



# Bacheloroppgave

**SAE00 Sykepleie**

**En hverdag med KOLS/ COPD in Daily Life**

**Ann Sofie Marceliussen Furu og Guro Elisabeth Sørdal**

**Totalt antall sider inkludert forsiden: 70**

**Kristiansund, 05.06.2014**



## 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"><li>• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.</li><li>• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.</li><li>• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.</li></ul>	<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. <a href="#">Universitets- og høgskoleloven</a> §§4-7 og 4-8 og <a href="#">Forskrift om eksamen</a> §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se <a href="#">Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens <a href="#">retningslinjer for behandling av saker om fusk</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av <a href="#">kilder og referanser på biblioteket sine nettsider</a>	<input checked="" type="checkbox"/>

# Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Marit Sandøy

## 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: 05.06.2014

Antall ord: 10956

## Forord

### Til kroppen min

Du tente meg trufast i alle våre år.  
Eg trur nok at eg baud deg levelege kår  
Og for det gav du rikelig vederlag  
- til du brått gjorde opprør en dag.

Du som før var slave er no tyrann  
Som styrer mitt liv med allmektig hand,  
men som enda viser mildskap og nåde i blant.  
Du unner meg ei god natt i natt, ikkje sant?

(Christophersen 2009, 137).

## **Sammendrag**

**Bakgrunn:** Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) er blitt ansett for å være den 4. ledende dødsårsaken i verden, og i Norge anslår man at det er 20 000 nye tilfeller hvert år. KOLS og andre kroniske sykdommer, utgjør dermed den største utfordringen for folkehelsen. Periodiske forandringer grunnet den inflammatoriske prosessen ved sykdommen, leder til variasjoner i symptombildet som påvirker store deler av personens liv.

**Hensikt:** Hensikten var å belyse hvordan KOLS virker inn på pasientenes hverdagsliv.

**Metode:** Litteraturstudie basert på 13 kvalitative vitenskapelige artikler.

**Resultat:** Pasienter med KOLS beskrev problemer med å ivareta egenomsorg, husrengjøring, matlaging og andre nødvendige aktiviteter som var viktige for å kunne bevare sin kroppslige integritet. Tap av yrkesposisjon og endringer vedrørende fysisk funksjon og kroppskontroll, fordret at pasientene fikk en ny livssituasjon og et endret kroppsbilde å forholde seg til.

**Konklusjon:** Ressurser til å utføre aktiviteter relatert til primære dagligdagse ADL funksjoner, var begrenset som følge av redusert fysisk kapasitet, bevegelighet og utholdenhet. Symptomvariasjoner, intensitet og pasientenes preferanser la også føringer for valg av aktivitet og forutsetningen for å utføre den. For å få bedre forståelse av KOLS pasienters individuelle behov og ressurser, er det nødvendig med kvalitativ forskning som belyser behov for rehabilitering, tilrettelegging og opprettholdelse av livskvalitet.

**Nøkkelord:** KOLS, pasient, hverdag, dagligliv, Activities of Daily living (ADL).

## **Abstract**

**Background:** Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) has been considered to be the 4th leading cause of death worldwide, and in Norway it is estimated that there are 20,000 new cases each year. COPD and other chronic diseases, are the greatest challenge to public health. Periodic changes due to the inflammatory process of the disease, leading to variations in the symptoms that affect many parts of the person`s life.

**Purpose:** The aim of this study was to investigate patients experience of COPD in daily life.

**Method:** Literature study based on 13 qualitative research articles.

**Results:** COPD leads to major challenges regarding the reduction of ADL function in everyday life. Patients with COPD described the difficulty to maintain self-care, housecleaning, cooking and other necessary activities that were important to preserve their bodily integrity. Loss of employment and position regarding physical function and body - control, required that patients received a new situation and a changed body image to relate to.

**Conclusion:** Resources to carry out activities related to everyday ADL functions were limited due to reduced physical capacity, flexibility and endurance. Symptom variations, intensity and patients' preferences, influenced the choice of activities and ways to perform it. For better understanding of COPD patient`s individual needs and resources, it is necessary to perform qualitative research that highlights the need for rehabilitation, facilitating and maintaining quality of life.

**Keywords:** COPD, patient, everyday, Daily Life, Activities of Daily Living (ADL).

## Innhold

<b>1.0</b>	<b>Innledning</b> .....	<b>1</b>
1.1	Hensikt.....	2
1.2	Problemstilling .....	2
<b>2.0</b>	<b>Bakgrunnsteori</b> .....	<b>3</b>
2.1	KOLS – Kronisk obstruktiv lungesykdom .....	3
2.2	Grunnleggende behov.....	4
2.3	Livet med kronisk sykdom .....	5
2.4	Mestring.....	6
<b>3.0</b>	<b>Metode</b> .....	<b>8</b>
3.1	Datainnsamling og litteratursøk .....	8
3.1.1	Inklusjonskriterier .....	9
3.1.2	Eksklusjonskriterier.....	9
3.1.3	PICO-skjema .....	9
3.1.4	Databasesøk.....	10
3.2	Kritisk vurdering .....	12
3.3	Etisk vurdering .....	13
3.4	Analyse.....	14
<b>4.0</b>	<b>Resultat</b> .....	<b>17</b>
4.1	Daglige gjøremål – «små ting, stor betydning!» .....	17
4.2	Velvære – «det lille ekstra, som betyr mye» .....	18
4.3	Energi – «mere giv!» .....	19
4.4	Aktiviteter – «Du ser jo så godt ut!» .....	21
<b>5.0</b>	<b>Diskusjon</b> .....	<b>22</b>
5.1	Metodediskusjon.....	22
5.1.1	Datainnsamling og litteratursøk .....	22
5.1.2	Kritisk vurdering og etisk godkjenning.....	23
5.1.3	Analyse.....	24
5.2	Resultatdiskusjon.....	25
5.2.1	«Constantly reminded of their bodies» .....	25
5.2.2	«Chewing is so tiring» .....	30
5.2.3	«The rule of the game is never to hurry» .....	33
<b>6.0</b>	<b>Konklusjon</b> .....	<b>36</b>
6.1	Konklusjon .....	36
6.2	Forslag til videre forskning .....	37
	<b>Referanseliste</b> .....	<b>38</b>

**Vedlegg 1: P-O-skjema**

**Vedlegg 2: Søkehistorikk**

**Vedlegg 3: Artikkelloversikt**

## 1.0 Innledning

Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) er den sykdommen som øker raskest på verdensbasis. Man anslår at bare i Norge, er det ca. 20 000 nye tilfeller av kols hvert år (Norges astma og allergiforbund 2014). Totalt viser beregninger at ca. 370 000 mennesker over 18 år har utviklet kols og av disse antar man at så mange som 280 000 ikke vet at de er syke. Flere går rundt med symptomer, besvær og redusert livskvalitet og denne underdiagnostikken skyldes helsepersonellens ufarliggjøring av pasientenes symptomer (Helsedirektoratet 2012). Verdens helseorganisasjon anser sykdommen for å være den 4. ledende dødsårsaken i verden (Norges astma og allergiforbund 2014) og i Norge er kroniske sykdommer generelt den største utfordringen for folkehelsen (Folkehelseinstituttet 2013).

Likevel har prognosene for KOLS i de senere år forbedret seg. Dette skaper da nye utfordringer ved at personer med denne lidelsen vil leve lengre med sin kroniske sykdom, samtidig med en økt forekomst av tilleggs-sykdommer og redusert fysisk kapasitet (Almagro og Castro 2013). På grunn av bedre behandlingstilbud og fokus på helsefremmende og forebyggende arbeid, vil økt levealder og flere eldre i befolkningen generelt, føre til at andelen som lever med kroniske lidelser blir større (Helse- og omsorgsdepartementet 2012).

På grunn av egen interesse for diagnosen KOLS og at vi møtte flere pasienter med denne diagnosen i praksis, ville vi forske mere på konsekvenser av denne sykdommen.

Derfor har vi valgt pasientperspektivet som hovedfokus i denne litteraturstudien. Individuer som lever med en langvarig sykdom, uttaler at sykdommen ikke bare rammer kroppens organer eller dens funksjoner, men også har konsekvenser for livet som helhet (Heggdal 2008). Vissheten om at kolspasienter vil kreve store helseressurser og at behovene vil øke med alvorlighetsgrad og alder, fordrer at helsevesenet har innsikt, forståelse og kunnskap om denne pasientgruppens utfordringer (Andenæs 2007).



### ***1.1 Hensikt***

Hensikten var å belyse hvordan KOLS virker inn på pasientenes hverdagsliv

### ***1.2 Problemstilling***

Hvordan opplever KOLS pasienter at sykdommen påvirker de daglige aktivitetene i hverdagen?

## 2.0 Bakgrunnsteori

### 2.1 KOLS – Kronisk obstruktiv lungesykdom

Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) er en progressiv og irreversibel sykdom og er hovedsakelig en kombinasjon av tilstandene kronisk bronkitt og emfysem. Sykdommen karakteriseres ved tiltagende luftveisobstruksjon, samt tilhørende økt luftveismotstand som er mest fremtredende i ekspirasjonsfasen (Almås, Bakkeland, Thorsen og Sorknæs 2011).

På grunn av sykdommens art, vil symptomene være tilnærmet vedvarende og uforandret. Ved periodiske forandringer grunnet en forverring av tilstanden (eksaserbasjon), tilskrives dette den inflammatoriske prosessen i bronkiene som er til stede hele tiden, men som varierer i intensitet (Lopez – Campos et al. 2013).

Årsakene til KOLS er mange og sammensatte. Den viktigste årsaken er røyking, men arv, miljø og yrkesmessig eksponering er også en del av sykdomsbildet.

Det viktigste man selv kan gjøre hvis man har fått diagnosen kols, er å slutte å røyke for de av pasientene dette måtte gjelde. Andre tiltak kan være symptomatisk - og/eller medisinsk behandling, eller fjerne alle disponerende forhold av betydning for sykdommen eller sykdomsforverring (Jacobsen, Kjeldsen, Ingvaldsen, Buanes og Røise 2012).

Symptomene vil variere noe avhengig av i hvilken grad sykdommen gjør seg gjeldende, men morgenhoste med ekspektorat er vanlig, samt pipelyd ved ekspirasjon og åndenød (Jacobsen et al. 2012). Dyspne er det medisinske uttrykket for åndenød (Skaug 2011).

I følge Lopez-Campos et.al (2013), må man se symptomet i sammenheng med sykdommens alvorlighetsgrad og det vil derfor være individuelle forskjeller i opplevelsen av fenomenet. Beskrivelser av åndenød fra pasienter er blant annet å være kortpustet, ikke få nok luft og å være tett i brystet. Emosjonelle utløsere som sinne og opphisselse, værforhold, temperatur og tid på døgnet har også innvirkning på graden av åndenød. Uavhengig av dette, kan trivielle aktiviteter som det å le, hoste og å spise, være faktorer som utløser eller forverrer pustebeviset (Skaug 2011).

## 2.2 *Grunnleggende behov*

Aktivitet er et grunnleggende behov i menneskers liv. Som frisk tenker vi nok ikke så mye over hvor aktive vi er fra dag til dag, dette blir først fokus når en til flere funksjoner reduseres eller mistes. Ved helseproblemer eller sykdom som reduserer funksjonsnivået og den fysiske kapasiteten, vil det kunne påvirke mulighetene for å utføre daglige aktiviteter. Daglige aktiviteter, er de praktiske gjøremålene og handlingene vi utfører for å opprettholde en god helse, velvære og funksjoner i og utenfor hjemmet.

Dagliglivets aktiviteter deles gjerne opp i ADL (Activities of Daily Living) og IADL (Instrumental Activities of Daily Living), som omfatter ulike funksjoner vi utfører i hverdagen for å ivareta oss selv (Lerdal og Grov 2011). «Activity of Daily Living» (ADL) er et engelsk begrep og tilsvarer uttrykket egenomsorg på norsk. Egenomsorg innebærer for eksempel det å komme seg inn og ut av seng, vaske seg, påkledning, klare seg på toalettet og det å spise. «Instrumental Activities of Daily Living» (IADL) er det engelske begrepet for husholdningsfunksjoner som omfatter det å kunne bo alene, lage mat, handle, betale regninger, vaske hus og klær og ha kontroll på medisiner osv. (Romøren 2010). ADL vil i denne oppgaven være en samlebetegnelse for disse begrepene.

Gjøremål i hverdagen krever energi og det forutsetter aktivitet. Når man er syk, kreves det mer energi for å få utført dagligdagse oppgaver som tidligere ble gjort automatisk. Begrensninger for å kunne være aktiv kan få konsekvenser for livskvaliteten og livsutfoldelsen, og påvirker evnen til å delta og yte i både yrkesliv og på hjemmefronten. I tillegg til sykdom påvirker både personlighet, motivasjon og utdanning aktivitet, og menneskers velvære og livskvalitet påvirkes av om en klarer dagliglivets aktiviteter selv eller om man trenger hjelp (Lerdal og Grov 2011).

Et annet grunnleggende behov er kosthold og ernæring, og det er av vesentlig betydning for opprettholdelse eller forbedring av fysisk funksjon, samt reduksjon av sykdom eller sykdomsforverring. Et normalt og riktig sammensatt kosthold, er en forutsetning for tilhelingsprosessen ved sykdom. En betingelse for å oppnå adekvat ernæringsstatus, er at de ulike ernæringskomponentene inntas i tilstrekkelig og balansert mengde.

Basalstoffskiftet er den energiomsetningen kroppen trenger når den er i hvile og vil avta etter hvert som kroppen eldes. For pasienter med kols, er det ofte i forbindelse med

sykdomsforverring (eksaserbasjon) og infeksjoner at matinntaket reduseres og energiforbruket overskrider energiinntaket. Dette skjer uavhengig av den generelle aldringsprosessen. Økt basalstoffskifte på grunn av hurtigere respirasjon og mangel på oksygen, fører i mange tilfeller til et betydelig vekttap hos denne pasientgruppen. Dette genererer økt mottakelighet for infeksjoner på grunn av nedsatt immunforsvar (Sortland 2011).

Uansett sykdom er også tilstrekkelig ernæring et sentralt moment for å bevare muskelfunksjonen. Når ernæringsstatusen blir mangelfull, vil det både føre til tap av vekt og muskelmasse. Skjelettmuskulaturen, hjertemuskelen og respirasjonsmusklene vil da svekkes. Vedvarer dette over lengre tid, vil det gi problemer som nedsatt mobilitet, nedsatt hostekraft og redusert sirkulasjon. En reduksjon av muskelmassen, vil også føre til utmattelse, slik at pasienten føler seg trett og slapp (Sjøen og Thoresen 2008). Av de grunnleggende behov, er kost og ernæring avgjørende for vår eksistens. Dermed vil også dette behovet være en sentral regulator av sykdomstilstanden (Almås 2011).

### **2.3 *Livet med kronisk sykdom***

Kronisk sykdom griper inn i ulike aspekter i det daglige liv og setter i så måte dermed nye betingelser for livsutfoldelse. Både opplevelsen og forløpet til sykdommen avhenger av flere faktorer som det er vanskelig å få full oversikt over (Kristoffersen 2011).

Kronisk sykdom griper inn i menneskers liv på en helt annen måte enn akutte sykdommer. Helse og livskvalitet er begreper som vanskelig lar seg definere. Sett i relasjon til å leve med kronisk sykdom, vil helse være sentral i forhold til det å oppleve livskvalitet. Livskvalitet på sin side, kan dreie seg om fysiske og eksistensielle aspekter ved menneskets erfaringer (Wahl og Hanestad 2007).

Det å være kronisk syk, innebærer å leve med en uvisshet knyttet til tap av kroppskontroll og trygghet. Lidelsen fører til at ens kropp reagerer på en annen måte enn før. Den blir uforutsigbar. Den blir fremmed. Den naturlige kontrollen med viktige funksjoner reduseres gradvis eller blir borte. Kroppen blir en fiende som hindrer livsutfoldelse. Slik kan mobilitet og immobilitet relateres til tap av bevegelsesfrihet. Mobilitet blir i så måte lik evnen til å være i fri bevegelse. En berøvelse av denne funksjonen har konsekvenser for

mange områder i livet og endringen er både en belastning og en utfordring (Heggdal 2008).

Vedrørende kroniske sykdommer, er tretthet det symptomet som ansees for å være det mest funksjonsbegrensende. Det gjør seg gjeldene i ulike deler av en persons liv. Arbeidskapasitet, sosiale sammenhenger, håndtering av sykdommen og de daglige aktiviteter er noen av områdene som blir berørt (Frank 2013). Trettheten fører i mange tilfeller til kraftløshet, mangel på energi, apati og i noen tilfeller depresjon og konsentrasjonsproblemer. Ikke sjelden oppleves denne formen for tretthet som invalidiserende fordi personen aldri føler seg uthvilt og som hindrer vedkommende i å leve et godt liv (Bastøe og Frantsen 2011). Tretthet kan variere fra dag til dag og mellom ulike tidspunkter på dagen. Våre forventninger eller forestillinger om hva vi burde ha klart, eller hva som oppleves som realistisk å klare, blir dermed en tilleggsbelastning som følger av den slitasjen kronisk sykdom medfører (Frank 2013).

