på det som er positivt (Brien et al. 2016). ”...It is better to stay calm and address the situation and quantify it and go along with the way that you think you should” (Brien, Lewith og Thomas 2016 s. 3).

Støtte til mestring:

Vatnøy, Thygesen og Dale (2016) undersøkte pasientenes opplevelse av tele medisin og hvordan den støttet KOLS pasienter i deres sykdomsmestring. Positiv opplevelse var en overall opplevelse av teknikken som var enkel å sette opp, lære og bruke. Noen av deltakerne følte at videosamtalen var et sosialt samvær. ”I’m looking forward to that

meeting every morning” and “it’s nice to have that contact when you are stuck at home” (Vatnøy, Thygesen og Dale 2016 s. 3). Deltakerne følte at tele medisin var forståelig, overkommelig og at den bidro til mening i daglig livet, dem opplevde at dette var en enkel måte å få kontakt med helsepersonell, at dem fikk hjelp fortere og at de hadde mer kontroll siden de bestemte selv når dem tok kontakt. “Previously I had to wait all day for them to come: now it is up to me. I send my health data and they respond. I have more control myself” (Vatnøy, Thygesen og Dale 2016 s. 4). Stoilkova mfl. (2013) undersøkte om rehabilitering forandret mestrings metoder hos KOLS pasienter. Resultatene viste at omfattende tverrfaglig rehabilitering bidro til å endre mestringsmetoder hos KOLS pasienter. Resultatene viste en reduksjon i angst symptomer fra 28,7% til 13,2% og reduksjon i depressive symptomer fra 29,4% til 15,8%. Det viste seg også at rehabilitering økte bruk av aktive konfronterende mestrings strategier og mindre bruk av både unngående og passive mestrings strategier. Resultatet av studie av Haejung mfl. (2013) viste at det var mer sannsynlig at deltakere som hadde mer kunnskap om KOLS sykdom brukte mer problem orientert mestrings strategier.

5.0 Diskusjon

5.1 Metodediskusjon

Skrivningen av denne litteraturstudien har vært en stor utfordring men samtidig veldig lærerik. Å arbeide systematisk med lesing, skriving og tenkning har til tider vært vanskelig men også en utfordring som jeg ikke kunne tenke meg å være foruten.

Nordtvedt (2008) anbefaler bruk av internasjonale databaser. Jeg brukte kun engelske søkeord siden jeg søkte mest i internasjonale databaser. Jeg søkte også i Norart men fikk ikke treff der, brukte da både norske og engelske søkeord. Jeg følte at Ovid, ProQuest, Cinahl og Science direkt databasene ga meg tilstrekkelig data og derfor brukte jeg ikke flere databaser, men det kan være at dette svekker mine søk og resultater og jeg ser i etterkant at jeg kunne ha vært mer strukturert i mine søk. Jeg kunne ha begynt mitt søk tidligere, mulig brukt flere søkeord og fått mer bistand fra bibliotekar for å få mer kunnskap om søke strategier.

5.1.1 Datainnsamling og søk

De fleste av artiklene i min studie er kvalitative, dette tenker jeg er naturlig med tanke på at jeg skriver uti fra pasientperspektivet og mestring hos personer med KOLS. Kvantitative artiklene understøtter delvis funn i de kvalitative, dem bekrefter utfordringer i hverdagsmestring hos pasienter med KOLS men er mer rettet mot konkrete strategier og konkrete tall.

5.1.2 Eksklusjons- og inklusjonskriterier

Jeg valgte å ekskludere pårørende og helsepersonell siden det hadde blitt uoverkommelig i denne studien å ha flere enn et perspektiv. Jeg valgte også å ekskludere artikler som var eldre en fem år, dette fordi jeg tenker at ute i praksisfeltet skjer mye både oppfølging og teknikk, derfor tenkte jeg det kunne være fordel med nyere forskning. Dette ser jeg på som en styrke for studien. Med dette kan jeg ha risikert å gå glipp av relevant funn noe som kan sees på som en svakhet i studien.

De inkluderte studiene handler alle på en eller annen måte om mestring ut ifra pasienten sitt perspektiv. Det kan være en svakhet at de fleste studiene er utenlandske, det med tanke på forskjellig kultur, oppbygging av spesial- og primærhelsetjenesten, økonomi og fremgang i landet studien er utført i. Funnene viser ikke store forskjeller i de ulike landene og jeg tror at det ikke er så stor forskjell nasjonalt på KOLS pasienten og behovene, og dermed kan funnene være overførbare til Norge. Jeg mener også at det er viktig å se på internasjonal forskning ut ifra det flerkulturelle samfunnet som vi lever i. Jeg hadde en del utfordringer i forhold til å lese og tolke engelsk tekst, med tanke på at jeg ikke er norsk opprinnelig ble det slitsomt å oversette fra engelsk til mitt morsmål for å så oversette til norsk. Dette kan ha vært svakhet og muligens bidratt til feiltolkning av resultatene. Jeg gikk først bredt ut og ønsket å ha både pasienten- og sykepleier perspektivet dette for å finne både utfordringer hos KOLS pasienten, men også hvordan en avansert klinisk sykepleier kan på best mulig måte bidra til mestring hos denne gruppen i primær helsetjenesten. Etter veiledning fant jeg ut at det gikk ikke å ha to perspektiv og valgte å fokusere på pasienten fordi det er viktig for meg som AKS sykepleier å vite hvilken opplevelser, utfordringer, og mestrings strategier KOLS pasienter har i hverdagen.

De fleste av mine artikler var kvalitativ forskninger, dette tenker jeg er en god metode med tanke på pasient perspektivet og opplevelser av mestring hos KOLS pasienter. Å gi en stemme til menneskers personlige historier er det kvalitativ forskning er kjent for (Ellingsen og Drageset 2008).

Jeg hadde en kohort studie, dette er et design som følger utviklingen av en gruppe over tid, gjerne over mange år, den kalles også oppfølgingsstudie. Ulempen med dette designet er frafall av deltakere underveis. Jeg hadde også en tverrsnittstudie eller korrelasjonsdesign der det blir foretatt kun en måling, en fordel med den er at da kan man undersøke mange personer samtidig men ulempen er at man ikke kan påvise hva som er årsak og virkning eller om det er andre faktorer som påvirker variablenes sammenheng (Drageset og Ellingsen 2009).