Når slike grunnleggende verdier trues ved for eksempel sykdom, vil de fleste forbinde det med en sterk opplevelse av trussel. Å leve med kronisk sykdom, kan forårsake en sterk opplevelse av trussel dersom konsekvensene av den på kort eller lang sikt vil gjøre det vanskelig å leve livet sitt som før. Idealet er å være selvstendig og uavhengig, samt føle å ha kontroll over livet og tilværelsen (Kristoffersen 2011).

## **2.4 Mestring**

Noen mennesker har en indre drivkraft til å håndtere livets påkjenninger, mens andre tenderer til å bukke under når opplevelsen av en situasjon truer ens velvære. En viktig faktor i denne sammenhengen er opplevelsen av stress og graden av denne synes å øke, jo mer sentrale behovene eller verdiene er (Kristoffersen 2011).

Lazarus og Folkmann definerer stress som:

(...) kontinuerlig skiftende kognitive og atferdsmessige bestrebelser på å mestre spesifikke indre og/eller ytre krav, som etter personens oppfatning tærer på eller overstiger hans ressurser (Kristoffersen 2011, 144).

Mennesket benytter seg av ulike mestringsstrategier for å bevare sin kroppslige integritet og sitt selvbilde ved sviktende helse. Følelsen av og opprettholdelse av personlig kontroll overfor det man blir konfrontert med er essensielt og genererer ulike typer adferd når ressurser settes på prøve. I følge Lazarus og Folkman`s teori i Kristoffersen (2011), gjør dette seg gjeldende ved at oppfatningen av en gitt situasjon alltid er subjektiv. Ved forsøk på å mestre en hendelse, kan en anvende ~~en~~ ulike mestringsmåter som enten er hensiktsmessig, uhensiktsmessig eller lite egnet. Hvordan en person vurderer hendelsen, er avgjørende for om hendelsen oppfattes som belastende relatert til tap, trussel eller utfordring. En situasjon kan bli vurdert som tap, når endringer har medført tap av noe betydningsfullt og viktig for vedkommende. Som for eksempel tap av funksjoner som følge av skade eller sykdom.

Når en situasjon oppleves som en utfordring, vil tilnærmingen til nevnte hendelse bero på at personen mener å ha evner, utholdenhet og ferdigheter som skal til for å mestre situasjonen. Dette selv om opplevelsen er vanskelig og problematisk, samt at den står i veien for realisering av viktige verdier og behov. Valg av strategi vil være nært knyttet til menneskets personlighet og preferanser. I følge Kristoffersen (2011) opererer Lazarus med to ulike mestringsstrategier. Problemorientert mestring, er bruk av direkte og aktive strategier der personen selv mener å være i besittelse av evnen til å håndtere situasjonen. Strategien innebærer også fragmenter av affektbearbeiding som er av vesentlig betydning ved situasjoner som ikke er foranderlige. I motsetning til dette, vil en emosjonelt rettet strategi innebære å forandre meningsinnholdet i en situasjon, for på den måten å endre opplevelsen av en hendelse. På mange måter er denne strategien en nødvendighet i møte med kronisk sykdom, men kan i enkelte tilfeller betraktes som et forsøk på å unngå et problem eller ubehag. I det lange løp kan en slik strategi være uforenelig med å opprettholde en normal funksjon. Som nevnt, er valg av strategi høyst individuell og basert på en persons tidligere erfaringer.

Resiliens er også et viktig begrep i denne sammenhengen. Det er prosessorientert og tar utgangspunkt i mennesket som en medvirkende faktor til opplevelse av god helse. I vanskelige situasjoner, har vi mulighet til å foreta valg ved blant annet å ta initiativ selv og/eller ved hjelp av andre. Slik kan man forsøke å mestre situasjonen og denne typen atferd benevnes som positiv mestring (Kristoffersen 2011).

### **3.0 Metode**

En metode sier noe om hvordan vi skal gå frem for å skaffe og etterprøve kunnskap. Metoden som er valgt skal kunne etterprøves og kontrolleres (Dalland 2012).

I litteraturstudien vår, var vi ute etter å innhente kvalitative data som kunne svare på vår hensikt og problemstilling. (Nordtvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim og Reinar 2012). I følge Forsberg og Wengstrøm (2008) er et litteraturstudie søking etter studier av god kvalitet, innen et valgt tema. Det er en forutsetning at det er nok forskning av god kvalitet på det området en ønsker å skrive om, slik at en får et godt utgangspunkt for prosessen videre. I de påfølgende underpunkt vil vi presentere metoden for oppgaven vår.

#### **3.1 *Datainnsamling og litteratursøk***

Det er et krav om etterprøvbarhet av studien og derfor skulle metoden vi brukte være så nøyaktig beskrevet at andre kan utføre alle fasene i forskningsprosessen vår etter oss (Dalland 2012). Litteraturstudien skal fremstå troverdig og vise til kritisk vurdering i prosessen (Nordtvedt et al. 2012).

For å få en god søkestrategi startet vi med å lese i relevant teori og innhentet mer kunnskap om temaet vi valgte. Vi startet med å søke opp oversiktsartikler (review) som inneholder en oversikt av publiserte studier med temaet i oppgaven for å finne ut hvor mye forskning som omhandlet temaet til litteraturstudien. Vi foretok prøvesøk hver for oss og sammen for å finne ut om det var forskning på området og utførte prøvesøk i ulike databaser (Nordtvedt et al. 2012). Prøvesøkene viste at Ovid MEDLINE gav flest treff til vår hensikt. Vi fikk veiledning av bibliotekar ved Høgskolen i Molde til databasesøk og til å utvikle et PICO-skjema med søkeord i forhold til vår hensikt. Søkeordene ble nøye vurdert opp mot litteraturstudiens hensikt og problemstilling. Deltakergruppen og fenomenet vi ville undersøke gjorde at vi brukte kun P og O i PICO-skjemaet (Nordtvedt et al. 2012).

### **3.1.1 Inklusjonskriterier**

- Kvalitative artikler
- Pasientperspektiv
- Kvinner og menn
- Alle aldre
- Alle grader av KOLS
- Deltakere fra hjemmet, kommunal- og spesialisthelsetjenesten
- Vitenskapelig publiseringsnivå 1 eller 2
- Språk; engelsk, norsk, svensk og dansk

### **3.1.2 Eksklusjonskriterier**

- Artikler eldre enn 6 år
- Kvantitative artikler
- Andre perspektiv
- Psykososiale utfordringer

### **3.1.3 PICO-skjema**

Vi brukte P og O i PICO-skjemaet da vi mente dette var dekkende for vår hensikt og problemstilling. P står for population/problem og gjelder hvilken type pasient eller pasientgruppe vi ville undersøke. O står for outcome/utfall av hvilket fenomen vi er interessert, f.eks. hvordan det oppleves eller hvordan det er å leve slik. Vi var ikke ute etter tiltak eller sammenligning av tiltak, derfor brukte vi ikke «intervention» og «comparison» (Nordtvedt et al. 2012).

#### **P (patients, population, problem)**

Personene vi ønsket å undersøke var kvinner og menn med alle grader av KOLS (kronisk obstruktiv lungesykdom) i alle aldre. Vi brukte søkeordene «COPD\*», «pulmonary disease, Chronic obstructive», «Lung diseases, Obstructive» og «Pulmonary Emphysema», «Patient\*», «Patient preference».



## **O (outcome)**

Vi var ute etter å finne ut hvordan KOLS pasienter opplevde at sykdommen påvirket de daglige aktivitetene i hverdagen. Vi kom frem til søkeordene «everyday\*», «Daily life» og «Activities of Daily Living».

### **3.1.4 Databasesøk**

I søk etter vitenskapelige artikler brukte vi avanserte søk og la inn begrensninger i databasene. PO-skjemaet (vedlegg 1) ville gi et avgrenset søk, men for å avgrense søket enda mere brukte vi avansert søk og la inn additional limits (ekstra grenser) med årstall (2007 – current (nåtid) og 2008 - current (nåtid)) og Qualitative (Best balance of sensitivity and specificity) (Kvalitativ forskning). Vi søkte etter kvalitative studier for å best få frem KOLS-pasientenes egne erfaringer og opplevelser (Nordtvedt et al. 2012). Vi la også inn begrensninger på språk, men kun i et av søkene, siden databasene vi brukte kun hadde engelskspråklige artikler.

For å kombinere de ulike søketermene i databasen brukte vi de boolske søkeoperatørene «AND» og «OR». «AND» avgrenser søket ved at det kun gir treff på studier som inneholder begge søkeordene, som for eksempel copd\* AND «everyday\*». «OR» utvider søket ved å gi treff på studier som inneholder enten det ene eller det andre søkeordet som for eksempel copd\* OR Pulmonary disease, Chronic Obstructive OR Lung Diseases, Obstructive. «AND» gir i hovedsak et smalere resultat og «OR» et bredere resultat (Nordtvedt et al. 2012).

Ved å bruke trunkering kan man få et videre søk, der man kan få treff på flere varianter av ordet, ved at man skriver begynnelsen av ordet og legger til en \* i enden av ordet (Nordtvedt et al. 2012). Dette brukte vi på søkeordene «copd\*», «everyday\*» og «patient\*».

Ved å bruke MeSH-termer (Medical Subject Headings) fikk vi synonymer av søkeordet, noe som også gir flere treff. Vi benyttet oss av MeSH-termene ved at vi skrev ned synonymene vi fant under prøvesøkene og inkluderte disse i søket, slik som for eksempel

søkeordene;» Activities of Daily Living» og «daily life». Det var også en automatisk søkemotor i databasene når vi valgte «Advanced search» som kom med forslag til synonymord som vi kunne hake av, noe vi gjorde på flere søkeord (Nordtvedt et al. 2012).

Når hvert søk var ferdig undersøkte vi alle treff og leste alle overskriftene på artiklene. Av erfaring vet vi at overskriftene kan være misvisende i forhold til artiklens innhold, så vi leste sammendrag til nærmest alle treff (Nordtvedt et al. 2012). Etter noen søk hadde vi i alt 36 artikler til vurdering. For å få bedre oversikt førte vi 18 av artiklene vi mente var mest relevante for vår litteraturstudie og hensikt, inn i tabell utarbeidet av Høgskolen i Molde (2013). Vi tok de resterende 18 artiklene til ny vurdering. Etter nøye gjennomgang, først hver for oss og deretter sammen, inkluderte vi 10 av de 18 tabellførte artiklene. Etter gjennomgang av artiklene som lå til vurdering inkluderte vi 1 av dem. I etterkant inkluderte vi også 2 av artiklene som vi hadde fra tidligere søk, fra første hensikt da de viste seg å være veldig relevant også for den nye hensikten og problemstillingen.

### 3.2 *Kritisk vurdering*

Litteratursøket vårt har gitt oss 13 gode kvalitative, vitenskapelige artikler som alle er etisk godkjent og vurdert til å være høyst relevant og aktuell for vår hensikt og problemstilling, både på bakgrunn av hensikt, metode og resultat. 12 av artiklene var fra de siste fem årene, og en av artiklene var fra 2007, men ble inkludert på grunn av sin relevans for litteraturstudien.

Artiklene skal være originale og refereevurdert (Høgskolen i Molde 2013). Alle våre inkluderte artikler er vitenskapelige artikler (vedlegg 3), som vi har funnet etter søk i de anbefalte databasene (Nordtvedt et al. 2012).

Det er et utall av artikler i tidsskriftene og dette betyr at man kan finne mye dårlig studier og artikler selv i de velrenommerte tidsskriftene. Derfor er det viktig å ha kunnskap om å vurdere artiklenes gyldighet, metodiske kvalitet, resultater og overførbarhet (Nordtvedt et al. 2012). Alle artiklene ble kritisk vurdert i fellesskap, ved hjelp av sjekklister for kvalitetsvurdering, utarbeidet av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2006). Vi brukte sjekklister som passet artiklenes design, sjekket om artiklene hadde IMRAD-struktur og om det hadde et sammendrag innledningsvis, som de fleste vitenskapelige artiklene er bygd opp etter. Vi stilte også de to anbefalte screeningspørsmålene hvor en raskt kan vurdere om en artikkel var noe for oss; 1. om designet som er benyttet er velegnet til å besvare problemstillingen, og 2. om vi kan stole på resultatene, ved å gå gjennom metoddelen og se om det er beskrevet utvalg, datasamling, målemetoder og analyse. Hovedfunnene skal komme klart frem, noe vi syntes at det gjorde i alle våre inkluderte artikler (Nordtvedt et al. 2012).

Ved hjelp av NSD (Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste 2014), en database for statistikk for høyere utdanning, kan man finne ut hvilket nivå (nivå 1 eller 2, der 2 er best) artiklene har ved å søke opp tidsskriftet som artiklene er publisert i eller taste inn ISSN nummer tidsskriftet har. Alle våre 13 artikler er vurdert til å være gode vitenskapelige studier og de er publisert i tidsskrifter med nivå 1 og 2. 9 av artiklene var publisert i tidsskrift med nivå 1 og 4 av artiklene i nivå 2.

Alle artiklene var på engelsk, og var fra land på verdensbasis: 2 artikler fra stater i USA, 3 artikler var svenske, 2 artikler var nederlandske, 2 var engelske, 1 var fra Italia, 1 fra Tyrkia, 1 fra Australia og en artikkel var en tverrsnittstudie fra Europa som inkluderte 17 land.

### **3.3 Etisk vurdering**

Helsinkideklarasjonen bygger på Nürnbergkodeksen fra 1946 der man tok et oppgjør med all den uetiske forskningen som foregikk under andre verdenskrig. Dette oppgjøret ble viktig for all helsefaglig og medisinsk forskning i ettertid. Helsinkideklarasjonen består av retningslinjer for forskning av mennesker, der hensynet til enkeltindividet alltid skal tas før hensynet til samfunns- og eller forskningsnytt. Krav om informert og frivillig samtykke er i dag derfor blitt et ufravikelig etisk forskningsprinsipp og viktig for helsepersonell å kjenne til (Brinchmann 2005).

Vi var opptatt av at vår litteraturstudie skulle bygge på disse etiske prinsippene og etiske prinsipp om at mennesket skal få beholde sin verdighet og autonomi. Vi har vurdert artiklene nøye for å sikre at studiene har ivaretatt deltakernes verdighet, at data er blitt behandlet konfidensielt, og at taushetsplikten er blitt overholdt.

Alle artiklene er vitenskapelige studier, publisert i velkjente tidsskrift (vedlegg 3). De fleste studiene har beskrevet at de har etisk godkjenning fra etisk komite, og alle har beskrevet at de har informert deltakerne skriftlig og muntlig og innhentet samtykke fra pasientene.

Det er etiske regler for hvordan innhentet data skal behandles, oppbevares og brukes. Taushetsplikten skal ivareta deltakerne og innhentet data skal anonymiseres (Dalland 2012). Alle studiene ble vurdert til å ha overholdt de etiske prinsipp der innhentet data var anonymis

### 3.4 *Analyse*

Til det systematiske analysearbeidet brukte vi den anbefalte artikkelen til Evans (2002). Der beskriver han i 4 faser hvordan man går frem i analysearbeidet, systematisk og grundig;

I 1. fase foregår innsamlingen av data som skal analyseres (Evans 2002). I vår datainnsamling med påfølgende kvalitetsvurdering, inklusjons- og eksklusjonskriterier ble 13 artikler inkludert i litteraturstudien. Begge to leste gjennom alle artiklene med sammendrag, hensikt, metode og resultat. Artiklene ble nummerert fra 1 til 13 uavhengig av relevans.

I 2. fase skal man ifølge Evans (2002) identifisere funnene i hver artikkel. Vi skrev ut 2 eksemplar av hver artikkel, slik at vi hele tiden hadde samme materiale og samme mulighet til å sette oss inn i hver enkelt artikkel. For at vi ikke skulle overse eventuelle viktige funn, skrev begge ned resultatene hver for oss først og deretter sammenlignet vi. Vi hadde hovedfokus på resultatdelen, og vi skrev ned funn fra hver artikkel som vi mente kunne være relevant for litteraturstudiens hensikt og problemstilling. Funnene ble deretter fargekodet. Resultatene ble oversatt fra engelsk til norsk underveis i prosessen, men ble også scannet i avslutningsfasen og deretter oversatt i sin helhet til norsk.

I 3. fase identifiseres tema og undertema som skal kategoriseres. Funnene sammenlignes på tvers av studiene, vurderes og man skal finne gyldighet. (Evans 2002).

I denne fasen gikk vi gjennom funn som begge to hadde registrert for å kvalitetssikre hverandres arbeid. Artiklene ble nummerert på nytt, uavhengig av relevans, og ble ført inn i tabell (vedlegg 3) med informasjon om artikkelnummer, forfattere, år, land, tidsskrift, tittel, hensikt, metode, deltakere, resultat, kvalitet og etisk vurdering. Det ble gjort en ny runde med sammenligning av resultater på tvers av studiene med fargekoder som tilhørte de enkelte funnene. Resultatene ble derfor gjennomgått enda flere ganger. Dette gjorde at vi sikret å overse eventuelle viktige funn og vi kunne inkludere de mest relevante og aktuelle artiklene for vår hensikt og problemstilling (Nordtvedt et al. 2012).

Vi kvalitetssikret funnene ved å skrive opp hvor mange like funn de ulike artiklene hadde.

I 4. og siste fase av analysen skal empiriet beskrives ved å formulere tema med henvisning til innhentet data (Evans 2002). Vårt resultat gav til sammen 24 konkrete funn underlagt 4 hovedtema (Figur 1). Hvert hovedtema omfattet funn som viste at de gikk igjen i flere av artiklene. Hovedtemaene er presentert i sin helhet i resultatdelen i litteraturstudien (Figur 1).

**FIGUR 1.**

# KOLS og opplevelser av ADL

## 4 HOVEDTEMA:

### DAGLIGE GJØREMÅL

- Generelt husarbeid
- Støvsuging
- Rengjøring
- Ta inn og ut av vaskemaskin
- vaske vindu

### VELVÆRE

- Vaske seg
- tørke seg
- Dusje
- bade
- vaske hår
- tørke hår
- Kle på seg
- Kroppsposisjoner

### ERNÆRING

- Handle mat
- Matlaging
- Tyggespiseproblem
- Adekvat ernæring

### MOSJON

- Sport, trening
- Gåturer
- Hagearbeid
- Tunge løft
- Hobby
- Gå i trapper

## 4.0 Resultat

### 4.1 *Daglige gjøremål – «små ting, stor betydning!»*

Deltakerne hadde i flere studier problemer med å utføre tungt husarbeid, som blant annet innbefattet støvsuging (Avsar og Kasikci 2011, Dickenson 2009, Lindqvist og Hallberg 2010 og Kessler et al. 2010). Ved lettere rengjøring av huset, var det også personer som syntes at dette ble for krevende. Bekymring angående å miste sin uavhengighet var relatert til at de ikke greide å utføre oppgaver som var nødvendige i det daglige livet (Lindqvist og Hallberg 2010, Lahaije et al. 2010, Williams et al. 2010 og Wortz et al. 2012). En av pasientene, beskrev opplevelsen av å ikke kunne utføre en dagligdags oppgave slik:

The vacuum cleaner de-winded me; sweeping is just as bad. I can't bend over... I can't raise my arms up or I lose my air, so I'm just really a helpless person (Wortz et al. 2012, 388).

I en av studiene, fremkalte støvsuging åndenød hos 14 av 21 pasienter. Daglige gjøremål som å sette på en vaskemaskin med klær, fordret utfordring når klærne skulle puttes inn i og tas ut av maskina. Vindusvask var også rapportert som et problem hos enkelte av deltakerne (Lahaije et al. 2010). Kombinasjonen av forefallende oppgaver i hjemmet, måtte deles opp og gjøres sporadisk gjennom uken. En av deltakerne sa han tidligere hadde brukt å henge opp klær på snoren ute, for så å gå inn igjen å begynne å støvsuge og ellers gjøre småting rundt i huset. Nå greide han ikke å gjøre mer enn et par tinger i løpet av en dag (Gullick og Stainton 2007).

Hovedårsaken til at pasientene så seg tvunget til å avslutte ADL aktivitet, var opplevelsen av åndenød. 7 av pasientene klagde også på økt tretthet i armer og bein. Deltakerne fant denne opplevelsen plagsom og ubehagelig (Lahaije et al. 2010). Tretthet og åndenød ble også beskrevet i andre studier som begrensende på valg av aktivitet og forutsetningen for å klare dem (Annegarn et al. 2012, Lahaije et al. 2010, Lindqvist og Hallberg 2010, Kessler et al. 2010 og Williams et al. 2010). Deltakerne uttrykte blant annet at det å gå i trapper var svært utmattende (Annegarn et al. 2012, Kessler et al. 2010 og Williams et al. 2010). Hver fysiske anstrengelse måtte avveies opp i mot dagsformen. Likevel prøvde enkelte av pasientene aktivt å redusere sykdommens innvirkning på hverdagslivet. Dette blant annet



ved å være fysisk aktiv, lytte til kroppens signaler og symptomer og forholde seg til sin lidelse ved å integrere denne i livet sitt (Lindqvist og Hallberg 2010).

I følge artikkelen til Avsar og Kasikci (2011), uttrykte en av deltakerne i studien at han prøvde å unngå å bøye seg ned mot gulvet så ofte han kunne ved utførelse av husarbeid. Dette fordi han ved hver bøyning opplevde å måtte gispe etter luft. Pasientene følte også at deres sviktende fysiske funksjon la begrensninger på deres livsstil og reduserte livskvaliteten betraktelig.

#### **4.2 Velvære – «det lille ekstra, som betyr mye»**

Flere av studiene viste at deltakerne hadde problemer med å ivareta omsorg for velvære (Avsar og kasikci 2011, Gullick og Stainton 2007, Howard et al. 2012 og Wortz et al. 2012).

På grunn av at kroppen var gradvis sviktende, ble den fysiske kapasiteten så uforutsigbar. Det ble vanskeligere å være effektiv og tidligere ubevisste kroppslige bevegelser ble merkbar (Gullick og Stainton 2007).

Flere av deltakerne beskrev at de opplevde vanskeligheter med både å vaske og stelle seg, ta seg et bad eller å kle på seg (Avsar og Kasikci 2011, Gullick og Stainton 2007, Howard et al. 2012 og Wortz et al. 2012). Alminnelige gjøremål krevde nå mye mer tid på grunn av behov for hyppigere hvilepauser og noen ganger var behovet for hjelp av andre til stede. Økt opplevelse av åndenød i forbindelse med aktivitetene fordret pasientene til å møte utfordringen på en annen måte (Gullick og Stainton 2007). En av pasientene i studien, delte sin erfaring vedrørende sin reduserte fysiske kapasitet slik:

She has to help me up the stairs...she has got to shower me. Help me get dressed. Basically, the stupid things that i should be able to do myself (Gullick og Stainton 2007, 609).

Noen deltakere opplevde at i tillegg til det å måtte anstrenge seg ved fysisk aktivitet, også ble nødt til å forholde seg til utfordringer vedrørende ulike kroppsposisjoner som det å bøye, eller strekke seg (Gullick og Stainton 2007 og Howard et al. 2012). Flere av pasientene opplevde økt åndenød ved at de satte seg ned og bøyde seg forover for å kunne knytte skolissene. En annen deltaker beskrev at det å bøye seg ned for å barbere leggene når hun dusjet, framprovoserte opplevelse av åndenød (Howard et al. 2012).

Pasientene beskrev også at det å ta seg en dusj eller et bad bød på fysiske utfordringer relatert til ulike kroppsstillinger. En av pasientene sa at hun var avhengig av å ha en stol i dusjen fordi hun ikke greide å stå samtidig med at hun skulle vaske håret. En annen pasient sa det var vanskelig å ta et bad og å vaske håret, fordi det var fysisk utfordrende for ham å løfte hendene over hodet (Avsar og kasicki 2011 og Howard et al. 2012 og Wortz et al. 2012). En av deltakerne uttalte:

”That`s why I cut my hair like this, because I couldn`t get my hands up, and I couldn`t put he waves in, so I just said, ”Cut the lot off” (Gullick og Stainton 2007, 608).

### **4.3 Energi – «mere giv!»**

I følge flere studier gav deltakerne uttrykk for at det bød på problemer å skulle utføre de daglige innkjøp (Lindqvist og Hallberg 2010, Baiardini et al. 2011, Kessler et al. 2011, Odenrants og Theander 2012 og Williams et al. 2010).

Åndenød ble definert som en byrde for deltakerne (Kessler et al. 2010 og Odenrants og Theander 2012). 43.1 % opplevde variasjon vedrørende åndenød gjennom dagen og i løpet av uken. Påvirkningen på de daglige aktivitetene økte også hos de pasientene som rapporterte stor variasjon med åndenød (Kessler et al. 2010).

Flere av pasientene hadde problemer vedrørende handling av mat fordi det var vanskelig å løfte matvarene eller å bøye seg ned for å plukke opp noe eller å pakke matvarene i handleposen. Det var også nødvendig å bruke handlevogn, både for å få med seg matvarene og for å bruke som et hjelpemiddel for å gå. (Odenrants og Theander 2012). En dame beskrev sin erfaring vedrørende hennes behov for bistand fra sin partner slik:

”I’m going by car, my husband will carry the groceries, shopping makes me breathless” (Odenchrants og Theander 2012, 981).

Det var delte meninger vedrørende tilberedelse av mat (Avsar og Kasikci 2011, Ek og Ternestedt 2008 og Odenchrants og Theander 2012). I følge Ek og Ternestedt (2008) rapporterte noen pasienter at matlaging var svært slitsomt. En av pasientene beskrev at hun manglet styrke til å spise. Den energien hun hadde, brukte hun på å puste. I motsetning, hadde over halvparten av deltakerne i en annen studie ikke nevneverdige problemer med matlaging. Pasientene uttrykte at de syntes det var greit å lage mat og noen få sa at de ikke lengre brukte å lage mat. En liten andel av mennene sa at konene deres alltid hadde brukt å tilberede maten. Andre nevnte at de hadde problemer med matlukt og da spesielt av fritert mat. Dampen og lukten av maten var irriterende (Avsar og Kasikci 2011 og Odenchrants og Theander 2012).

Funnene i studien til Odenchrants og Theander (2012), viste at bare en liten andel av pasientene (17 av 103) hadde et økt matinntak. De fleste deltakerne hadde et redusert inntak av mat og dette ble begrunnet med sykdom. Deltakerne beskrev feber, måtte ”holde” senga, kvalme, forverring i tilstand (~~eksaserbasjon~~) eller redusert appetitt. Åndenød og tretthet ble også nevnt. En av deltakerne beskrev det slik:

”I am sometimes so tired and dyspnoetic from food preparation that I have to wait before I can eat” (Odenchrants og Theander 2012, 982).

Å opprettholde en adekvat ernæringsstatus bød på utfordringer for pasientene (Baiardini et al. 2011, Dickenson 2009, og Odenchrants og Theander 2012).

90 % av deltakerne beskrev sin appetitt som dårlig. Dette ble ofte relatert til tidlig metthetsfølelse, å føle seg oppblåst og var svært andpustne etter å ha spist. Enkelte deltakere hadde også problemer med å tygge og svelge maten. Alle pasientene sa at det symptomet som hadde størst innvirkning på nevnte aktiviteter, var åndenød (Odenchrants og Theander 2012).

Et annet viktig moment som kom fram, var at deltakerne ikke hadde spesielt fokus på kost og ernæring og viktigheten av dette i forhold til sykdom. For pasientene var det den

fysiske kapasiteten og en eventuell reduksjon av denne, som hadde størst innvirkning på hverdagen deres og ble naturlig nok viet mest oppmerksomhet (Dickenson 2009).

#### **4.4 Aktiviteter – «Du ser jo så godt ut!»**

Hvilken innvirkning KOLS har på mobilitet, kom til uttrykk ved at deltakerne blant annet ikke hadde fysisk utholdenhet til å gå på lengre turer. Pasientene relaterte dette til opplevelsen av tungpust (Annegarn et al. 2012, Avsar og Kasikci 2011, Dickenson 2009, Lindqvist og Hallberg 2010 og Williams et al. 2010).

68,3% av deltakerne hadde problemer ved turgåing og totalt 86% hadde store utfordringer generelt med mobilitet (Annegarn et al. 2012). I motsetning til dette, viste resultatene i studien til (Williams et al. 2010), at pasientenes mobilitet, fysiske utholdenhet og symptompåvirkning, hadde forbedret seg etter endt deltakelse i et rehabiliteringsprogram.

Studiene til Dickenson (2009) og Gullick og Stainton (2007) indikerte at pasientene opplevde utfordringer med å gå tur. Dette ble relatert til å måtte stoppe hyppig for å trekke pusten og at det var noe de opplevde oftere nå enn tidligere. En av deltakerne uttalte at:

” I find walking so difficult...my legs go... I have to stop every few minutes...I feel so stupid. I'm like an old man of eighty watching my feet” (Dickenson 2009, 45).

Tap av evnen til å utføre lønnet arbeid, andre aktiviteter og hobbyer eller å fullføre arbeidsoppgaver i normert tempo, var ofte tilskrevet åndenød og fatigue. Tap av normalfunksjon bød også på utfordringer vedrørende bekymring for å miste evnen til å utføre daglige oppgaver. Noen av deltakerne brukte bevisste strategier ved å presse seg selv til å gjennomføre daglige gjøremål, mens andre beskrev et økt behov for å omprioritere oppgaver eller ”glemme” aktiviteter de hadde lyst til å være med på, selv om de var viktige for dem (Ek og Ternestedt 2008, Gullick og Stainton 2007 og Worst et al. 2012). En av deltakerne uttrykte tapet slik:

” I used to enjoy dancing...cant` t do that anymore...cant` t make it through a song” (Worst et al. 2012, 388).

## **5.0 Diskusjon**

### **5.1 Metodediskusjon**

Arbeidet med oppgaven startet med at vi satte oss inn i retningslinjene for bacheloroppgaven (Høgskolen i Molde 2013) og tilegnet oss ny kunnskap om temaet KOLS. Underveis i prosessen har vi skrevet skrevet logg og dette har gjort at vi har kunnet gått tilbake og sett hva og når ting ble gjort. Dette anser vi som styrkende for vår oppgave, ved at vi gav oss selv mulighet til å kvalitetsikre oppgaven vår.

#### **5.1.1 Datainnsamling og litteratursøk**

Å utarbeide god inklusjons- og eksklusjonskriterier mente vi var avgjørende for å få bra artikler. I denne litteraturstudien ville vi innhente kvalitative data, da det var pasientperspektivet som var vårt hovedfokus og vi mente at denne typen informasjon best kunne belyse vår hensikt og problemstilling.

I søkestrategien inkluderte vi alle grader av KOLS og pasienter i alle aldersgrupper, for å få et så bredt søk som mulig og anser dette dermed som en styrke i studien.

Ved hjelp av PO-skjema (vedlegg 1) ble vårt søk mere strukturert. Vi fikk hjelp av bibliotekar og veileder til å fylle ut skjemaet riktig, med det fenomenet vi ønsket å finne ut mer om, og slik ble søkene fullstendig. Databasene vi brukte (vedlegg 2) var Ovid MEDLINE, Ovid Nursing Database, PsycInfo og CINAHL (Nordtvedt et al. 2012).

Det kan være en svakhet i studien at vi ikke brukte andre søkeord enn de vi hadde satt opp i PO-skjemaet. Andre søkeord og med flere søk i databasene kunne gitt flere treff. Vi mener likevel at det er en styrke at vi har funnet søkeord til PO-skjemaet som er tatt ut fra hensikten vår.

Forskning eldre enn 5 år skulle helst ikke inkluderes i litteraturstudien, men vi valgte likevel å inkludere en artikkel fra 2007 på grunn av sin relevans for studien vår. Dette er i tråd med Høgskolen i Molde sine retningslinjer (2013), hvor inklusjon av eldre forskning

kan gjøres når gode grunner taler for det. Med forbehold om at opplevelsen av KOLS ikke har endret seg betraktelig i løpet av ett år, anser vi det som en styrke i studien vår. Alle de andre artiklene er innenfor grensen på 5 år (vedlegg 3).

Når det gjelder språkbegrensninger, så avgrenset vi kun ett av søkene til engelsk, norsk, svensk og dansk. Dette var fordi det kun var engelskspråklige artikler i de databasene vi søkte i. Vi anser ikke dette som en svakhet for studien vår.

Vi ønsket å fange opp flest mulig KOLS pasienter som kunne beskrive erfaringer vedrørende utfordringer i hverdagen. Derfor valgte vi å inkludere deltakere som bodde hjemme og ble fulgt opp poliklinisk og pasienter som hadde kontakt med kommunal- og /eller spesialisthelsetjenesten. Vi mener derfor at det er en styrke for vår oppgave, ved at vi har inkludert pasienter som er i kontakt med ulike deler av helsevesenet og på den måten, unngikk vi å overse artikler som var relevant for vår hensikt og problemstilling.

Det må tas høyde for at det er våre tolkninger av de enkelte funnene i artiklene, som kommer til uttrykk i denne litteraturstudien. Resultatene i studiene er subjektive data som kun kan tolkes og ikke ses på som harde fakta (Aadland 2011).

### **5.1.2 Kritisk vurdering og etisk godkjenning**

Anbefalingene om kritisk vurdering av artikler i Nordtvedt et al. (2012) hjalp oss til å kvalitetssikre og vurdere de innhentede artiklene. Ved at vi benyttet oss av standardiserte sjekklister utarbeidet av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2006), kan dette være med på å styrke troverdigheten av den kritiske vurderingen av artiklene. Likevel er dette første gangen vi har kritisk vurdert forskningsartikler og kan dermed være en svakhet i studien.

Studien vår er basert på 13 kvalitative artikler som blant annet har brukt semi-strukturerte intervju, dybdeintervju og tematiserte intervju. Vi mener at det er styrke at artiklene har gått i dybden og innhentet data som deltakerne har opplevd og erfart og styrkes ytterligere ved at vi har brukt sitat i resultatdelen.

Vi har også valgt å inkludere en tverrsnittstudie som består av både kvalitativt og kvantitativt design og data, men valgte kun å bruke de kvalitative funnene i studien. Ved å bruke denne artikkelen kan den være med på å styrke funn fra de andre artiklene, ved at resultatene i tverrsnittstudien samsvarer med de andre inkluderte studiene i litteraturstudien (Nordtvedt et al. 2012). Ved å ekskludere de kvantitative resultatene, kan vi ha tapt data som kunne understøttet de kvalitative og må anses som en svakhet.