5.1.3 Kvalitetsvurdering

Først når jeg hadde alle ti artiklene og var fornøyd med dem, leste jeg igjennom dem, hele veien hadde tanken om kvalitet i bakhodet. Andre gang jeg leste dem, brukte jeg sjekklistene fra Nasjonalt kunnskapsenter, noe som hjalp meg mye i mine vurderinger og det var en god veiviser å ha de eksemplene ved hvert spørsmål. Det er en styrke for mine resultater at alle studiene er godkjent av etisk komite.

5.1.4 Dataanalyse

Jeg brukte Evans fire faser for å analysere mine funn, med den metoden følte jeg at jeg fikk en god oversikt og klarte å finne tema som var viktig. Min forforståelse eller magefølelse var at KOLS pasienter strever mye alene med angst og redsel over sin situasjon og ikke hadde så mye mestringsressurser, noe som jeg har lært nå at er feil på mange måter. Jeg tenker at hvis jeg ikke hadde vært så strukturert i analysen hadde min forforståelse hatt mer innvirkning på tema og funn. Min forforståelse kan både være positiv og styrke til oppgaven, men også negative og utgjøre en fare for at jeg lukker øyene for nye perspektiver og forståelser (Malterud 2011). Når jeg analyserte artiklene brukte jeg nummering på den for å lettest ha en oversikt over nøkkelordene og hvilke artikler som hadde like funn. Dette ga meg god oversikt over relevante og viktige funn til oppgavens hensikt og ser jeg på dette som styrke til oppgaven.

5.2 Resultatdiskusjon

5.2.1 utfordringer i hverdagen.

Mine funn viser at KOLS sykdommen setter begrensninger for daglige aktiviteter og funksjon og at det er helt avgjørende for livskvalitet og hverdagen hvordan personene velger å respondere til den ny hverdagen. Noen velger å bremse helt ned, fokusere på ting dem ikke klarer mens andre hadde mer positiv innstilling og nekte å la sykdommen hemme og bremse livet og aktivitetene. Når fysisk kapasitet blir nedsatt bidrar det til mindre aktivitet og deltakelse i daglige aktiviteter (Helsedirektoratet 2012). Sammenlignet med andre mennesker i samme alders gruppe har KOLS pasienter overhyppighet av underernæring, osteoporose, generell muskelsvakhet, depresjon, kognitiv svikt og er avhengig av hjelp fra

andre til daglige aktiviteter (Wyller 2015). Dette bekrefter at det er stort behov for bistand og oppfølging av KOLS pasienter i primær helsetjenesten, men at det også er viktig med økt kompetanse med tanke på sammensatte og komplekse behov og utfordringer.

Mestringsevne hos personer med KOLS oppleves ofte redusert under aktivitet og dem kan lett bli engstelig på grunn av pustebesvær, selv med små anstrengelser (Helsedirektoratet 2012).

Denne studien viser at tung pust er en av de verste aspekter ved KOLS sykdommen, et symptom som er vanskelig å kontrollere, styre og mestre. Ved begynnende tung pust forsøker KOLS pasienten å tilpasse og justere hverdags aktiviteter, og reduisering av aktivitetsnivå er en av de hyppigste forekommende strategiene. Dette betyr fallende aktivitetsnivå som igjen resulterer i tap av kondisjon, muskelstyrke og tiltakende sosial isolering, noe som igjen gir redusert livskvalitet og risiko for tidlig død (Angel og Aadal 2014). Mine funn viser at et liv med KOLS kan være et liv med angst, et konstant strev for å ha kontroll og ofte kan personene føle seg totalt hjelpeløs. Psykiske problemer som en følge av KOLS er det mange pasienter som opplever, tung pust som er sykdommens hovedsymptom kan oppleves skremmende og gi angst symptomer. I følge Helsedirektoratets veileder for KOLS er angst og depresjon de to minst behandlede komorbiditets sykdommene med tanke på KOLS (Helsedirektoratet 2012).

5.2.2 Den onde sirkelen

Begrensninger i daglige aktiviteter leder til tristhet og depresjon fordi personene ikke klarer ting som de mestret før. Ofte møter jeg pasienter som har det sånn, den onde sirkelen knyttet til KOLS sykdommen, symptomer som tung pust som igjen leder til angst og den angsten leder igjen til mer tung pust. Når aktiviteter i daglig livet blir en belastning og en stressfaktor, og personene kvier seg til for eksempel dusj og går i noen tilfeller i dagevis og gruer seg til neste dusj, til neste legetime eller sosialt samvær som egen bursdag.

Min studie viser at depresjon, frykt, frustrasjon, håpløshet og skam er vanlige opplevelser hos KOLS pasienter. Personer med KOLS kan ha gjentatte innleggelser i årevis, som enten kan ende i forbedring eller i verste fall død, konsekvensene av dette er uforutsigbarhet i hverdagen som er en belastning for både pasienten og pårørende (Angel og Aadal 2014).

5.2.3 Mestringsstrategier

Funnene mine viser at personer med KOLS som har en positiv innstilling mestrer bedre sykdommen og symptomene, der det ble brukt forskjellige strategier blant annet medisinske, alternative behandlinger, planlegging og akseptering av sine begrensninger. Om personer reagerer på livshendelser som stress eller mestring er avhengig av samspillet mellom personen og ressursene i omgivelsen (Helsedirektoratet 2011). Jeg tror at KOLS pasienter bedre kan mestre sin sykdom hvis dem har støtte og forståelse for sin sykdom og symptomer både fra overordnet nivå og nærmiljøet. Sosial støtte bidrar til mindre depresjon og angst hos personer med KOLS. Det er derfor anbefalt at disse personene får psykososial støtte slik at de kan bryte den onde sirkelen av sosial isolasjon, angst og depresjon (Helsedirektoratet 2012).

Det er viktig å finne tilpasset aktivitets nivå og bistå pasientene å finne den gylne mellomveien sånn at dem ikke blir for passive eller aktive. Hvis personer med KOLS er bevisst om aktivitets begrensninger vil det bidra til at dem får økt mestringsevne. Tilpasset trening med fokus på oppnådd mestring, inspiratorisk muskeltrening, hvilestillinger og instruksjon i leppepust kan bidra til økt mestringsevne hos personer med KOLS (Helsedirektoratet 2012).