De fleste artiklene skrev også at de var godkjent av etisk komite og alle har innhentet skriftlig samtykke fra deltakerne. Studiene er av nivå 1 og 2 (vedlegg 3) der 4 av artiklene er nivå 2, noe vi ser på som en styrke for vår oppgave.

### **5.1.3 Analyse**

Resultatene ble oversatt fra engelsk til norsk underveis i prosessen, men ble også scannet i avslutningsfasen og deretter oversatt i sin helhet til norsk. Siden alle artiklene ble oversatt kan eventuelle feiltolkninger i oversettelsen være en svakhet i litteraturstudien.

Det må tas høyde for at det er våre tolkninger av de enkelte funnene i artiklene som kommer til uttrykk i denne litteraturstudien. Resultatene i artiklene er subjektive data som kun kan tolkes og ikke ses på som harde fakta (Aadland 2011).

Det at vi var to som gikk gjennom og vurderte artiklene flere ganger, både hver for oss og sammen, mener vi styrker litteraturstudien.

## 5.2 Resultatdiskusjon

I denne litteraturstudien var hensikten å belyse hvordan KOLS virker inn på pasientenes hverdagsliv, med problemstillingen: Hvordan opplever KOLS pasienter at sykdommen påvirker de daglige aktivitetene i hverdagen.

### 5.2.1 «Constantly reminded of their bodies»

Å leve med en kronisk sykdom berører ulike aspekter i et menneskets liv. Tap av kroppsfunksjon og kontroll er sentralt. Den utryggheten dette medfører, samt et endret kroppsbylde, setter nye betingelser for livsutfoldelse (Kristoffersen 2011).

Funnene i vår litteraturstudie, beskrev at pasientene hadde vanskeligheter med å ivareta sin personlige hygiene. På grunn av at kroppen var gradvis sviktende og den fysiske kapasiteten ble uforutsigbar, måtte de også forholde seg til utfordringer vedrørende ulike kroppsstillinger (Gullick og Stainton 2007, Howard et al. 2012, Wortz et al. 2012 og Avsar og Kasikci 2011).

I samsvar med overnevnte funn, vil det å ha KOLS innebære at kroppen reagerer på en annen måte enn den gjorde før. Den kan oppleves som fremmed og den naturlige kontrollen med viktige funksjoner reduseres eller blir gradvis borte. Eksistensiell smerte blir da et faktum, ved at man ikke lengre har mulighet til å leve livet på den måten en har vært vant med (Heggdal 2008). Pasientens kroppsbylde blir da et viktig utgangspunkt for opplevelsen av seg selv. Siden KOLS er en irreversibel og progredierende lidelse, vil forandringer som inntreffer få konsekvenser for det tilvante kroppsbylde (Almås 2011). På denne måten vil sykdommen påvirke opplevelsen av identitet og egenverdi. Hvem er jeg? Hvordan er det å være meg? (Solvoll 2011).

En forutsetning for å blant annet kunne utføre personlig hygiene, er å ha god bevegelighet, utholdenhet og balanse til å kunne bøye, vri og strekke på seg for å vaske seg. De motoriske ferdighetene er sentrale for å kunne opprettholde kroppsstillinger relatert til en bestemt aktivitet, og man må inneha tilstrekkelig muskelstyrke (Skaug 2011).

Våre funn indikerte at enkelte av pasientene i studiene hadde problemer med å vaske seg, ta seg et bad og blant annet det å få vasket og tørket håret på grunn av utfordringer med å



bøye seg og holde hendene over hodet. Det var også utfordringer med å kle av og på seg (Wortz et al. 2012, Avsar og Kasikci 2011 og Howard et al. 2012). En av deltakerne sa at hun ikke greide å bøye seg ned for å barbere leggene (Howard et al. 2012). Ved deres beskrivelse av å ikke få vasket og kledd på seg slik de alltid hadde gjort, førte til en følelse av maktesløshet og mindreverd (Skaug 2011). På grunn av at den reduserte fysiske kapasiteten hos KOLS pasienter, kan det innebære behov for bistand vedrørende personlig hygiene (Almås).

I praksis opplevde vi at vi måtte hjelpe pasienter både inn og ut av sengen, av og påkledning og hjelp til personlig hygiene. De trengte hjelp til å få dusjet seg, vasket håret, barbert seg og administrering av sine medisiner før nevnte aktiviteter. Pasientene trengte bistand og tilrettelegging på grunn av sin tungpust.

I denne sammenhengen er det av vesentlig betydning at sykepleier innhenter kunnskap om pasientens preferanser, behov og ressurser på overnevnte problemområder. Dette vil da innebære å avdekke individuelle faktorer relatert til KOLS som påvirker pasientens evner til ivaretagelse av personlig hygiene. Med riktig prioritering og god planlegging, kan man bidra til å fremme pasientens egenomsorgsevne og dermed styrke mestringsevnen (Skaug).

Økt tretthet i armer og bein, var også en indikator for å måtte avslutte ADL aktiviteter (Annegarn et al. 2012, Kessler et al. 2010, Lahaije et al. 2010 og Lindqvist og Hallberg 2010 og Williams et al. 2010). Hver fysiske anstrengelse måtte avveies opp mot dagsformen og dette la begrensninger på valg av aktivitet og forutsetningen for å greie å utføre dem (Lindqvist og Hallberg 2010).

Hos KOLS pasienter er det den reduserte lungekapasiteten med åndenød som ofte er årsaken til deres problemer med å utføre ADL-aktiviteter. I tillegg vil også fatigue ha en innvirkning (Ergoterapeuten.no). Dyspne og tretthet vil variere i stor grad hos KOLS pasienter og de har både gode og dårlige perioder. Dette medfører at de må tilpasse hverdagslivet etter respirasjonssvikten. En dysfunksjonell muskulatur leder spesielt til økt tretthet i beina, derav et redusert funksjonsnivå (Almås 2011). Dette kommer også til uttrykk i flere av studiene, ved at flere deltakere opplevde det som svært strevsomt å gå i trapper (Annegarn et al. 2012, Lahaije et al. 2010, Lindqvist og Hallberg 2010, Kessler et al. 2010 og Williams et al. 2010).

Tungt husarbeid og husrengjøring som for eksempel støvsuging og ble beskrevet av deltakerne som svært utfordrende å utføre (Avsar og Kasikci 2011, Dickenson 2009, Lindqvist og Hallberg 2010 og Kessler et al. 2010). Lettere husarbeid og rengjøring var også beskrevet som stor utfordring for flere. I Lahaije et al. (2010) beskrev deltakerne at for eksempel vindusvask og det å ta ut og inn av vaskemaskin var en stor utfordring. I praksis opplevde vi at pasienter med KOLS hadde behov for bistand til rengjøring i hjemmet fordi de ikke lengre klarte å utføre dette selv.

I tillegg til redusert muskulatur, hevdes det også at på grunn av tretthet og åndenød, vil aktiviteter som innebærer bruk av overkropp og armer føre til en begrensning i daglige aktiviteter (Helsedirektoratet 2012). Graden av fatigue vil også øke når kroppen ikke blir fysisk utfordret. Pasientenes utvikling av hensiktsmessige mestringsstrategier i forhold til symptomene, er vesentlig for å redusere begrensningen av bevegelsesfrihet (Frank 2013).

Sett i sammenheng med Heggdal (2008), vil det å være kronisk syk innebære å leve med en uvisshet knyttet til tap av kroppsfunksjon. Lidelsen fører til at ens kropp reagerer på en annen måte enn før. Den naturlige kontrollen med viktige funksjoner reduseres gradvis eller blir borte. Kroppen blir en fiende som hindrer livsutfoldelse og relateres til tap av bevegelsesfrihet. En berøvelse av denne funksjonen har konsekvenser for mange områder i livet og endringen er både en belastning og en utfordring. I følge Skaug (2011) behøver ikke friske mennesker rette sin oppmerksomhet til ulike kroppsstillingen for å utføre oppgaver eller oppnå tilfredsstillende respirasjon. Hos pasienter med KOLS, kan derimot kroppsstillingen være avgjørende for å opprettholde god nok respirasjon.

Å skulle utføre de daglige innkjøp bød på flere utfordringer for flere av studiedeltakerne. Dette ble blant annet relatert til opplevelsen av åndenød og variasjonen av denne i løpet av en gitt periode (Kessler et al. 2010, Odenrants og Theander 2012, Lindqvist og Hallberg 2010, Williams et al. 2010 og Baiardini et al. 2011). Odenrants og Theander (2012) beskrev at det å måtte løfte matvarene, pakke de ned i handleposen eller å bøye seg ned for å plukke opp noe fra gulvet, var en utfordring i forhold til pasientenes opplevelse av dyspne.

Våre funn støttes av Skaug (2011), som sier at fysisk anstrengelse sees på som den mest fremtredende faktoren til åndenød. Trivielle aktiviteter som å handle, bøye - eller strekke seg eller å løfte noe kan utløse eller forverre pustebesværet.

Sett i forhold til at KOLS har et kompleks sykdomsbilde, bør også andre faggrupper inkluderes for å avhjelpe pasienten. Fysioterapeut og ergoterapeut vil kunne vurdere behovet for eventuelle hjelpemidler i hjemmet og i bruken av dem, samt øke pasientens evne til å utføre aktiviteter på en energisparende måte. Prioritering, tempo og arbeidsstillinger, er eksempler på dette (Ergoterapeuten.no). Siden pasientene ofte synes at praktiske oppgaver kan være tungt å utføre, kan kommunale tiltak som praktisk bistand eventuelt avlaste i forhold til for eksempel husrensjøring. Slik kan pasienten konsentrere seg om å bruke energien på ting som er viktigere for å oppnå god livskvalitet (Skaug 2011).

Ved opplevelse av åndenød ledsages denne ofte med redsel for ikke å få puste, derav en forverring i respirasjonen (Heggdal 2008). I følge Lopez – Campos et al. (2013), er åndenød det mest utbredte symptomet ved KOLS. Det vil være individuelle forskjeller av fenomenet og dermed vil pasientens egen persepsjon av åndenød ha en direkte innvirkning på blant annet den fysiske kapasiteten. Tidspunkt på døgnet, variasjon i været og temperatur er også av avgjørende betydning. Dette understøttes også av Kessler et al. (2011), ved at pasientenes opplevelse av åndenød var mest utpreget på morgenen og denne økte påvirkningen av symptomet virket funksjonsbegrensende.

Faren ved dette fenomenet, er at pasientene er tilbøyelig til å unngå aktiviteter som gjør dem tungpust og blir dermed unødig inaktive. Sees dette i lys av en emosjonell mestringsstrategi, vil pasientene prøve å unngå aktiviteter som fremkaller åndenød. Dette selv om en slik strategi i mange tilfeller er nødvendig i forhold til kroniske sykdommer. Pasientenes erfaringer med ulike ADL aktiviteter, skaper da en ny utfordring ved at overnevnte er uforenelig med å opprettholde fysisk funksjon (Skaug 2011).

KOLS pasienter er generelt i dårligere form på morgenen, det er da lungekapasiteten er dårligst. Derfor bør pasienten anbefales og dele opp arbeidet i flere etapper for å kunne greie å utføre dette selv (Almås 2011). I praksis erfarte vi at pasientene verken var i stand til å stå opp eller var opplagt til å få bistand om morgenen. For sykepleier er det viktig å samarbeide og avtale med pasienten om når det er mest hensiktsmessig med bistand og tilrettelegging.

For sykepleier, vil et viktig tiltak for denne pasientgruppen innebære å undervise og veilede om sykdommen og dens symptomer og hva som kan legge begrensninger på fysisk utfoldelse. Sykepleiers rolle som motivator, bør også være en prioritert oppgave (Skaug

2011). Det forventes da at hun inkluderer pasientens ressurser, erfaring, forståelse og kunnskap om sin egen situasjon. Det er i så måte en relasjonell prosess (Kirkevold 2010).

### 5.2.2 «Chewing is so tiring»

Kosthold og ernæring er av vesentlig betydning for opprettholdelse eller forbedring av fysisk funksjon, samt reduksjon av sykdom eller sykdomsforverring. Et normalt og riktig sammensatt kosthold, er en forutsetning for tilhelingsprosessen ved sykdom (Sortland 2011).

Det kom frem i vår studie at deltakerne hadde delte meninger angående tilberedelse av mat (Avsar og Kasikci 2011, Ek og Ternestedt 2008 og Odenchrants og Theander 2012

I følge Landsforeningen for hjerte – og lungesyke (2014), har personer som lider av KOLS, lite fysisk og psykisk overskudd til å lage mat og til å spise. Dette understøttes også av Almås (2011), som sier at KOLS pasienter ikke orker å lage sunn variert mat i dårlige perioder av sykdommen. Fordøyelsen av maten byr også på problemer for pasientene, grunnet økt metabolisme og oksygenforbruk (Skaug 2011). Enkelte pasienter kan også få problemer med respirasjonen på grunn av den varme dampen fra kasserollene ved tilberedning av varm mat (Almås 2011). Dette kommer også fram som et funn i vår studie, da enkelte syntes det var svært slitsomt å tilberede mat. En kvinne beskrev at hun ble så trett og plaget med pustebesvær etter matlaging, at hun måtte vente med å spise. En annen kvinne beskrev at hun manglet styrke til å spise maten for den energien hun hadde brukte hun på å puste (Ek og Ternestedt 2008).

Dette samsvarer med egne erfaringer fra praksis, hvor flere pasienter beskrev utfordringer vedrørende å handle og lage mat, samt opplevelsen av dårlig appetitt. En av pasientene ble helt utmattet av å tilberede måltider til seg selv, og greide dermed ikke å spise grunnet pustebesværet og den nedsatte appetitten. Pasienten fikk informasjon og veiledning om et sammensatt og sunt kosthold og bistand til å tilberede mat, slik at han kunne bruke energien til å spise.

I møte med KOLS pasienter, er det derfor viktig at sykepleier kartlegger kost og kostholdsvaner til den enkelte, samt undersøke pasientens mulighet til å handle inn og tilberede mat selv (Skaug 2011). Et sunt, variert og næringsrikt kosthold vil være en medvirkende faktor til å forebygge infeksjoner i lungene. Det gir også energi og bidrar til å holde vekten tilnærmet stabil (LHL 2014).

Å opprettholde en adekvat ernæringsstatus bød også på utfordringer for pasientene (Baiardini et al. 2011, Dickenson 2009 og Odenrants og Theander 2012). Dette funnet understøttes av Almås (2011), som beskriver at pasienter med KOLS kan ha redusert appetitt og at noen blir dyspneiske i forbindelse med måltider.

Resultatet i litteraturstudien viste at 90 % av deltakerne beskrev sin appetitt som dårlig. Dette ble ofte relatert til tidlig metthetsfølelse, å føle seg oppblåst og enkelte var svært andpustne etter å ha spist (Odenrants og Theander 2012). Problemer med å tygge og svelge maten var også en utfordring. Det symptomet som hadde størst innvirkning på nevnte aktiviteter, var åndenød.

Et annet viktig moment, var at deltakerne ikke hadde spesielt fokus på kost og ernæring og viktigheten av dette i forhold til sykdom. For pasientene var det den fysiske kapasiteten og en eventuell reduksjon av denne, som hadde størst innvirkning på hverdagen deres og ble naturlig nok viet mest oppmerksomhet (Dickenson 2009).

Dette blir også bekreftet fra Landsforeningen for hjerte – og lungesyke (2014), som hevder at pasientene bruker mye tid og krefter på pustearbeid og dermed øker forbrenningen. De spiser ofte lite fordi de blir andpustne av å spise, og fordi maten tar opp plass i magen, noe som gir mindre plass til lungene, og dermed økt tungpust. Dette er også en av årsakene til undervekt hos denne pasientgruppen. Utilstrekkelig næringsinntak gjør at man blir tappet for krefter en trenger til å puste.

Dette støttes av Almås (2011), som sier at pasienter med KOLS kan ha redusert appetitt og at noen blir dyspneiske i forbindelse med måltider. Dette er fordi pasienter med lungesykdom og åndenød, puster ofte inn gjennom munnen også under måltidet. For pasienter med alvorlig pustebesvær, kan det derfor være svært vanskelig å få i seg tilstrekkelig med mat.

Uansett sykdom, er tilstrekkelig ernæring et sentralt moment for å bevare muskelfunksjonen. Ved mangelfull ernæring vil både vekten og muskelmassen bli redusert. Dette genererer ytterligere utfordringer ved at respirasjonsmuskulaturen også blir svekket og fører til nedsatt mobilitet hvis varighet over lengre tid. En reduksjon i muskelmassen vil også føre til utmattelse og tretthet (Sjøen og Thoresen 2008). Sett i forhold til dette, vil tretthet generelt være et fremtredende symptom ved kroniske sykdommer. Dette fører til nedsatt styrke og yteevne som i hovedsak ikke kan lindres ved

søvn og hvile (Bastøe og Frantsen 2011). Tretthet ansees for å være det mest funksjonsbegrensende symptomet vedrørende kroniske sykdommer. Opplevelsen av tretthet kan variere fra dag til dag og mellom ulike tidspunkter på dagen. Våre forventninger eller forestillinger om hva vi burde ha klart, eller hva som oppleves som realistisk å klare, blir en tilleggsbelastning som følge av den slitasjen kronisk sykdom medfører (Frank 2013).