Mine funn påpeker at forhåndsbestemte modeller for KOLS pasienter kan være effektive tiltak i mestring av sykdommen. Dette bekrefter Johnson Warrington mfl. i sin studie, den viser at veiledet selvhjelpprogram forbedrer livskvalitet og øker helse relatert livskvalitet, i tillegg forlenges tiden til neste innleggelse og forkorter varigheten av sykehusinnleggelsen (2016).

Mestringsstrategier kan være aktive handlinger eller konfronteringer av emosjonelle responser, og avvikende strategier som tilbaketrekking eller fornektelse. En avvikende mestringsstrategi kan på kort sikt redusere stress, men når det dreier seg om kronisk lidelse ser handlingsorienterte mestrings strategier ut til å være dem mest effektive (Angel og Aadal 2014). Problem fokusert mestring intervensjoner fullt eller delvis forholdet mellom kunnskap om sykdommen og oppfattes som sosial støtte ved depresjon. Mine funn viser at det er mer sannsynlig at pasienter som har økt kunnskap om sykdommen bruker denne strategien, som

for eksempel å respondere til utfordringer og prøve å løse den heller enn å ha følelsesladet respons. Noe som kan resultere i at pasienten opplever mindre depressive symptomer. Symptommestring kan bidra til bedre psykologisk utfall særlig med forebygging av forverring av depresjon. Den studien viser at dette er en vanlig strategi for KOLS pasienter å bruke når det kommer til mestring, at de roer ned, hviler når de har behov for dette, og avslutter aktiviteter. At de også har lært seg kroppen å kjenne, unngår stressende situasjoner og tilpasser aktivitet nivået sitt. Jeg mener dette kan være både en positiv og negativ strategi, det kan være fare for at pasientene bremser for mye og for hardt på aktivitetene de er vant til fordi at dem er engstelig for at det kan forverre symptomene.

I følelses fokusert mestring forsøker pasienten å påvirke sine egen følelser i en stressfull situasjon. Her forsøker pasienten å få oppmerksomheten bort fra den situasjon han befinner seg i eller prøver å øke utholdenhet med fornektelse (Lazarus 2006). Det er en kombinasjonen av sykdoms opplevelsen og depressive symptomer som påvirker helse relatert livskvalitet. Personer med KOLS bruker blant annet avslapping teknikker og puste teknikker som panikk kontroll ved tung pust. KOLS sykdommen kan være selvforskyldt på grunn av røyking, dette kan føre til at pasientene føler skyld og muligens prøver å håndtere ting alene isteden for å be om hjelp.

Et liv med KOLS er en daglig kamp for å bevare integriteten og er en eksistensiell utfordring med samspill av fysiske, psykiske og psykososiale dimensjoner (Angel og Aadal 2014).

Mine funn viser at KOLS pasienter opplever nytte av medikamentene sine men at det er avhengig av tilgjengelighet, kunnskap, kontroll og brukervennlighet. Det er viktig å vurdere effekten av medisinsk behandling minst årlig hos KOLS pasienter, det er viktig at de får tilstrekkelig veiledning i bruk av inhalasjons legemidler. Valg av inhalasjons medikament skal baserer på individuelle vurdering (Helsedirektoratet 2012). Sykepleiere har et ansvar for å sørge for at pasienten har tilstrekkelig forståelse for medikamentene, hvilken situasjoner dem skal brukes i og om virkninger og bivirkninger (Angel og Aadal 2014).

Mine funn viser at planlegging av aktiviteter og forandring av daglige rutiner er viktig, men at på grunn av stort behov for planlegging og forutsigbarhet kan KOLS pasienter føle seg ute av stand til å gjøre ting de er vant til. Det er viktig å avdekke og imøtekomme den enkeltes opplevelse av sammenheng mellom tungpust og aktivitet, det er viktig å supplere kunnskap til KOLS pasienter for at de skal forstå hvor viktig økt fysisk aktivitet er. Her er viktig å motivere, bevisstgjøre og sette i gang en refleksjon om opplevelsene og følelsen dem har

under fysisk aktivitet (Angel og Aadal 2014). Disse refleksjonen kan dem bruke senere med selvprat og refleksjon, da muligens opplever dem ikke situasjonen så belastende som før. Mine funn viser at pusteteknikk enten selvlært eller etter opplæring fra helsepersonell, kan være til hjelp i tungpust episoder. Leppe pusteteknikker, avslappings øvelser og forbedring av kondisjon kan for noen bidra til å redusere opplevelsen av tungpust (Angel og Aadal 2014).

5.2.4 KOLS pasienten og behov for avansert klinisk sykepleie

Målet for fremtidens primærhelsetjeneste er å nå personer som i for liten grad etterspør tjenester, rette ressursene mot dem som har største behovene, grupper som KOLS pasienter der sykdomsutvikling og sykehusinnleggelse kan forhindres gjennom forebygging, tettere, strukturert oppfølging, opplæring og rehabilitering. Dette vil kreve en omstilling i tjenesten, tjenesten bør være organisert slikt at den støtter opp under og utløser alle de ressursene som ligger hos brukeren selv, dens familie, sosiale nettverk, nærmiljøet og lokalsamfunnet. (Helse- og omsorgsdepartementet 2015). Hvis dette skal lykkes er det viktig at det er en kvalifisert fagperson som har kunnskap til å løfte og støtte brukeren, til å koordinere alle aktorene sånn at alle mulige ressurser blir utløst.

Denne studien viser at helsepersonell har en tendens til å fokusere på symptomer men at pasientene heller fokuserer på begrensningene sykdommen gir dem. At sykepleieren anerkjenner pasientens følelser er en viktig faktor, dette kan for eksempel være angst, det er viktig at personen får mulighet til å snakke om det og dermed øke bevisstheten rundt angsten (Almås mfl. 2013).

Mine funn viser at rehabiliterings program kan endre mestringsstrategier, redusere angst og depressive symptomer og øke bruken av aktive konfronterende mestrings strategier. Ingen legemidler har dokumentert effekt på overlevelses graden ved KOLS, men det er data som tyder på at rehabiliterings system kan bedre både overlevelse og funksjonsnivå.