I møte med KOLS pasienter, er det viktig å kartlegge kost og kostholdsvaner til den enkelte. Man bør også undersøke pasientens mulighet til å handle inn og tilberede mat (Skaug 2011). Et sunt, variert og næringsrikt kosthold vil være en medvirkende faktor til å forebygge infeksjoner i lungene. Det gir også energi og bidrar til å holde vekten tilnærmet stabil (LHL 2014). Siden mye av energien går med til respirasjonsarbeid, har pasienter med KOLS økt risiko for underernæring. Å etterstrebe individuelle tilrettelagte måltider med hyppig frekvens og små porsjoner, er essensielt siden pasientene synes det er slitsomt å spise. Tidsfaktoren er også av avgjørende betydning (Brodtkorb 2010). Samarbeid med ernæringsfysiolog slik at pasienten får veiledning og undervisning angående kost og ernæring, er også et godt utgangspunkt for denne pasientgruppen til et bedre kosthold (Skaug 2011). Denne kan være individuelt tilpasset eller foregå i grupper. Dette for å sikre et bedre næringsinntak, bedre prognose og livskvalitet (Helsedirektoratet 2012).

### 5.2.3 «The rule of the game is never to hurry»

Et av menneskets grunnleggende behov er å være i aktivitet. Ved helseproblemer og sykdom som reduserer funksjonsevnen, vil muligheten for å utføre dagligdagse aktiviteter bli påvirket (Lerdal og Grov 2011). At KOLS hadde innvirkning på mobiliteten, var et gjennomgående funn i litteraturstudien vår. (Annegarn et al. 2012, Avsar og Kasikci 2011, Dickenson 2009, Lindqvist og Hallberg 2010 og Williams et al. 2010). Den progressive reduksjonen av kroppsfunksjonen førte til redusert fysisk effektivitet og opplevelse av redusert effektivitet. Alt måtte planlegges og ting gikk saktere. Også kombinasjonen av forefallende oppgaver i hjemmet måtte deles opp og gjøres sporadisk gjennom uken (Gullick og Stainton 2007).

Dette funnet støttes teoretisk ved at fysisk utholdenhet vil være evnen til bevegelse over tid og et mål på pasientens aerobe kapasitet. For denne pasientgruppen har det stor betydning for forflytningsevnen og grad av pustebesvær (Helsedirektoratet 2012). Hvor lenge eller langt en orker å gå før en blir sliten, eller hvor lenge man orker å holde på med en fysisk aktivitet før en gir seg, er eksempler fra resultatene i studiene vedrørende fysisk utholdenhet (Skaug 2011). På tross av dette, opplevde deltakerne i studien til Williams et al. (2010), at deltagelse i et rehabiliteringsprogram, hadde en positiv effekt på lungefunksjonen og dermed den fysiske utholdenheten. En av pasientene kunne nå gå lengre distanser uten samme grad av tungpust. Pasienter med KOLS kan i mange tilfeller se friskere ut enn de i realiteten er og dette medfører blant annet at andre ikke forstår at de ikke kan skynde seg. Pasienter med KOLS må planlegge dagen ut i fra de kreftene en har, samtidig som det er viktig for dem å være i bevegelse (Almås 2011).

Dette kan sees i sammenheng med at regelmessig fysisk aktivitet har en positiv innvirkning på sykdommen. Rehabilitering og jevnlig trening, gir en bedret funksjonsevne, uansett alder og sykdomsgrad (LHL 2014). Aktivitet kan i så måte lette utmattelse og gi bedre mestring og er en forutsetning for å bevare funksjoner. For helsepersonell vil det å fremme aktivitet og tilrettelegge omgivelsene, gi pasientene mulighet til selv å ivareta dette behovet (Skaug 2011). Likevel vil KOLS generelt medføre en reduksjon av muskelmasse, og det vil lede til redusert prestasjon ved fysisk aktivitet. Dette viser hvor komplekst sykdomsbildet for KOLS er. Beveger man seg ikke tilstrekkelig, vil det lede til ytterligere muskelsvinn og faren for inaktivitet blir større (LHL 2014). Det er en kjensgjerning at inaktivitet er et stadig økende helseproblem både i Norge og i den vestlige



verden generelt (Lerdal og Grov 2011). I forhold til KOLS, er redusert mobilitet og inaktivitet ofte tilstander som ikke er selvvalgt. Dette leder derfor til ytterligere utfordringer for pasientene, i forhold til å mestre situasjonen de er i (Skaug 2011).

I praksis erfarte vi at det var viktig for pasientene å planlegge og prioritere sine gjøremål og ha nødvendige ting i umiddelbar nærhet. Dette fordi redusert kroppsfunksjon og utholdenhet, påvirket forflytningsevnen.

Litteraturstudien viste at på tross av redusert utholdenhet til å gjennomføre dagligdagse aktiviteter, prøvde enkelte av pasientene aktivt å redusere sykdommens innvirkning på hverdagslivet. Dette blant annet ved å være fysisk aktiv, lytte til kroppens signaler og symptomer (Lindqvist og Hallberg 2010). Enkelte av pasientene presset seg selv til å være aktive ved bruk av bevisste strategier (Gullick og Stainton 2007). Pasientene beskrev også en konstant og frustrerende tretthet som hemmet både muligheten til lønnet arbeid og hobbyer (Wortz et al. 2012). Deltakerne trengte betydelige hvileperioder på grunn av kroppens reduserte utholdenhet og spenst og det å måtte stoppe hyppig for å trekke pusten (Dickenson 2009). Det fordret at pasientene måtte møte utfordringen på en annen måte og forholde seg til sin lidelse ved å integrere denne i livet sitt (Lindqvist og Hallberg 2010).

Sett i lys av litteraturstudiens resultat, vil kroppskunnskaping innebære å lære kroppen sin å kjenne i forhold til dens tegn, hvordan man kan tolke disse og hvordan håndtere symptomer og plager. Dette betyr å tilegne seg kunnskap om hva som bidrar til mestring, helse og velvære i eget liv (Heggdal 2008). Vi opplevde at pasientene vi møtte i praksis ønsket å få bruke egne ressurser mest mulig på tross av sykdommens begrensninger.

Pasientenes erfaring vedrørende opplevelsen av mangel på energi og begrenset mulighet til å bevege seg rundt på grunn av tretthet i muskulaturen, kan sees i sammenheng med fatigue. Dette symptomet berørte aktiviteter som de mente var viktige for sin livsutfoldelse og opplevelse av livskvalitet, slik som jobb og hobbyer. Fatigue vil for mange oppleves som invalidiserende og gi seg tilkjenne i ulike situasjoner og kontekster. Arbeidsliv og fritidsinteresser er to områder som blir berørt (Frank 2013). Det er kroppens reaksjoner på overnevnte symptom som avgjør hvor denne grensen går. I enkelte tilfeller blir det en kamp mellom egen vilje til å utføre aktiviteter i hverdagslivet og kroppens vilje. Siden tålegrensene for fysisk aktivitet vil variere, er det derfor viktig å lytte til kroppen (Heggdal 2008).

I følge Lazarus og Folkmann i Kristoffersen (2011), er opplevelsen av stress en viktig faktor for mestring og på hvilken måte denne kommer til uttrykk hos hver enkelt. Graden av stress vil kunne relateres til hvordan en person vurderer en hendelse. Det må også knyttes til hvor sentrale behovene eller verdiene er, som er truet for personen (Skaug 2011). Pasientene i studien til Lindqvist og Hallberg (2010), valgte å integrere sin sykdom i livet ved å endre atferd. Dette på tross av at deres livsutfoldelse ble endret. Ser man dette fra et problemorientert perspektiv, gikk deltakerne direkte og bevisst inn for å redusere sykdommens innvirkning på dagliglivet. Ved å foreta valg på eget initiativ for å fremme opplevelsen av helse, vil også begrepet resiliens være sentralt i prosessen. Dette tydeliggjør at man kan ha ulike tilnæringsmåter og mestringsstrategier for å bevare sin kroppslige integritet og selv bilde selv om helsen er sviktende (Skaug 2011). Sett i sammenheng med Kroppskunnskaping, vil dette være en aktiv prosess som lærer personen å leve med langvarig sykdom. Det handler om å søke å forstå det en står ovenfor, finne en ny mening og håndtere sykdommens utfordringer i det daglige liv. En må godta at en ikke er den samme personen som før og at livskursen er endret (Heggdal 2008).

I samråd med lege og eventuelle andre faggrupper, kan sykepleier være en bidragsyter for å avhjelpe pasientens behov ved blant annet å henvise til ergoterapi. Slik kan pasienten lære å gjennomføre aktiviteter på en ny og kompenserende måte i forhold til de begrensninger som funksjonsnedsettelsen har ført med seg (Helsedirektoratet 2012).

Vi som sykepleiere, må legge til rette for at pasienten kan utføre ulike aktiviteter på måter som reduserer kravet til oksygen. Det bør være en likevekt mellom det ideelle og det realistiske (Skaug 2011). I følge Almås (2011) kan sykepleier gi en innføring i pusteteknikker og anbefale thorax-leie for å lette pustearbeidet til pasienten. I praksis opplevde vi at en sykepleier gav en av pasientene en flaske med vann med sugerør, slik at pasienten kunne blåse gjennom sugerøret for å trene opp lungemuskulatur og lungefunksjonen.

Det er sentralt å hjelpe pasientene til å bruke kreftene hensiktsmessig og mye av dette arbeidet rettes mot pusten. Samtidig er det viktig med en god balanse mellom aktivitet og hvile. Ved at helsepersonell kan undervise og veilede og motivere pasientene (Skaug 2011), kan det skape en bevisstgjøring av de fysiske begrensningene sykdommen medfører og gi pasienten økt mestringsevne (Helsedirektoratet 2012).

## **6.0 Konklusjon**

### **6.1 Konklusjon**

KOLS er den sykdommen som øker raskest på verdensbasis. Mennesker som lever med en kronisk lidelse, uttaler at den ikke bare rammer kroppens organer eller funksjoner, men også har konsekvenser for livet som helhet. Litteraturstudien indikerer at å leve med KOLS, grep inn i ulike aspekter ved pasientenes daglige liv. Dette kom til uttrykk ved at deres kroppslige integritet ble truet i ulike kontekster. Ressurser til å utføre aktiviteter relatert til primære dagligdagse ADL funksjoner, var begrenset som følge av redusert fysisk kapasitet, bevegelighet og utholdenhet. Symptomvariasjoner og intensitet, la også begrensninger på valg av aktivitet og forutsetningen for å utføre dem. Pasientenes preferanser la i så måte føringer for hvordan denne utfordringen skulle håndteres og hvilke strategier som var mest (u)hensiktsmessig i aktuell situasjon. Litteraturstudien viser at pasientenes erfaring vedrørende tap av naturlig kroppskontroll og et endret kroppsbilde som følge av funksjonsnedsettelsen, hindret livsutfoldelse og opplevelse av livskvalitet. Det å måtte forholde seg til en kropp i stadig endring, innskrenket pasientenes muligheter til å være yrkesaktive, bedrive fritidsaktiviteter og opprettholde fysisk velvære i form av trening og adekvat ernæringsstatus.

For å kunne yte best mulig helsehjelp til denne pasientgruppen kreves det derfor en tverrfaglig tilnærming. KOLS har et kompleks sykdomsbilde og det er av vesentlig betydning å inkludere pasientenes behov, ressurser, erfaring, forståelse og kunnskap vedrørende sykdommen for optimal rehabilitering og habilitering av ADL funksjon. Kartlegging, veiledning, undervisning og motivasjon, er også essensielle faktorer for å øke pasientenes kunnskap om egen sykdom og sykdomsutvikling. Vi som sykepleiere, må legge til rette for individuelle og kunnskapsbaserte tiltak, slik at pasientene kan utføre ulike aktiviteter på måter som fremmer helse og livskvalitet.

## **6.2 Forslag til videre forskning**

Litteraturstudien vår viser at KOLS pasienters ressurser relatert til dagligdagse ADL funksjoner var begrenset som følge av redusert fysisk kapasitet, bevegelse og utholdenhet. For å få innsikt og bedre forståelse av denne pasientgruppens utfordringer og behov for nødvendig helsehjelp, er det av vesentlig betydning med kvalitativ forskning. Dette gir helsepersonell et bedre utgangspunkt for å vurdere og tilrettelegge for en mest mulig optimal livsførsel, tross sykdommen. Vi foreslår forskning med KOLS pasienter innlemmet i et rehabiliteringsprogram, der halvparten av studieobjektene blir plassert i en kontrollgruppe. Hensikten vil da være å kunne sammenligne forskjeller blant deltakerne, for å skaffe seg inngående kunnskap om sykdommen relatert til individuelle ulikheter og behov, utfall av sosioøkonomisk status, alder og kjønn. På grunn av det komplekse sykdomsbildet til KOLS pasienter kreves det en tverrfaglig tilnærming. Dette reiser da nye spørsmål i forhold til om en individuell plan ville kunne sikre KOLS pasienter en kontinuerlig og helhetlig behandling og oppfølging? Vil dette i så fall vært et bedre utgangspunkt for den enkelte pasients mulighet til å oppnå optimal livskvalitet?

All forskning er til det beste for pasientene og er svært nyttig for at sykepleiere og annet helsepersonell skal imøtekomme KOLS pasienter med økt kompetanse og kunnskap.

## Referanseliste

- Almagro, Pere og Alejandra Castro. 2013. «Helping COPD patients change health behavior in order to improve their quality of life». *International Journal of COPD* (8) 335-345. Tilgjengelig fra: DOI: 10.2147/COPD.S34211.
- Almås, Hallbjørg, Jon Bakkelund, Bernt Henrik Thorsen og Anne Dichmann Sorknæs. 2011. «Sykepleie ved lungesykdommer» I *Klinisk sykepleie*, bind 1, 4.utg. red. Hallbjørg Almås, 107-164. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Andenæs, Randi. 2007. «Å leve med lungelidelser» I *Å leve med kronisk sykdom: en varig kursendring*, red. Eva Gjengedal, 208-232. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Annegarn, Janneke, Kenneth Meijer, Valeria, Lima Passos, Katharina Stute, Joze Wiechert, Hans H.C.N. Savelberg, Annemie, M.W.J. Schols, Emiel F.M. Wouters og Martijn A. Spruit. 2012. «Problematic Activities of Daily Life are Weakly Associated With Clinical Characteristics in COPD». *Journal of the American Medical Directors Association* 13 (3): 284-290. Tilgjengelig fra: DOI: 10.1016/j.jamda.2011.01.002.
- Avsar, Gulcin og Magfired Kasikci. 2011. «Living with chronic obstructive pulmonary disease: a qualitative study». *Australian Journal of Advanced Nursing* 28 (2):46-52. Tilgjengelig fra: CINAHL.
- Baiardini, Fulvio Braido Ilaria, Stafania Menoni, Anna Maria Bagnasco, Francesco Balbi, Sara, Bocchibianchi, Sara Balestracci, Maria Grazia Piroddi og Giorgio Walter Canonica. 2011. «Disability in COPD and its relationship to clinical and patient-reported outcomes». *Current Medical Research & Opinion* 27 (5): 981-986. Tilgjengelig fra: DOI: 10.1185/03007995.2011.563285.
- Bastøe, Liv Karin Halvorsen og Anne-Marie Frantsen. 2011. «Behovet for søvn og hvile.» I *Grunnleggende sykepleie: Grunnleggende behov*, bind 2, 2. utg., red. Nina Jahren Kristoffersen, 301-330. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Brinchmann, Berit Støre. 2005. *Etikk i sykepleien*. (Red.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Brodtkorb, Kari. 2008. «Respirasjon og sirkulasjon» I *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*, red., Marit Kirkevold, 319-332. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Christophersen, Yngvar. 2009. *Frisk nok: Lev bedre med kronisk sykdom*. Oslo: Aschehoug.

- Dalland, Olav. 2012. *Metode og oppgaveskriving*, 5. Utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dickenson, Jill. 2009. «An exploratory study of patient interventions and nutritional advice for patients with chronic obstructive pulmonary disease, living in the community». *International Journal on Disability and Human Development* 8 (1): 43-49. Tilgjengelig fra: PsycInfo.
- Ek, Kristina og Britt-Marie Ternestedt. 2008. «Living with chronic obstructive pulmonary disease at the end of life: a phenomenological study». *Journal of Advanced Nursing* 62 (4): 470-478. Tilgjengelig fra: DOI: 10.1111/j.1365-2648.2008.04611.x.
- Ergoterapeuten.no. 2011. Tema: *Effekt av ADL: Trening for personer med kronisk obstruktiv lungesykdom – en randomisert kontrollert studie*.  
[file:///C:/Users/AnnSofieM/Downloads/adl-trening\\_lungesykdom.pdf](file:///C:/Users/AnnSofieM/Downloads/adl-trening_lungesykdom.pdf) (Lest: 18.03.14)
- Evans David. 2002. «Systematic reviews of interpretive research: Interpretive data synthesis of processed data». *Australian Journal of Advanced Nursing* 20 (2): 22-26. Tilgjengelig fra: Pubmed.  
<http://www.ajan.com.au/Vol20/Vol20.2-4.pdf> (Lest: 19.03.14).
- Folkehelseinstituttet 2013. Tema: *KOLS: Fakta om kronisk obstruktiv lungesykdom*.  
[http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List\\_6212&Main\\_6157=6261:0:25,6176&MainContent\\_6261=6464:0:25,6177&List\\_6212=6218:0:25,6180:1:0:0:::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List_6212&Main_6157=6261:0:25,6176&MainContent_6261=6464:0:25,6177&List_6212=6218:0:25,6180:1:0:0:::0:0) (Lest: 22.03.14).
- Forsberg Christina og Yvonne Wengstrøm. 2008. *Att göra systematiska litteraturstudier: Vardering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur og Kultur.
- Frank, Kari. 2013. «Fatigue» I *Du ser jo så godt ut!: Kronisk sykdom bak fasaden*, 1. utg. red., Kari Frank, 93-104. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Grov, Ellen Karine. 2011. «Å bli pasient og hjelptrengende» I *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1*, 4.utg. red., Inger Margrethe Holter, 51-68. Oslo: Akribe.
- Gullick, Janice og Colleen Stainton. 2007. «Living with chronic obstructive pulmonary disease: developing conscious body management in a shrinking life-world». *Journal of*

*Advanced Nursing* 64 (6), 605-614. Tilgjengelig fra: DOI: 10.1111/j.1365-2648.2008.04823.x.