Rehabiliterende trening forbedrer ikke lungefunksjon målt uti fra spirometri men forbedrer generell fysisk funksjon og utholdenhet (Wyller 2015).

Sykepleierens rolle i rehabilitering til personer med KOLS er både koordinering, tilrettelegging og støtte med fokus på å støtte den enkelte personen til å håndtere utfordringer som tung pust, lavt aktivitetsnivå, angst og sosial isolasjon (Angel og Aadal 2014).

I denne studien kommer det fram at det er manglende kunnskap hos personer med KOLS om sykdommen og symptomer. I Nasjonal faglig retningslinjer for KOLS står det at pasienten bør få informasjon om sykdommen, symptomer og medisiner. I tillegg bør de få informasjon og veiledning om mestring i daglige situasjoner og trening/pusteteknikker. Sykepleier har også ansvar for å henvise pasienter videre til for eksempel ergoterapeut eller fysioterapeut (Helsedirektoratet 2012). Mine funn viser at pasientenes muligheter for mestring blir styrket når de har deltatt på kurs. Studien av Bentsen mfl. støtter dette der deltakerne rapporterte mindre psykososiale konsekvenser relatert til sykdommen i etterkant av et opplæringsprogram. Deltakere som hadde sterk tro på egen mestring før oppstart av pasient opplæringsprogrammet fikk bedre helsestatus og høyere livskvalitet etter kurset (Bentsen mfl. 2009). Målet med opplæring, informasjon og veiledning til personer med KOLS er at det skal bidra til bedre forståelse av sin sykdom, behandling og utvikling i tillegg skal det bidra til egen mestring av sykdommen. Målet er at pasientene skal kunne mestringsteknikker, kunne gjennomføre behandlingsplan både i stabil fase og ved forverrelse og vite når de må søke helsehjelp (Helsedirektoratet 2012). Å ha et egnet veiledet selvhjelp program for KOLS pasienter med fokus på mestring, aktivitet og kunnskap viser seg å være til nytte. Dette bekreftes av studiene av Lindsay mfl. (2017) og Johnson Warrington mfl. (2016). Dem viser at deltakerne følte seg mer sikker på positiv effekt av medisiner, at god støtte var tilgjengelig, at dem var i stand til å arrangere livet for å mestre sykdommen, viste hvordan og når dem skulle lete etter hjelp. Her er det viktig at noen tar ansvar for denne opplæringen og oppfølgingen, her tenker jeg at AKS sykepleieren kan komme inn med sin spesial kompetanse og bidra med økt undervisning og veiledning i primær helsetjenesten.

Telemedisin viser seg å være til nytte i følge min studie, dette bekreftes av studien av Billington mfl. (2015), der resultatet viser at telefon kontakt ledet av avansert klinisk sykepleier forbedret betydelig helse status sammenlignet med vanlig oppfølging. Dette feltet er under utvikling, dette er en teknologi som kan tilrettelegge for oppfølging og veiledning for sykepleier til pasienter som har lang reisevei eller som et tidsbegrenset oppfølging etter utskrivelse (Helsedirektoratet 2012).

Kronisk sykdom og komorbiditet medfører depresjon som kan resultere i ytterlig isolasjon, at den gruppen føler seg trygg og har kjennskap til andre i lignende situasjon kan ha en stor betydning for at personen deltar på trening og sosiale aktiviteter. Sykepleier kan ha en rolle for å utveksle kontaktopplysninger og oppfordre personer til å hjelpe og støtte hverandre, som for eksempel med å danne nettverk under et rehabiliteringsforløp (Angel og Aadal 2014).

Når identitet og psykologisk tilstand utsettes for risiko og trussel oppleves sårbarhet, dette skjer som følge av opplevelse av fremmedgjøring eller mangel på kontroll (Brataas 2011). En intensjon med pasientsentrert sykepleie er å redusere pasientens sårbarhet i situasjoner og ivareta personens behov som individ. Det er viktig å møte personen som en helhet og ikke bare med fokus på sykdom. En avansert klinisk sykepleier kan gjennom en personsentrert sykepleie få en forståelse for personen som aktiv og likeverdig og ikke kun som en pasient. Personsentrert sykepleie kan bidra til å redusere pasientens sårbarhet i situasjonen som han befinner seg i og ivareta personens personlige behov. Person med langvarig sykdom som KOLS kan oppleve at livsverden er endret og fremmedgjort og kan også føle på en mangel på kontroll over egen situasjon. En essensiell faktor for å kunne utøve personsentrert sykepleie er relasjonen. Man må ha fokus på en person-person-relasjon og en samhandlingsrelasjon som har ett helsefremmende formål. Ved å ha ett personfokus kan man få kjennskap til pasienten som person, få kjennskap til hennes ressurser, kunnskap om personen som individ og sosial aktør. Man får også kjennskap til personens motivasjon, læringsstil og hvordan pasienten erfarer og takler pasientrollen. Det er viktig å bli kjent med pasienten slik den var før for å best mulig kunne hjelpe den i nåværende situasjonen (Brataas 2011).

Denne prosessen innebærer at pasienten erkjenner tap, krenkelse, sorg og sinne. Slik kan pasienten på nytt lære kroppen sin å kjenne og få mot til økt livsutfoldelse. Sykepleien må være fenomenologisk forankret, der hensikten med sykepleieomsorgen er nær knyttet til pasientens subjektive opplevelse av livsmot (Svenaesus 2011).

Det bør etableres en stor årvåkenhet i allmennheten, for etablering og implementering av planer for organisering av helsetjenester for KOLS både i primær – og spesialhelsetjenesten. Helsetjenester for denne gruppen bør være lett tilgjengelig, sammenhengende, helhetlig og tilpasset tjenestemottakers individuelle behov, evner, ønsker og levesett. Personalet som

skal følge opp disse pasientene bør ha en tilfredsstillende grunnutdanning. KOLS pasienter som har behov for langvarige og koordinerte helsetjenester skal få tilbud om individuell plan. Utvikling av nasjonale kvalitetsindikatorer for KOLS behandling er noe som burde vært sett fokus på. (Helsedirektoratet 2012).

Med økende aldre øker forekomsten av KOLS, økning av antall eldre vil føre til økende antall personer med KOLS. I 2012 var KOLS den tredje hyppigste dødsårsaken i Norge (Folkehelseinstitutt 2014). Jeg tenker det er veldig viktig å sette fokus på og prioritere denne pasient gruppen, spesielt i primær tjenesten. Med økende antall eldre med komplekse sammensatte behov er det min vurdering at det er viktig å øke kompetansen og få forankret en ny rolle som AKS kan være, en koordinerende og veiledende sykepleier i primær helsetjenesten.

6.0 Konklusjon

Restriksjoner som følge av KOLS sykdommen og ikke minst hovedsymptomet tungpust gjør at den pasient gruppen opplever sinne, frustrasjon, skam, håpløshet, angst og depresjon. Den onde sirkelen er det viktig å forsøke å bryte og det finnes flere mestringsstrategier som kan være til hjelp. Det er viktig å kartlegge individuelle behov og iverksette tiltak. Det er viktig at opplæring og oppfølging blir individuell og sett i system, dersom mange KOLS pasienter ikke har en strategi å forholde seg til. Det ble brukt både problemfokusert og følelsesfokuserede strategier, det er viktig å styrke pasienten til egenomsorg. Dem sitter ofte med fasiten på ting som funker for dem i sin sykdoms- og symptoms mestring. Det finnes også diverse tiltakspakker blant annet telefon oppfølging, selvhjelp strategier og rehabilitering med tett oppfølging av helsepersonell. Det er viktig at det er en koordinerende person i primærhelsetjenesten som kan ta ansvar for oppfølging og veiledning for disse pasientene. Jeg tenker at det vil være naturlig at en avansert klinisk sykepleier får den rollen i primær helsetjenesten, en sykepleier med dypere og bredere kunnskap en før. Men dette må forankres administrativt og det er viktig at behovet for en koordinerende rolle blir synliggjort fra sentralt hold. Det er viktig å se på pasienten i sin helhet og tilpasse bistand og faglig oppfølging etter behov, det er viktig å skape gode relasjoner med god kommunikasjon, lett tilgjengelighet og at pasientene føler at de kan stole på og være trygg på at de har noen å kontakte ved akutt behov eller hvis de lurer på noe. Å øke kunnskapen om sykdommen både blant pasientene men også i fagmiljøet generelt viser seg å være stort behov for. Det er viktig at det blir satt fokus på og forsket videre på hvordan pasientene mestrer sin sykdom og hvilken strategier hjelper til mestring. Dette er viktig å forske på uti fra pasient perspektivet, å samle informasjon og opplevelser om hva som er til nytte i både gode og dårlige perioder.

Referanseliste

Almås, Hallbjørg, Dag Gunnar Stubberud og Randi Grønseth. (2013). *Klinisk sykepleie 1*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Angel, Sanne og Lena Aadal. 2014. Rehabiliterende sygepleje. Fra begreb til klinisk praksis. København: Munksgaard Danmark.

Antonovsky, Aaron. (2012): *Helsens mysterium. Den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal.

Billington, Julia, Samatha Coster, Trevor Murrells og Ian Norman. Evaluation of a nurse-led educational telephone intervention to support self-management of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of chronic obstructive pulmonary disease*. 2015 (12) 395-403.

Bentsen Signe Berit, Tore Wentzel-Larsen, Anne Hildur Henriksen, Berit Rokne og Astrid Klopstad Wahl. 2009. "Self-efficacy as a predictor of improvement in health status and overall quality of life in pulmonary rehabilitation." *Elsevier Ireland*. 81 (1): 5-13.

Boeckxstaens Pauline, Marina Deregt, Piet Vandesype, Sara Willems, Guy Brusselle og An De Sutter. Chronic obstructive pulmonary disease and comorbidities through the eyes of the patient. *Chronic respiratory disease* 9 3 (2012): 183-191.

Brataas, Hildfrid. 2011. *Sykepleiepedagogisk praksis*. Oslo: Gyldendal.

Brien, Sarah B, George T Lewith, og Mike Thomas. Patient coping strategies in COPD across disease severity and quality of life: a qualitative study. *Npj Primary care respiratory medicine* (2016) 26

Cooney, Adeline, Lorraine Mee, Dymphna Casey, Kathy Murphy, Collette Kirwan, Eimear Burke, Yvonne Conway, Denise Healy, Brona Mooney og Jill Murphy. (2013). Life with chronic obstructive pulmonary disease: Striving for 'controlled co-existence'. *Journal of clinical nursing*. 22. 10.1111/j.1365-2702.2012.04285.x.

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk .

Den syvende Tromsøundersøkelsen (Tromsø 7) i 2015-2016

Drageset, Sigrun og Sidsel Ellingsen. 2009. Forståelse av kvantitativ helseforskning – en introduksjon og oversikt. *Nordisk Tidsskrift for helseforskning*, 5 (2): 100-113.

Drageset, Sigrun og Sidsel Ellingsen. 2008. Kvalitativ tilnærming i sykepleieforskning: en introduksjon og oversikt. *Norsk tidsskrift for sykepleieforskning*, 10(3): 23-39.

Eide, Solveig Botnen, Hans Herlof Grellans, Aslaug Kristiansen, Hans Inge Sævareid og Dag G. Aasland. 2013. *Fordi vi er mennesker*. Bergen: Fagbokforlaget.

Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research; interpretive data synthesis of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing*. 20(2).

Folkehelseinstituttet. (2014). Sammendrag. I C. Stoltenberg (Red.), *Folkehelse rapporten 2014 - Helsetilstanden i Norge* (Vol. 4, s. 9-14). Oslo: Folkehelseinstituttet.

Folkehelseinstituttet. 2018. Sjekkliste for vurdering av forskningsartikler.
<https://www.fhi.no/kk/oppsummert-forskning-for-helsetjenesten/sjekkliste-for-vurdering-av-forskingsartikler/>

Haejung, Lee, Ju Young Yoon, Inah Kim, Young-Hee Jeong. The effects of personal resources and coping strategies on depression and anxiety in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 2013 42 (6), 473 – 479

Helsedirektoratet. 2012. KOLS, nasjonal faglig retningslinje og veileder for forebygging, diagnostisering og oppfølging.
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/847/Nasjonal-faglig-retningslinje-og-veileder-for-forebygging-diagnostisering-og-oppfolging-IS-2029.pdf>
(Nedlastet 15.02.2018)

Helsedirektoratet. 2017. *Stress og mestring*. Lest 15.04.2018.
<https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/stress-og-mestring>

Helse- og omsorgsdepartementet, St.melding 47(2008-2009) Lokalisert på:
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-.html?id=567201>. (Nedlastet 01.02.2018).