Heggdal, Kristin. 2008. *Kroppskunnskaping: Pasienten som ekspert i helsefremmende prosesser*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Helsedirektoratet 2012. Nasjonal faglig retningslinje og veileder for forebygging, diagnostisering og oppfølging av personer med kols.

<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-og-veileder-for-forebygging-diagnostisering-og-oppfolging-av-personer-med-kols/Sider/default.aspx> (Lest: 24.03.14).

Helse- og omsorgsdepartementet. 2012. *Tema: Stortingsmelding nr 34. 2012-2013*.

[http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2012-2013/meld-st-34-20122013.html?regj\\_oss=1&id=723818](http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2012-2013/meld-st-34-20122013.html?regj_oss=1&id=723818) (Lest: 22.03.14).

Howard, Kellee, Pamela Berry, Jennifer Petrillo, Ingela Wiklund, Laurie Roberts, Michael Watkins, Courtney Crim og Teresa Wilcox. 2012. «Development of the Shortness of Breath with Daily Activities Questionnaire (SOBDA)». *Value in Health* 15 (8): 1042-1050. Tilgjengelig fra: DOI: 10.1016/j.jval.2012.06.018.

Høgskolen i Molde, Avdeling for helse- og sosialfag. 2013. Retningslinjer for bacheloroppgave i sykepleie. Molde: Høgskolen i Molde.

Høgskolen i Molde, Biblioteket. 2013. *Kildehenvisninger og referanselister*.

<http://www.himolde.no/biblioteket/Sider/Veiledning/Kilder-og-referanser.aspx> (Lest: 18.03.14).

Høgskolen i Molde, Biblioteket. 2013. *Emneområder, alle databaser*.

<http://www.himolde.no/biblioteket/Sider/Emneomraader/Alle-databaser.aspx> (Lest: 18.03.14).

Jacobsen, Dag Ingvar. 2010. *Forståelse, beskrivelse og forklaring: innføring i metode for Helse- og sosialfagene*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Jacobsen, Dag, Sverre Erik Kjeldsen, Baard Ingvaldsen, Trond Buanes og Olav Røise. 2012. *Sykdomslære: Indremedisin, kirurgi og anestesi*, 2.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kessler, R, M.R. Partridge, M. Miravittles, M. Cazzola, C. Vogelmeier, D. Leynaud og J. Ostinelli. 2010. «Symptom variability in patients with severe COPD: a pan-European cross-sectional study». *European Respiratory Journal* 37 (2): 264-272. Tilgjengelig fra: DOI: 10.1183/09031936.00051110.

Kirkevold, Marit. 2010. «Individuell sykepleie: Sentrale perspektiver» I *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*, red., Marit Kirkevold, 100-112. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, Nina Jahren. 2011. «Stress og mestring» I *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener og livsutfordringer*, bind 3, 2. utg., red. Nina Jahren Kristoffersen, 133-196. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Lahaije, AJMC, HAC. Van Helvoort, PNR Dekhuijzen og YF Heijdra. 2010. «Physiologic limitations during daily life activities in COPD patients». *Respiratory Medicine* 104 (8): 1152-1159. Tilgjengelig fra: DOI: 10.1016./j.med.2010.02.011.

Landsforeningen for Hjerte- og Lungesyke. 2014. *Tema: KOLS og kosthold*.

<http://www.lhl.no/kosthold-og-ernaering/kosthold-og-aktivitet/kols-og-kosthold/> (Lest 09.03.14).

Landsforeningen for Hjerte- og Lungesyke. 2014. *Tema: KOLS – kronisk obstruktiv lungesykdom*.

<http://www.lhl.no/lunge/kols/> (Lest 09.03.14).

Landsforeningen for Hjerte- og Lungesyke. 2014. *Tema: Kosthold ved kols og overvekt*.

[http://www.lhl.no/Global/Hjerte-%20og%20karsykdom/Faktaark,%20sykdom/18\\_A4\\_LHL\\_Fakta\\_Kosthold\\_KOLSogOvervekt.pdf](http://www.lhl.no/Global/Hjerte-%20og%20karsykdom/Faktaark,%20sykdom/18_A4_LHL_Fakta_Kosthold_KOLSogOvervekt.pdf) (Lest 09.03.14).

Lerdal, Anners og Ellen Karine Grov. 2011. «Aktivitet» I *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1*, 4. utg., red. Inger Margrethe Holter, 640-656. Oslo: Akribe.

Lindqvist, Gunilla og Lillemor, R-M. Hallberg. 2010. «‘Feelings of Guilt due to Self-inflicted Disease’. A Grounded Theory of Suffering from Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)». *Journal of Health Psychology* 15 (3): 456-466. Tilgjengelig fra: DOI: 10.1177/1359105309353646.



Lopez-Campos, Jose Luis, Carmen Calero og Esther Quintana-Gallego. 2013. «Symptom variability in COPD: a narrative review». *International Journal of COPD* (8): 231-238. Tilgjengelig fra: DOI: 10.2147/COPD.S42866.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. 2006. *Tema: Sjekklistor for vurdering av forskningsartikler*.

<http://www.kunnskapssenteret.no/verkt%C3%B8y/sjekklistor-for-vurdering-av-forskningsartikler>

(Lest: 18.03.14).

Nordtvedt, W. Monica, Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt, Lena Victorica Nordheim og Liv Merete Reinart. 2012. *Jobb kunnskapsbasert*. En arbeidsbok. Oslo: Akribe.

Norges astma og allergiforbund. 2014. *Tema: Fakta om KOLS*.

[http://www.naaf.no/no/kols/fakta\\_kols/](http://www.naaf.no/no/kols/fakta_kols/) (Lest: 22.03.14).

Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (DBH/NSD). 2013. *Vitenskapelig publiseringskanal*. Database for statistikk og høgre utdanning.

<https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside> (Lest: 18.03.14).

Odenrants, Sigrid og Kersti Theander. 2012. «Assessment of nutritional status, and meal-related situations among patients with chronic obstructive pulmonary disease in Primary health care – obese patients; a challenge for the future». *Journal of Clinical Nursing* 22 (7-8): 977-985. Tilgjengelig fra: DOI: 10.1111/j.1365-2702.2012.04184.x.

Romøren, Tor Inge. 2010. «Eldre, helse og hjelpebehov» I *Geriatrisk sykepleie: God omsorg for den gamle pasienten*, red., Marit Kirkevold, 29-37. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Råheim, Målfrid og Eva Gjengedal. 2007. «Kroppslighet og empowerment» I *Å leve med kronisk sykdom: en varig kursendring*, red. Eva Gjengedal, 103-146. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.

Sjøen, Rolf Jarl og Lene Thoresen. 2008. *Sykepleierens ernæringsbok*, 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Skaug, Eli Anne (red.) 2011. «Aktivitet» I *Grunnleggende sykepleie: Grunnleggende behov*, bind 2, 2. utg., red. Nina Jahren Kristoffersen, 269-290. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Skaug, Eli-Anne (red.). 2011. «Respirasjon» I *Grunnleggende sykepleie: Grunnleggende behov*, bind 2, 2. utg., red., Nina Jahren Kristoffersen, 61-99. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Solvoll, Betty-Ann. 2011. «Identitet og egenverd» I *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener og livsutfordringer*, bind 3, red. Nina Jahren Kristoffersen, 15-40. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Sortland, Kjersti. 2011. *Ernæring, mer enn mat og drikke*, 4.utg. Oslo: Fagbokforlaget.
- Wahl, Astrid K. og Berit R. Hanestad. 2007. «Livskvalitet, helse, stress og mestring» I *Å leve med kronisk sykdom: en varig kursendring*, red. Eva Gjengedal, 29-59. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Williams, Veronika, Anne Bruton, Caroline, Ellis-Hill og Kathryn McPherson. 2010. «The effect of pulmonary rehabilitation on perceptions of breathlessness and activity in COPD patients: a qualitative study». *Primary Care Respiratory Journal* 19 (1): 45-51.  
Tilgjengelig fra: DOI: 10.4104/pcrj.2009.00044.
- Wortz, Kathryn, Angela Cade, James Ryan Menard, Sue Lurie, Kristine Lykens, Sejong Bae, Bradford Jackson, Fenghsiu Su, Karan Singh og David Coultas. 2012. «A qualitative study of patients' goals and expectations for self-management of COPD». *Primary Care Respiratory Journal* 21 (4): 384-391. Tilgjengelig fra: DOI: 10.4104/pcrj.2012.00070.
- Aadland, Einar. 2011. *Og eg ser på deg: Vitenskapsteori i helse- og sosialfag*, 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget.

## VEDLEGG 1 P-O-skjema

P	I	C	O
<p>Copd*</p> <p>OR</p> <p>Pulmonary disease, Chronic Obstructive</p> <p>Lung Diseases, Obstructive</p> <p>Pulmonary Emphysema</p> <p>AND</p> <p>Patient*</p> <p>OR</p> <p>Patient Preference</p>			<p>Everyday*</p> <p>(ADL) Activities of Daily Living</p> <p>Daily Life</p>

## VEDLEGG 2 SØKEHISTORIKK

**Søk 1, 2, 3** er gjort etter vi skiftet til ny hensikt og problemstilling.

**Søk 4 og 5** er søk fra forrige hensikt, og viser historikk på inkluderte artikler til litteraturstudien.

**Søk 6 og 7** er manuelle søk.

<b>SØK 1 – 10.12.13 - Ovid MEDLINE (R)</b>			
#^	Searches	Results	Search type
1	Patient Preference/ or patient*.mp.	4675925	Advanced
2	Lung Diseases, Obstructive/ or Pulmonary Disease, chronic Obstructive/ or copd*.mp. or Pulmonary Emphysema/	58352	Advanced
3	Limit 2 to (yr=»2007 –current» and «qualitative (best balance of sensitivity and specificity)»)	1414	Advanced
4	Daily life.mp. (mp=title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, keyword heading word, protocol supplementary concept, rare disease supplementary concept, unique identifier)	8858	Advanced
5	3 and 4	32	
<b>Totalt inkluderte artikler (nr 1, 2, 3, 9 og 12)</b>		<b>5</b>	

<b>SØK 2 – 11.12.13 – Ovid Nursing Database</b>			
#^	Searches	Results	Search type
1	Lung Diseases, Obstructive/ or Pulmonary Disease, Chronic Obstructive/ or Copd*.mp.	2143	Advanced
2	Patient Preference/ or patient*.mp.	278596	Advanced
3	Limit 2 to (yr=»2008 –current» and «qualitative (best balance of sensitivity and specificity)») (Limit not valid; records were retained)	79657	Advanced
4	Exp «Activities of Daily Living»/ or everyday*.mp.	20577	Advanced
5	1 and 2 and 3	694	Advanced
6	4 and 5	40	Advanced
<b>Totalt inkluderte artikler (nr 4 og 13) (nr 3 og 12 var også her)</b>		<b>2</b>	

<b>SØK 3 – 11.12.13 – Ovid MEDLINE (R)</b>			
#^	Searches	Results	Search type
1	Lung Diseases, Obstructive/ or Pulmonary Disease, Chronic Obstructive/ or Copd*.mp.	46051	Advanced
2	Patient Preference/ or patient*.mp.	4675925	Advanced
3	Limit 2 to (yr=»2008 –current» and «qualitative (best balance of sensitivity and specificity)») (Limit not valid; records were retained)	147049	Advanced
4	Exp «Activities of Daily Living»/ or everyday*.mp.	70175	Advanced
5	1 and 2 and 3	948	Advanced
6	4 and 5	67	Advanced
<b>Totalt inkluderte artikler (nr5 og 7) (Fant også nr 2 her)</b>		<b>2</b>	

<b>SØK 4 – 09.12.13 - PsycInfo</b>			
#^	Searches	Results	Search type
1	Exp Chronic Obstructive Pulmonary Disease/ or exp Chronic illness/ or exp Lung Disorders/ or copd*.mp.	22356	Advanced
2	Copd*.mp. (mp=title, abstract, heading word, table of contents, key concepts, original title, tests & measures)	885	Advanced
3	Chronic Obstructive pulmonary disease.mp. (mp=title, abstract, heading word, table of contents, key concepts, original title, tests & measures)	1329	Advanced
4	1 and 2 and 3	777	Advanced
5	Meal*.mp. (mp= title, abstract, heading word, table of contents, key concepts, original title, tests & measures)	6875	Advanced
6	Food.mp. (mp= title, abstract, heading word, table of contents, key concepts, original title, tests & measures)	60316	Advanced
7	Diet.mp. (mp= title, abstract, heading word, table of contents, key concepts, original title, tests & measures)	15820	Advanced
8	5 or 6 or 7	73718	Advanced
9	4 and 8	15	Advanced
	<b>Totalt inkluderte artikler (nr 11)</b>	<b>1</b>	

<b>SØK 5 – 10.11.13 – Ovid MEDLINE (R)</b>			
#^	Searches	Results	Search type
1	Lung Disease, Obstructive/ or Pulmonary Disease, Chronic Obstructive/ or copd*.mp.	42562	Advanced
2	Limit 2 to((danish or english or norwegian or swedish( and «qualitative (best balance of sensitivity and specificity)» and last 5 years)	804	Advanced
3	Daily*.mp.	357972	Advanced
4	2 and 3	112	Advanced
	<b>Totalt inkluderte artikler (nr 6)</b>	<b>1</b>	

<b>SØK 6 – Ovid MEDLINE</b>			
	Manuelt søk		
Tittel	«The effect of pulmonary rehabilitation on perceptions of breathlessness and activity in COPD patients: a qualitative study»		
	<b>Totalt inkluderte artikler (nr 8)</b>	<b>1</b>	

<b>SØK 7 – CINAHL</b>			
	Manuelt søk		
Tittel	«Living with chronic obstructive pulmonary disease: a qualitative study»		
	<b>Totalt inkluderte artikler (nr 10)</b>	<b>1</b>	

### VEDLEGG 3 ARTIKKELOVERSIKT

Artikke nr	Forfattere År Land Tidsskrift	Tittel	Hensikt	Metode/ Verktøy	Deltakere/ Frafall	Hovedfunn	Kvalitet/ etisk vurdering
1	<b>Baiardini,</b> Fulvio Braido Ilaria, Stefania Menoni, Anna Maria Bagnasco, Francesco Balbi, Sara Bocchibianchi, Sara Balestracci, Maria Grazia Piroddi, Giorgio Walter Canonica.  <b>2011.</b>  Italia.  Current Medical Research & Opinion.	Disability in COPD and its relationship to clinical and patient-reported outcomes.	Å vurdere tilstedeværelse av funksjonshemming hos KOLS pasienter og forholdet mellom alvorlighetsgrad, komorbiditet og pasientrapporterte utfall.	Kvalitativ og kvantitativ studie som gikk over 3 måneder; juli til september i 2009.  Det ble brukt validerte spørreskjema for å undersøke sykdomsfølelse, velvære, livskvalitet, og stress, mens klinikere innhentet data om funksjonshemming, dyspne og komorbiditet.  Verktøy: Klinisk status, spirometri, Illness Perception Questionnaire (IPQ-R), The Psychological General Well-Being Index (PGWBI), Mood States (POMS), The short-form (SF)-36 Health Survey, The Barthel - Questionnaire – 10-item instrument measuring disability, The lawton Instrumental	Av 196 aktuelle kols pasienter deltok 164 polikliniske KOLS pasienter i studien.  Frafall: 18 avsto, og 14 fullførte inkomplette svar. Disse var derfor ikke med i studien.  Data fra 164 pasienter ble analysert.  Gjennomsnittsalder:73,49 år +/- 8,59 år.  72,6% var menn.  GOLD grad: Mild: 17,1%, Moderat: 43,3%, Alvorlig: 26,8, Svært alvorlig: 12,8%.  Inklusjonskriterier: Deltakere var Klinisk og spirometrisk diagnose med kols, og ble rekruttert fra	Studien viste at de 3 funksjonene som var hyppigst redusert/tapt var;  *Å handle (det en behøver) 56,7%  *Riktig adm. av medisiner 45,7%  * <u>adekvat ernæring</u> 44,5%  67% tapte opptil 8 funksjoner  32,3% tapte ingen funksjoner.  Pasientene rapporterte symptomer/plager som dyspne og tretthet.  Funksjonshemming var assosiert med sykdommens alvorlighetsgrad. Funksjonshemming var tilstede i alle sykdomsgradene, og 44,9% av pasientene med moderat	Nivå 1  Artikkelen er antatt etisk godkjent siden den er godkjent og publisert i kjent tidsskrift. Det står ikke noe om etisk godkjenning i selve artikkelen.  Det ble sendt skriftlig informasjon til deltakerne og det er innhentet samtykke.