Helse – og omsorgsdepartementet, Meld. St. 26 (2014–2015). Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. Tilgjengelig fra:
<https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/en-helhetlig-helse—og-omsorgstjeneste/id2410471/>. (Nedlastet 01.02.2018).

Helse – og omsorgsdepartementet, Meld. St.11 (2015-2016). Nasjonal Helse og sykehusplan.

Johnson-Warrington, Vicki, Karen Rees, Colin Gelder, Mike D. Morgan og Sally j. Singh. "Can supported self-management program for COPD upon hospital discharge reduce readmissions? A randomized controlled trial. *International journal of COPD*. 2016 (11) 1161-1169.

Lazarus R. (2006). Videnskabelige analyseniveauer. *Stress og følelser – en ny syntese*. Akademisk Forlag, Danmark

Lazarus Richard og Susan Folkman. 1984. *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company Inc.

Lindsay, Apps D, Samantha L. Harrison, Katy E. Mitchell, Johanna E.A. Williams, Nicky Hudson og Sally J. Singh. A qualitative study of patients' experiences of participating in SPACE for COPD. ERJ open research. 2017 (3).

Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring*. Oslo: Universitetsforlaget, 3. utg.

Nordeng, Hedvig og Olav Spigset. 2016. *Legemidler og bruken av dem*, 2. utg. Oslo: Gyldendal.

Nortvedt, Monica, Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt og Liv Merete Reiner (2007). *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk sykepleierforbund.

Nortvedt, Per. 2016. *Omtanke – en innføring i sykepleiens etikk*. Oslo: Gyldendal akademisk.

NSB. 2018. Register over vienskapelige publiseringskanaler.
<https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>

Nasjonal kunnskapsenter for helsetjenesten 2014.

Steffen, Simon T, Vera Weingärtner, Irene J Higgingson, Hamid Benalia, Marjolein Gysels, Fliss E.M. MURtagh, James Spicer, Philip Linde, Raymond Voltz og Claudia Bausewein. "I can breath again" Patients' self-management strategies for episodic breathlessness in advanced disease, derived from qualitative interviews. *Journal of pain and symptom management*. Volume 52, no 2 august 2016

Stoilkova, Ana, Daisy J A Janssen, Frits M E Franssen, Martijn A. Spruit and Emiel F. M. Wouters. "Coping styles in patients with COPD before and after pulmonary rehabilitation." *Respiratory medicine* 107 6 (2013): 825-33.

Svedsater, Henrik, June Roberts, Chloe Patel og Jake Macey Patel. "Life Impact and treatment preferences of individuals with asthma and chronic obstructive pulmonary disease". *Adv Ther* (2017) 34: 1466. <https://doi.org/10.1007/s12325-017-0557-0>

Svenaesus, Fredrik. 2011. *Sykdomens mening –og møte med det syke mennesket*. Oslo. Gyldendal Akademisk.

The World Health Organization Quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med* 1995;41:1403-9.

Vatnøy, Torunn K, Elin Thygesen og Bjørg Dale. Telemedicine to support coping resources in home-living patients diagnosed with chronic obstructive pulmonary disease: Patients' experiences. *Journal of telemedicine and telecare* (2017).

Weldam, Saskia, Jan-Willem J. Lammers, Rogier L. Decates og Marieke J. Schuurmans. "Daily activities and health-related quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease". *Health Qual Life Outcomes* (2013) 11: 190.

Willgoss, Thomas G., Abebaw M. Yohannes, Juliet Goldbart og Francis Fatoye. "Everything was spiraling out of control": experiences of anxiety in people with chronic obstructive pulmonary disease. *Heart Lung*. 2012; 41: 562–571

Wyller, Torgeir Bruun. 2015. *Geriatry*, 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.
Norsk Helseinformatikk. 2018. "Spirometri". Lest 18.04.2018
<https://nhi.no/sykdommer/lunger/undersokelser/spirometri/>

Vedlegg 1

Oversiktstabell i forhold til innhold og kvalitet i vurderte og inkluderte artikler

Forfattere År Land Tidsskrift	Tittel	Hensikt	Metode / Instrument	Deltagere / frafall	Hovedfunn	Etisk vurdering	Kvalitet
<ul style="list-style-type: none"> • Adeline Cooney Lorraine Mee Dympna Casey Kathy Murphy Collette Kirwan Eimear Burke Yvonne Conway Denise Healy Brona Mooney Jill Murphy PRINCE team <ul style="list-style-type: none"> • 2013 • England • Journal of clinical nursing 	Life with chronic obstructive pulmonary disease: striving for controllet co-existence	For å forstå hva KOLS sykdommen betyr for pasienten og dem sin respons til sykdommen.	Semi strukturerte intervju Kvalitativ forskning	26 personer med KOLS fra vest kysten av Irland	To hoved tema ble funnet "gjømme og kampe".	Godkjent av University research ethics commitee	God

<ul style="list-style-type: none"> • Steffen T. Simmons Vera Weingärtner Irene J. Higginson Hamid Benalia Marjolein Gysels FLiss E.M. Murtagh James Spicer Philipp Linde Raymond Voltz Claudia Bausewein • 2016 • Amerika • Journal of pain and symptom management 	<p>"I can breath again" Patients self management strategies for episodic breathlessness in advanced disease.</p>	<p>For å undersøke selvhjelp metoder hos KOLS pasienter i tungpust episoder.</p>	<p>I dybden intervju. Kvalitativ forskning.</p>	<p>51 der av 1 KOLS pasienter</p>	<p>Seks hoved metoder for mestring av episoder med tungpust</p>	<p>Godkjent av Joint university college London.</p>	<p>God</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Thomas G. Wilgoss • Abebaw M. Yohannes • Juliet Goldbart • Francis Fatoye • 2012 • England • Heart & Lung 	<p>"Everything was spiraling out of control" Experiences of anxiety in people with chronic obstructive pulmonary disease.</p>	<p>Å beskrive pasienter sine erfaringer med angst</p>	<p>Kvalitativ forskning. Intervju</p>	<p>14 KOLS pasienter i primær helsetjenesten.</p>	<p>Selv hjelp mestrings strategier kan være effektiv for å forebygge og mestre angst.</p>	<p>Godkjent av national research ethics service</p>	<p>God</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Sarah B. Brien George T. Lewith Mike Thomas • 2016 • England • Primary care respiratory medicine 	<p>Patient coping strategies in COPD across disease severity and quality of life: a qualitative study</p>	<p>For å undersøke og forstå varierende mestringsstrategier hos KOLS pasienter</p>	<p>Kvalitativ Semi strukturerte intervju</p>	<p>34 KOLS pasienter 3 intervju avsluttet tidligere pga dårlig generell tilstand</p>	<p>Færre en halvparten av deltakerne hadde klart å tilpasse seg forverrende helse og gjorde det beste ut av et liv med begrensninger.</p>	<p>Godkjent av East Midlands Research Ethics Committee</p>	<p>God</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Pauline Boeckxstaens Marina Deregt Piet Vandesyne Sara Willems Guy Brusselle An De Sutter • 2012 • Belgia • SAGE 	<p>Chronic obstructive pulmonary disease and comorbidities through the eyes of the patient</p>	<p>Undersøke pasientperspektivet av å ha KOLS og komorbiditet</p>	<p>I dyden intervju Kvalitativ forskning</p>	<p>Syv KOLS pasienter i Irland</p>	<p>KOLS pasienter integrerer sin sykdom og symptomer i livet som ofte leder til positiv oppfatning av sin situasjon</p>	<p>Godkjent av Etisk komitee ved Ghent University hospital</p>	<p>God</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Saskia WM Weldam 	<p>Daily activities and health-related quality of life in</p>	<p>For å forstå hvilken faktor andre</p>	<p>Tverrsnitt studie Kvantitativ</p>	<p>90 personer med KOLS – i</p>	<p>Mer tilstrekkelig og positiv oppfatning av</p>	<p>Godkjent av etisk komitee</p>	<p>God</p>

<p>Jan-Willem J Lammers Rogier L Decates Marieke J Schuurmans</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2013 • Nederland • Health and quality of life outcomes 	<p>patients with cronic obstructive pulmonary disease:</p>	<p>en fysisk funksjon er assosiert med daglige aktiviteter og helse relatert livs kvalitet.</p>		<p>primær helsetjenesten</p>	<p>sykdommen og mindre depresjon er assosiert med bedre helse relatert livskvalitet. Betydelig sammenheng mellom psykiske faktorer og daglige aktiviteter ble ikke funnet.</p>	<p>Hopital Utrecht. Alle deltakere leverte skriftlig samtykke.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Lee Haejung • Ju Young Yoon • Lim Yeonijung • Jun HeeYoung • Kim Sungmin • Yoo Younja • Kim Yunseong • Ahn Jong-Joon • Park Hye-Kyung • 2012 • Amerika • Heart & lung 	<p>The effects of personal resources and coping strategies on depression and anxiety in patients with cronic obstructive plmonary disease</p>	<p>Effekten av personlig ressurser på mestring strategier.</p>	<p>Tverrsnittstudie Kvantitativ</p>	<p>209 personer med KOLS, data er tatt ut fra større undersøkelse om symptom mestring hos KOLS pasienter.</p>	<p>Bedre kunnskap om sykdommen førte til mindre depresjon. Bedre mestringsevne hadde sammenheng med færre depresjon symptomer og mindre angst. Pasienter som opplevde at dem fikk mer sosial</p>	<p>Godkjent av etisk komitee Alle deltakere ga skriftlig samtykke.</p>	<p>God</p>