				Activities of Daily Living (IADL)MRC Dyspnea Scale, The Charlson Comorbidity Index.	allergi og lunge avdeling i universitetet i Genoa under kontrollvisitt. Deltakerne skulle kunne skrive og snakke Italiensk og tid til å delta.  Eksklusjonskriterier: kognitiv svikt og visuelle, fysiske begrensninger som kunne ha innvirkning på å fullføre spørreskjemaene, tilstedeværelse av astma og andre lungesykdommer enn kols.	kols hadde funksjonshemming. Flest funksjonshemmede opplevde tretthet, og de rapporterte også lavere nivå av velvære og helsestatus og hadde økt stressnivå og forskjellige ubehagsfølelser.	
<b>2</b>	<b>Kessler, R., MR. Partridge, M. Miravitlles, M. Cazzola, C. Vogelmeier, D. Leynaud og J. Ostinelli.</b>  <b>2010.</b>  17 land;  Østerrike, Belgia, Danmark, Finland, Frankrike,	Symptom variability in patients with severe COPD: a pan-European cross-sectional study.	Å vurdere pasienters persepsjon/ opplevelse av symptomsvariasjon.	Tverrsnittstudie av 17 land i Europa.  Kvalitativ og kvantitativ studie.  Sykepleiere og leger ble rekruttert til å delta i studien og samle inn anamnese om pasientene.  Verktøy:  Spirometri, anamnese, Intervju over telefon med spørreskjema.  I telefonintervjuene skulle	Av 3642 rekrutterte og inkluderte pasienter, deltok 2441 kols pasienter i studien.  Frafall:  3568 pasienter ble kontaktet  2998 pasienter ble intervjuet  2950 pasienter med komplett intervju.  2441 pasienter ble analysert.  1916 var menn.	Kols-symptomene ble opplevd av 2258 (92%) av 2441 pasienter i løpet av 7 dager før intervjuene. Åndenød var det mest vanlige symptomet (72,5%)  Daglige og/eller ukentlige symptomsvariasjoner ble rapportert av 62,7% av pasientene med symptomer, og de rapporterte at morgenen var den verste tiden på dagen.	Nivå 2  Studien ble gjennomført i samsvar med Helsinkideklarasjonen, og ble Etisk godkjent av etiske komiteer ved hver lokale og/eller nasjonale deltakende senter, i forhold til lokale reguleringer.  Alle pasienter ble informert og

	<p>Tyskland, Hellas, Irland, Italia, Nederland, Norge, Portugal, Spania, Sverige, Sveits, Tyrkia og UK.</p> <p>European Respiratory Journal</p>			<p>pasientene svare på spørsmål om symptomvariasjoner i løpet av en dag, uke og år; søvnkvalitet, tretthet, depresjon og angst, og påvirkningen dette hadde på symptomene om morgenen og andre daglige aktiviteter og behov for hjelp til å utføre disse aktivitetene; og endringer ved behov for vedlikehold og behandling ved sykdomsforverring. Telefonintervjuets varighet var på ca 20-30 minutter.</p>	<p>Gjennomsnittsalder: 67,3 år +/- 9,4 år.</p> <p>GOLD grad: Ikke beskrevet.</p> <p>Deltakerne ble rekruttert av 802 leger og lungeleger, som hadde sagt seg villig til å delta i studien. Utvalgte leger kunne da rekruttere et anbefalt antall pasienter med alvorlig grad kols i en 3 måneders periode og samtidig ha anledning til å få pasientenes spirometri-verdier.</p> <p>Inklusjonskriterier: Polikliniske pasienter over 45 år med Kols diagnose. Røyker eller tidligere røyker med over eller lik 10 røyke-år. Forced expiratory volume in 1 s (FEV1): &lt;50% og FEV1/forced vital capacity FVC:&lt;0,7 (pre-bronchodilator).</p> <p>Eksklusjonskriterier: Pas. med pågående forverring, eller har hatt forverring med behov for antibiotika eller steroider eller hatt kontakt med legevakt/vært innlagt,</p>		<p>samtykket skriftlig før deltakelse.</p>
--	---	--	--	--	---	--	--



					de sist 3 måneder.  Alle spørsmål ble oversatt til det enkelte lands språk og en gruppe, med deltakere fra hvert land var på forhånd satt sammen for å sørge for at det var unngått forskjeller i spørsmålene.		
3	Ek, Kristina og Britt-Marie Ternestedt.  2008.  Sverige.  Journal of Advanced Nursing.	Living with chronic obstructive pulmonary disease at the end of life: a phenomenological study.	Å beskrive den essensielle strukturen av levd erfaring av å leve med KOLS under palliativ fase av sykdommen.	Kvalitativ studie med en fenomenologisk metode.  Verktøy: Intervju med åpne spørsmål. Båndopptak.  Kvalitative Intervju over en 2 måneders periode i 2003.  Seks av åtte intervju ble gjort i hjemmene til deltakerne, mens to ble tatt på sykehuset.  Intervjuene ble gjort med hensikt å få tillitsfull og detaljert informasjon om fenomenet «å leve med kols i hverdagslivet». For å opprettholde den	8 av ni rekrutterte pasienter deltok. Rekruttert fra to lungeavdelinger på to sykehus i Sverige.  Frafall: 1, ville ikke delta.  5 kvinner og 3 var menn.  Alder: 48-79 år.  GOLD grad: Svært alvorlig grad av kols.  Inklusjonskriterier: Alle pasienter skulle være i palliativ fase, der kriteriet for å være i palliativ fase var at de brukte/var avhengig av oksygen. De skulle være i så god tilstand at de kunne gjennomføre intervjuene, de	Pasientenes beskrivelser av å leve med KOLS i tidligere situasjon var alltid relatert med det livet de hadde før de fikk KOLS. Deltakerne beskrev klare begrensninger i deres liv som hadde en viktig innvirkning på dere daglige liv, hvordan helsen gjorde at de var ute av stand til å puste og ikke ha styrke, som betydde at de ble tvunget til å endre prioritet og livsstil. De beskrev manglende evne til å klare hverdagens aktiviteter, der å puste, vaske seg om morgenen, ordne mat, og det å måtte dra til sykehuset. Det å ikke lengre kunne greie å hjelpe andre var også beskrevet som	Nivå 2  Etisk godkjent fra de lokale involverte sykehus og lokal etisk komite.  Pasientene ble tilskrevet og samtykket skriftlig og muntlig å delta.

				<p>beskrivelsen, ble det brukt 5 åpne spørsmål med påfølgende åpne spørsmål som; «kan du fortelle mer om det» og «hvordan påvirker det deg?».</p> <p>Intervjuene ble tatt opp på bånd, varte fra 20-90 minutter, med et gjennomsnitt på 55 minutt. De ble ordrett oversatt.</p>	<p>skulle forstå og snakke svensk.</p>	<p>utrolig krevende.</p> <p>Å leve med Kols var sammenlignet med det å ha en jobb.</p> <p>Vansker med å puste var beskrevet som det mest strevsomme og bidro til de største restriksjonene i det daglige liv.</p>	
4	<p><b>Gullick, Janice og M. Colleen Stainton.</b></p> <p><b>2007.</b></p> <p>Australia.</p> <p>Journal of Advanced Nursing.</p>	<p>Living with chronic obstructive pulmonary disease: Developing conscious body management in a shrinking life-world.</p>	<p>Å undersøke kroppslige endringer opplevd av personer som lever med KOLS.</p>	<p>Kvalitativ studie.</p> <p>Fenomenologisk tilnærming med filosofisk rammeverk.</p> <p>Verktøy: Dybdeintervju med åpne spørsmål. Båndopptak.</p> <p>58 dybde-intervju mellom 2003 og 2005.</p> <p>Hver deltaker ble intervjuet to ganger med 6 måneders mellomrom for å fange opp endringer over tid.</p> <p>Det ble brukt åpne spørsmål for å få beskrivelser av tidligere og</p>	<p>Av 29 hadde 15 personer alvorlig emfysem, som deltok i studien.</p> <p>Frafall: 14</p> <p>En samling av 15 pasienter som valgte palliativ kirurgi for emfysem ble dermed rekruttert. Deltakerne som ble rekruttert inkluderte alle som skulle ha en lungevolum-reduksjons-prosedyre (kirurgi) i den Australske staten New South Wales, over en to-års periode.</p> <p>Gjennomsnittsalder: 63 år (55-77 år).</p> <p>Ni var menn, og seks</p>	<p>Personer med svær emfysem opplever en «shrinking life-world» / innskrenket livsverden på grunn av tungpust/åndenød.</p> <p>Dette virker inn på deres forutinntatthet og automatikk kroppsmessig og deres oppfattelse av effektivitet som person. De utviklet flere bevisste strategier av å bruke kroppen sin på, for å legge til rette pusting, mobilitet og oppgaveløsning.</p> <p>Opplevelser av redusert funksjon pga tungpust. Redusert appetitt – ledet til vekttap. Slimproduksjon –</p>	<p>Nivå 2</p> <p>Godkjent av «the appropriate research ethics committees»</p> <p>Pasientene samtykket muntlig og skriftlig og fikk bruke den tiden de trengte til intervju.</p>

				<p>nåværende opplevelser av sykdommen.</p> <p>Intervjuene varte fra 15-90 minutt, de ble tatt opp på bånd og ordrett oversatt.</p> <p>40 intervju ble tatt over telefon, slik nådde de deltakere som bodde lengre unna studiesenteret. 18 intervju ble gjort ansikt til ansikt. Begge intervjumåtene fremkalte rik og hemningsløs dialog.</p>	<p>kvinner.</p> <p>GOLD grad: alvorlig grad.</p> <p>Forced expiratory volume over 1 s (FEV1) hos deltakerne varierte mellom 14%-51%, noe som indikerte alvorlig kols.</p>	<p>ledet til hoste. Hjelp til påkledning.</p> <p>Tvang seg til å klare, presse til det ytterste.</p>	
5	<p><b>Howard,</b> Kellee, Pamela Berry, Jennifer Petrillo, Ingela, Wiklund, Laurie Roberts, Michael Watkins, Courtney Crim og Teresa Wilcox.</p> <p><b>2012.</b></p> <p>USA.</p> <p>Value in</p>	<p>Development of the Shortness of Breath with Daily Activities Questionnaire (SOBDA).</p>	<p>Spørreskjemaene The Shortness of Breath (SOB) med Daily Activities (SOBDA) ble utviklet etter pasientrapporter for å bli et verktøy til studien både for å vurdere og evaluere innvirkning av terapi på tungpustethet og vurdere hvordan tungpustethet påvirker daglige aktiviteter hos pasienter med KOLS.</p>	<p>Kvalitativ studie i 2 faser, ved bruk av validerte, tilpassede og utviklede spørreskjema og intervju.</p> <p>Utviklingen av spørreskjemaene ble utført i fokusgrupper av pasienter med kols, der de ble bedt om å beskrive sine opplevelser av SOB i daglige aktiviteter.</p> <p>Et pool av elementer ble diskutert på bakgrunn av basis- informasjon fra fokusgruppene og litteratureviews og så ble</p>	<p>40 pasienter med kols deltok i 7 fokusgrupper.</p> <p>37 pasienter deltok i andre del av undersøkelsen.</p> <p>Formålet til begge fasene var å rekruttere deltakere fra lungeavdelinger i USA med variert utdanning, sosio-demografisk- og etnisk bakgrunn, så vel som mangfoldige sykdomsopplevelser.</p> <p>Inklusjonskriterier: 40-80 års alder, tidligere eller nåværende røyker med</p>	<p>Termene «tungpust» og «vanskelig å få puste» var de mest brukte. Det var et konsistent skille mellom tungpustethet og opphopning i lunger, tetthet i brystet og hvesende pust.</p> <p>Opphopning i lungene var beskrevet av å ha slim i brystet eller i svelg, så en fikk behov for å måtte fjerne eller hoste det opp, og at dette opplevdes som forskjellig fra tungpust. Tetthet i brystet ble ofte beskrevet sammen med tungpust, men at det var to forskjellige følelser.</p>	<p>Nivå 1</p> <p>Finner ikke i artikkelen at den er etisk godkjent ,men Studien er antatt etisk godkjent siden den er godkjent og publisert i kjent tidsskrift.</p> <p>Deltakerne er informert og rekruttert med samtykke.</p>

	Health.			<p>så diskutert blant verktøyutvikling og kliniske eksperter.</p> <p>Etter en del analyser og tilbakemeldinger fra pasientene ble så brukt for å lage nyere versjoner av spørsmålene;</p> <p>Spørreskjema (SOBDA=shortness of breath with daily activity) ble utviklet, og var oppdelt i 3 deler, der pasientene beskrev opplevelse av tungpustethet i daglige aktiviteter. Informasjon gav mange tema som ble drøftet og analysert av eksperter og analyseprogram. Det ble dannet nye spørsmål i vurderingen etter tilbakemeldingene fra deltakerne og en ny versjon ble dannet. 37 tema ble utviklet av data for å vurdere hva tungpustethet var assosiert med i hverdagsaktivitet. Det ble også lagt til søk etter mat og medisinadministrering</p>	<p>minst 10 røykeår. Å rekruttere pasienter med kols etter GOLD-kriteriene; Grad 1: 15%, Grad 2: 35%, Grad 3: 35%, grad 4: 15%. Villighet til og evner til å gi skriftlig samtykke, evner til å delta i gruppediskusjoner og kunne snakke og lese engelsk.</p> <p>Pasientene som deltok i studien hadde kols grad etter GOLD kriteriene: Grad 1: 16,9%, Grad 2: 31,2%, Grad 3: 37,7%, Grad 4: 14,3%, (Noen som stemte bra med rekrutteringen, se over).</p> <p>Frafall:</p> <p>Fase 1: 3 måneders periode; 40 pasienter deltok fra 4 stater i USA.</p> <p>Fase 2: 3 måneders periode; 37 pasienter deltok; 10 deltok i 1. runde, 10 deltok i 2, runde, 5 deltok i 3. runde og 12 deltok i 4. runde.</p> <p>Eksklusjonskriterier: Andre lungesykdommer enn kols, hjertesykdom, forverring de</p>	<p>Brysttetthet opplevdes mest som en indikasjon på at neste pust ikke var like lett å puste. Hvesing var assosiert med lyden av å ha slim fast i svelget eller brystet. Noen var ikke klar over at de hveste, men andre var svært plaget av det. Alle deltakerne mente at hvesing var helt forskjellig fra å være tungpustet. Gjennomgående i fokusgruppene var tungpustethet mest assosiert, i noen aktiviteter, med kroppsposisjon så vel som grad av anstrengelse.</p> <p>Mange pasienter opplevde økt tungpust kun ved å sette seg ned og bøye seg for å knytte skolisser. Mange kroppsposisjoner ble identifisert der pasientene opplevde tungpust; plukke opp ting fra gulvet, støvsuge, rengjøring i huset, dusje seg (har stol i dusjen), barbere legger, vaske hår. Generelt å bøye seg var tungt.</p> <p>Intervjuene som var gjort elektronisk om morgenen, gjorde det vanskelig for pasientene å tenke på deres</p>	
--	---------	--	--	--	---	---	--

				av klinikere.	siste 60 dager, nevromuskulær sykdom, alvorlig anemi og samtidig medisinsk eller psykisk tilstand eller kognitiv svikt som påvirker deltakelse i studien.	opplevelser i dag, da det var så tidlig på dagen, men de kunne fullføre svarene i slutten av dagen eller før de la seg til natten.	
6	<p><b>Wortz,</b> Kathryn, Angela Cade, James Ryan Menard, Sue Lurie, Kristine Lykens, Sejong Bae, Bradford Jackson, Fenghsiu Su, Karan Singh og David Coultas.</p> <p><b>2012.</b></p> <p>Texas, USA.</p> <p>Primary Care Respiratory Journal</p>	A qualitative study of patients' goals and expectations for self-managament of COPD.	Å finne gap i litteratur om selv-ledelses -støtte ved å undersøke pasientenes respons på spørsmål om mål, behov, og forventninger angående selvledelse hos pasienter med moderat til svær KOLS. Ved å fokusere å pasients persepsjon av egne behov, håpte forfatterne på å guide en utvikling av kognitiv-atferds intervensjoner for selv-ledelse støtte.	<p>Kvalitativ studie som ble utført som en del av en større randomisert kontrollert studie, for å fastsette effekten av livsstilsendring for å bedre fysisk aktivitet hos kols-pasienter.</p> <p>Verktøy:</p> <p>Anamnese, spirometri, 6-minutts gåtur-test, kroppsmasse index (BMI), Obstruction, Dyspne, Exercise Capacity (BODE) index, Chronic Respiratory Questionnaire (CRQ) og Geriatrik Depresjons-skala.</p> <p>Dybdeintervju, standardiserte åpne spørsmål, båndopptak.</p>	<p>54 pasienter med KOLS deltok i studien.</p> <p>Frafall: 0</p> <p>Gjennomsnittsalder:68,4 år.</p> <p>53% var menn og 47% var kvinner.</p> <p>GOLD grad: I følge FEV1-verdi; Moderat: 57,5%, alvorlig: 31,9%, svært alvorlig: 10,6%.</p> <p>Pasientene ble rekruttert ved å bruke to metoder; 1.ved hjelp av et pasientregister og 2. legehenvisninger.</p> <p>Inklusjonskriterier: Over 45 år, diagnostisert med kols av lege, FEV1/FVC &lt;0,70% og FEV1 &lt;70% og MMRC dyspne score under eller lik</p>	<p>Pasientene rapporterte modert til alvorlig funksjonsnedsettelse på grunn av dyspne.</p> <p>Tre hovedtema ble identifisert ut fra svarene; tap, frykt og behov for bedre omsorg. Syv assosierte undertema ble identifisert. På grunn av tungpust og tretthet/fatigue og symptomer fra andre forhold enn KOLS, rapporterte pasientene tap av mulighet for å delta i nødvendige og ønskede aktiviteter i dagliglivet og ønsket om å få tilbake minst noen av funksjonene. På grunn av tungpust og tretthet, rapporterte de vanskeligheter med å bøye seg, husholdning/rengjøring, spesielt støvsuging og</p>	<p>Nivå 1</p> <p>Studien er godkjent av University of Texas Health Science Center at Tyler (UTHSCT) Institutional review board.</p> <p>Skriftlig informasjon tilsend deltakerne og samtykke innhentet.</p>