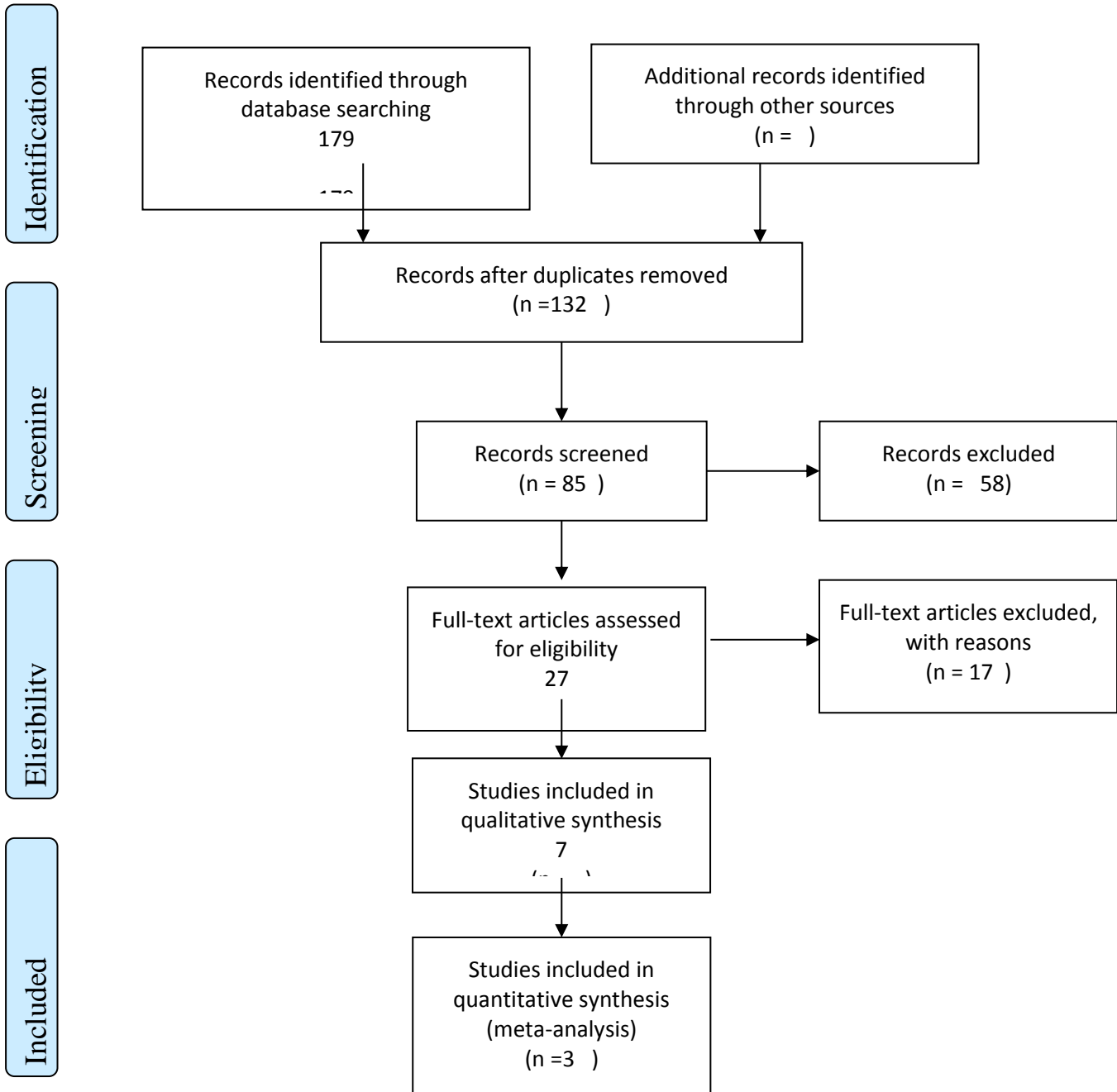
					støtte opplevde færre depressive symptomer ved bruk av problem orientert mestrings strategi.		
<ul style="list-style-type: none"> • Torunn K. Vatnøy • Elin Thygesen • Bjørg Dal • 2015 • Norge • Journal of telemedicine and telecare 	Telemedicine to support coping resources in home-living patients diagnosed with chronic obstructive disease: Patients' experiences	Hvordan KOLS pasienter opplever oppfølging igjennom telefon og hvordan den teknologien kunne hjelpe støtte og forbedre mestring ressursene og selvstendighet hos pasientene.	Individuellsemi strukturerte intervju. Kvalitativ	Ti personer med diagnosen KOLS	Deltakere opplevde telemedisin som forståelig og overkommelig og at den gir mening i daglig livet også at den bidrar til mindre stress.	Godkjent av Regional committee for medical research Norway og Norwegian social science data services	God
<ul style="list-style-type: none"> • Ana Stoilkova • Daisy J.A. Jansen • Frits M.E. Franssen 	Coping styles in patients with COPD before and after pulmonary rehabilitation	Finne ut om det ble endring i mestrings metoder hos	Kohort1 studie Kvantitativ	303 KOLS pasienter	Resultat tyder på at rehabiliterings program kan forandre		God

<p>Martijn A. Spruit Emiel F.M. Wouters</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2012 • Nederland • Respiratory medicine 		<p>KOLS pasienter etter fullført rehabiliterings program.</p>			<p>mestrings metoder os KOLS pasienter.</p>		
<ul style="list-style-type: none"> • Henrik Svedsater • June Roberts • Chloe Patel • Jake Macey • Emma Hilton • Lisa Bradshaw • 2017 • England • Advances in therapy 	<p>Life impact and treatment preferences of individuals with asthma and chronic obstructive pulmonary disease</p>	<p>Identifisere betingelses relatert byrde, livsvirkni, prioriteringer, behov som ikke er møtt og målet med behandling</p>	<p>Kvalitativ, focus gruppe intervju og individuell intervju.</p>	<p>72 pasienter, der av 33 personer med KOLS.</p>	<p>Pasienter med KOLS og astma opplever betydelig begrensninger i livs kvalitet. Og ofte fokuserer dem på disse begrensningene heller en sykdommen.</p>	<p>Godkjent av etisk kommitee in Helsinki. Skriftlig samtykke ble gitt fra alle deltakere</p>	<p>God</p>

Vedlegg 2 Flow diagram som viser utvelgelsesprosessen



PRISMA 2009 Flow Diagram



Vedlegg 3

Oversiktstabell i forhold til søkehistorikk

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstracts	Leste artikler	Inkluderte artikler
COPD or Chronic obstructive pulmonary disease	16.03.2018	ProQuest	217.443	0	0	0
Primary health care	16.03.2018	ProQuest	1.681.175	0	0	0
coping	16.03.2018	ProQuest	390.367	0	0	0
COPD or Chronic obstructive pulmonary disease Primary health care coping	16.03.2018	ProQuest	57	0	0	0
COPD or Chronic obstructive pulmonary disease Primary health care Coping Limit to anywhere except full text, 2012-2018. Peer reviewed, engelsk, dansk, svensk og norsk	16.03.2018	ProQuest	19	19	8	2
COPD or Chronic obstructive pulmonary disease	18.03.2018	Ovid Medline	33.337	0	0	0
Primary* Community*	18.03.2018	Ovid Medline	83.360	0	0	0
Coping*	18.03.2018	Ovid Medline	40.331	0	0	0
COPD or Chronic obstructive	18.03.2018	Ovid Medline	34	0	0	0

pulmonary disease Primary* Community* Coping*						
COPD or Chronic obstructive pulmonary disease Primary* Community* Coping* Limit to 2012-2018, engelsk, dansk, svensk og norsk	18.03.2018	Ovid Medline	22	22	8	5
COPD or Chronic obstructive pulmonary disease Patient Coping Limit to 2012-2018, engelsk, dansk, svensk og norsk	25. april	Ovid Medline	54	11	2	2
COPD or Chronic obstructive pulmonary disease	20.03.2018	Cinahl	13.564	0	0	0
Coping	20.03.2018	Cinahl	35.667	0	0	0
Primary health care	20.03.2018	Cinahl	42.667	0	0	0
COPD or Chronic obstructive pulmonary disease Coping Patient	20.03.2018	Cinahl	61	0	0	0

COPD or Chronic obstructive pulmonary disease Coping Patient Limit 2012-2018	20.03.2018	Cinahl	23	23	8	0
COPD or Chronic obstructive pulmonary disease	20.03.2018	Science direct	64.742	0	0	0
Coping	20.03.2018	Science direct	152.904	0	0	0
Primary health care	20.03.2018	Science direct	598.879	0	0	0
COPD or Chronic obstructive pulmonary disease Coping Primary health care Limit 2012-2018	20.03.2018	Science direct	10	10	1	1