				<p>47 dybde-intervju ble gjennomført med 10 standardiserte åpne spørsmål, skreddersydd til å undersøke faktorer som var relevant for selvløsløstøtte, inkludert; bekymringer, frykt, lærebehov, barrierer, tilrettelegging og mål.</p> <p>Intervjuene ble tatt opp på bånd.</p> <p>Studien varte i en periode fra April 2010 til januar 2011.</p>	<p>2.</p> <p>Eksklusjonskriterier: Deltakelse i et lungerehabiliteringsprogram innenfor 12 måneder. Sykehjemsbeboer, Ukontrollert hypertensjon, angina eller hjertefeil. Ustabile EKG funn, demens, ustabil psykisk sykdom, forventet levetid under 12 måneder, hvile-oksygen saturasjon &lt;90%, 6-min-gåtur, &lt;110 meter og andre sikkerhetsbehov rundt det å delta i fysiske aktiviteter.</p>	<p>vasking, bade seg, handling.</p> <p>Pas. Uttrykte problemer med sosial isolasjon og usikkerhet om prognosen, likdan om håpet til å bli bedre. De fryktfulle opplevelsene var assosiert med ukontrollert tungpust og et ønske om bedre forståelse og mere kunnskap om behandling, og var av stor bekymring for pas.</p>	
7	<p><b>Lindqvist, Gunilla og Lillemor, R-M, Hallberg.</b></p> <p><b>2010.</b></p> <p>Sverige.</p> <p>Journal of Health Psychology</p>	<p>Feelings of guilt due to Self-inflicted Disease'</p> <p>A Grounded Theory of Suffering from Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD).</p>	<p>Å belyse hvilke hovedbekymringer pasienter med kols har, og hvordan de takler å leve i hverdagen.</p>	<p>Kvalitativ studie med induktiv tilnærming, som fordrer at intervjuer går inn i studien med et åpent sinn og prøve å sette seg inn i rollen til den som blir intervjuet. Det ble brukt åpne spørsmål med oppfølgings spørsmål.</p> <p>Ved å bruke metoden forsøker man å undersøke hovedproblemet i en gitt situasjon og hvordan mennesker takler dette</p>	<p>23 deltakere, hvor 13 var kvinner og 10 menn, ble rekruttert fra to sykehus i sør-sverige.</p> <p>Frafall: 0</p> <p>Studien vår åpen for å inkludere deltakere inntil de mente at variasjonskriteriene ble møtt.</p> <p>Gjennomsnittsalder: 67,8 år. (mellom 52 og 82 år).</p> <p>GOLD grad: 5 pasienter</p>	<p>Data gav 5 kategorier ut fra «feelings of guilt»; «making sense of existence, adjusting to bodily restrictions, surrendering to fate, making excuses for the smoking-related cause and creating compliance with daily medication».</p> <p>Symptomene hoste med mye slim, tungpust og tretthet var veldig ubehagelig og stressende og deltakerne måtte finne måter å holde ut</p>	<p>Nivå 1</p> <p>Studien er godkjent av komiteen for FoU-centrum Landstinget Kronoberg LE/071004.</p> <p>Muntlig og skriftlig informasjon ble gitt til deltakerne, og samtykke ble innhentet.</p>

				<p>problemet.</p> <p>Metoden inkluderer samtidig innhenting av og analyse av data, åpne og teoretisk samling, hierarkisk analyseprosesser, sammenligninger, teoretisk sensibilitet og memo skriving.</p> <p>Deltakerne ble intervjuet med båndopptak i en periode fra januar 2005 til mars 2006.</p> <p>20 intervju ble utført i deltakernes hjem. De andre tre ble utført på et universitetskontor.</p> <p>Hvert intervju varte i 30-90 minutter.</p>	<p>hadde Mild grad, 5 hadde modert grad og 13 pasienter hadde alvorlig grad av kols.</p> <p>Inklusjonskriterier: Mild til alvorlig kols-diagnose i følge GOLD-kriteriene (2004).</p> <p>Eksklusjonskriterier: oksygenbehandling.</p>	<p>på, ikke bli inaktiv og isolert.</p> <p>Kols begrenset både valg av aktivitet og forutsetninger for å utføre dem.</p> <p>Deltakerne måtte balansere hver aktivitet mot sin fysiske kapasitet gjennom dagen og lytte til tegn og symptomer fra kroppen sin. De sparte f.eks. energi ved å velge heis istedenfor å gå i trapper for å redusere tungpust.</p> <p>Mange fant det vanskelig å greie seg selv uten hjelp/assistanse.</p> <p>Hverdagssyssler kunne ikke gjøres på samme måte; F.eks. vasking og hagearbeid. Å handle mat krevde planlegging og de unngikk trapper og folkemengder, så sosial isolasjon ble et resultat av det.</p>	
8	Williams, Veronika, Anne Bruton, Caroline Ellis-Hill og Kathryn McPherson.	The effect of pulmonary rehabilitation on perception of breathlessness and activity in	Å utforske hvordan lungerehabiliteringsprogram virker inn på opplevelsen av aktivitet og tungpust/åndenød hos kols-pasienter.	<p>Kvalitativ studie.</p> <p>Verktøy:</p> <p>Semi-strukturerte intervju. Båndopptak.</p> <p>Intervjuene ble utført</p>	<p>9 deltakere deltok i studien.</p> <p>Koordinator for rehabiliteringsprogrammet sendte informasjon om studien til pasientene med kols, som sto på</p>	<p>En forandring i deltakernes opplevelse av tungpust/åndenød og læring og følelse av mindre frykt for aktivitet var hovedtema som ble identifisert.</p> <p>Lungerehabilitering så ut til å</p>	<p>Nivå 1</p> <p>Etisk godkjent av Oxford Radcliffe Hospitals lokale komite for etisk forskning.</p>

	<p><b>2010.</b></p> <p>England.</p> <p>Primary Care Respiratory Journal</p>	<p>COPD patients: a qualitative study.</p>		<p>ansikt til ansikt i deltakernes hjem, i to runder; før og etter rehabilitering.</p> <p>Intervjuene ble tatt opp på bånd.</p>	<p>programmets venteliste.</p> <p>Gjennomsnittsalder: 65,6 år (mellom 54-84 år)</p> <p>GOLD grad: Moderat: 3 deltakere, Alvorlig: 5 deltakere og Svært alvorlig: 1 deltaker.</p> <p>Frafall: 17 ble invitert til å delta, der 12 viste interesse. 2 av disse møtte ikke inklusjonskriteriene og en bestemte seg likevel for å ikke delta etter første kontakt.</p> <p>Eksklusjonskriterier: Lungesykdom annen enn kols, komorbiditet, pasienter som hadde vært utskrevet fra sykehus innen siste 2 uker.</p>	<p>ha innvirkning på fysiske og sosiale aktiviteter, som fikk deltakerene til å vinne over følelse av sosial isolasjon.</p> <p>Vanskeligheter som å gå i trapper, husrengjøring, vindusvasking, handling og hagearbeid ble nevnt og bedret seg etter rehabilitering.</p>	<p>Informasjon og samtykke av pasientene.</p>
9	<p><b>Lahaije, AJMC,</b> HAC van Helvoort, PNR Dekhuijzen og YF Heijdra.</p> <p><b>2010.</b></p> <p>Nederland.</p> <p>Respiratory</p>	<p>Physiologic limitations during daily life activities in COPD patients.</p>	<p>Å undersøke pasienters ventilasjons- og metabolske krav det av ADL i hjemmesituasjon og evaluere mulige mekanismer som er involvert i fysiske begrensinger under ADL i kols.</p>	<p>Kvalitativ metode.</p> <p>Verktøy: intervju og observasjon. Spirometri, Total lungekapasitet (TLC) Single-breath carbon monoxide diffusion capacity (DLCO), sykkeltest og 6-minuttsgåtur.</p> <p>Deltakerne ble intervjuet i</p>	<p>21 stabile og inneliggende kols pasienter, i et rehabiliterings-program deltok i studien. De ble rekruttert fra the University Lung Centre Dekkerswald i Groesbeek, i Nederland.</p> <p>Frafall: 0</p>	<p>Studien viste at støvsuging var mest nevnt og var hyppigste i deltakernes topp-3 liste over hvilken aktivitet som gav mest tungpust. De neste to aktivitetene som deltakerne slet med var å bære tungt når de gikk, og det å ta på seg sokker og sko.</p>	<p>Nivå 1</p> <p>Etisk godkjent av lokal medisinsk etisk komite for menneskers og klinisk forskning.</p> <p>Informasjon til alle, og samtykke fra</p>



	Medicine.			<p>sine egne hjem. De ble spurt om å vise hvilke aktiviteter som gav de mest dyspne i sitt vanlige tempo, inntil symptomene gjorde at motet hindret ytterligere ytelse.</p> <p>De ble bedt om å fokusere på de aktivitetene som de utøver regelmessig, som egenomsorg, huslige aktiviteter og fritidsaktiviteter.</p> <p>Studien ble sammenlignet med 10 friske individer, som passet til alder og kjønn, der de utøvde de samme aktivitetene. Vår oppgave omfatter kun kols-pasientene og resultat fra kols pasientene.</p>	<p>GOLD grad:</p> <p>Grad 2: 6 pasienter, Grad 3: 9 pasienter og grad 4: 6 pasienter.</p> <p>Eksklusjonskriterier: Pasienter med oksygenterapi hjemme, forverring av kols innen 4 uker før studien og hjerte- og nevromuskulær komorbiditet som begrenser ytelsen, ble ekskludert.</p>	<p>Å ta ut og inn av vaskemaskin var også tungt.</p> <p>Andre aktiviteter som ikke var like lett å «måle» på grunn av dens karakter, (av årsak at forfatteren ikke kunne være tilstede), og som gav deltakerne problemer med tungpust var dusjing og det å kle på seg.</p> <p>Andre aktiviteter som var slitsomt og gav tungpust, var å gå i trapper, vaske opp kopper, vaske vinduer og vaske gulv.</p>	alle deltakerne.
10	<p><b>Avsar, Gulcin og Magfired Kasikci.</b></p> <p><b>2011.</b></p> <p>Tyrkia.</p> <p>Australian Journal of Advanced</p>	Living with chronic obstructive pulmonary disease: a qualitative study.	Å undersøke opplevelsen det er å leve med kols med videre hensikt å få en forståelse av hvordan sykdommen påvirker pasientenes liv.	<p>En fenomenologisk studie. Kvalitativ og deskriptivt design.</p> <p>Verktøy:</p> <p>Semi-strukturerte dybdeintervju, med båndopptak.</p> <p>Data ble innhentet i 2008.</p>	<p>14 deltakere som har hatt diagnosen kols, ifølge GOLD kriteriene, i minst et år.</p> <p>GOLD grad:</p> <p>Grad 1: 3 pasienter, Grad 2: 7 pasienter, Grad 3: 3 pasienter og Grad 4: 1 pasient.</p>	<p>Deltakerne gav nøye beskrivelser på sine liv med sykdommen kols, og hvordan sykdommen påvirket hvert aspekt av deres daglige aktiviteter.</p> <p>Tre tema ble identifisert:</p> <p>1.Symptomkontroll</p>	<p>Nivå 1</p> <p>Studien er antatt etisk godkjent da den er godkjent og publisert i kjent tidsskrift. Artikkelen beskriver ikke etisk godkjenning eller hvordan</p>

	Nursing.			<p>Det ble brukt semi-strukturerte og ansikt til ansikt intervju i et Universitet for lunge service. Fokus i intervjuene var; effekten kols hadde på hverdagsaktiviteter, forhold til andre mennesker, emosjonelle følelser, assosiert til sykdommen og deltakernes opplevelser av tungpust.</p> <p>Intervjuene varte i ca 20-40 minutter og ble tatt opp på bånd.</p> <p>Data ble av-identifisert for å bevare konfidensialitet overfor deltakerne.</p> <p>Intervjuene ble utført og transkribert av første forfatteren ved hjelp av Colaizzi's 7-steps metode (1978).</p>	<p>3 kvinner og 11 menn deltok i studien.</p> <p>Frafall: 0</p> <p>Gjennomsnittsalder: 67 år (mellom 55-81 år).</p> <p>Alle brukte bronkodilatorer, mucomyst og antibiotika.</p>	<p>2.Funksjonshemming</p> <p>3.Emosjonelle traumer</p> <p>Deltakerne beskrev at det var vanskelig å lage mat. Damp og lukter virket inn på velvære-forverret apetitt og tungpust.</p> <p>Husarbeid var tungt og vanskelig.</p> <p>Det var vanskelig å gå turer, bøye seg, bade, vaske hår, heve hendene.</p> <p>Deltakerne måtte be om hjelp fra partner / datter / familiemedlemmer for å klare seg.</p> <p>Symptomer som slim, hoste og tungpust ble beskrevet som hemmende i matsituasjoner, sosialt og vanskeliggjorde aktiviteter.</p>	<p>deltakerne er informert.</p> <p>Intervjuene er holdt på et Universitet med avd for lungesyke og det er beskrevet at data er anonymisert.</p>
11	Dickenson, Jill, RN, BA, MSc. 2009. England.	An exploratory study of patient interventions and nutritional advice for	Å undersøke kols pasienters opplevelse av sine matvaner og ernæringsstatus. I tillegg så var hensikten å undersøke kols-	<p>Kvalitativ metode</p> <p>Verktøy:</p> <p>Semi-strukturerte intervju. Notater. Båndopptak, med</p>	<p>12 deltakere var med i studien.</p> <p>Deltakerne ble rekruttert via «community nursing services» /hjemmesykepleie,</p>	<p>Analysen viste 5 områder som dukket opp fra deltakerens beskrivelser; Fysiske problemer, ernæringsmessige problemer, sosiale problemer,</p>	<p>Nivå 1</p> <p>Studien er antatt etisk godkjent siden den er godkjent og</p>

	International Journal on Disability and Human Development.	patients with chronic obstructive pulmonary disease, living in the community.	pasientenes opplevelse av hvordan helsestatusen påvirker livskvaliteten.	ordrett oversettelse.  Intervjuene tillot deltakerne å undersøke sine matvaner samt å reflektere over eventuelle påvirkninger det kunne ha i dagliglivet og for mulige involverte i sin omsorg.  Intervjuene ble tatt opp på bånd og ordrett oversatt.  Intervjuene tillot deltakerne å undersøke sine egne spisevaner, og å reflektere påvirkning dette måtte ha i dagliglivet for seg selv og eventuelle andre de hadde omsorg for.	lokalt.  Inklusjonskriterie: I hovedprinsipp var deltakerne skulle ha diagnosen kols, men på grunn av sykdommens kjente symptomsvariabilitet var Inklusjonskriterie også at deltakere med en markant forverring helsemessig ble inkludert.  Frafall: 0  GOLD grad: Ikke klarlagt annet enn som over i inklusjonskriterie.	Emosjonelle problemer og åndelige problemer.  Ved å ta utgangspunkt fra de fysiske og ernæringsmessige problemene, som både omfatter vår oppgave og som var rapportert at hadde mest innvirkning i pasientenes hverdag; hadde pasientene problemer med å gå, appetitten, vekttap, tygging og svelging, store måltider.  De rapporterte at de ikke maktet å feriere med andre lengre, da de opplevde å ikke holde samme tempo lengre. Bare det å lage en kopp te var slitsomt.  Det var symptomer som dyspne og tretthet som var årsak i problemene.	publisert i kjent tidsskrift.  Deltakerne ble rekruttert gjennom sykepleiere i en lokal kommune
12	<b>Annegarn,</b> Janneke, Kenneth Meijer, Valeria Lima Passos, Katharina Stute, Joze Wiechert, Hans H.C.M. Savelberg,	Problematic Activities of Daily Life Weakly Associated With Clinical Characteristics in COPD.	Hensikten var trefoldig: 1. Å identifisere det mest utbredte problem med ADL hos kols pasienter, 2. Å fastsette score for utførelse og fornøydhets for disse ADL-problemene, og 3. Å undersøke assosiasjoner mellom	Kohortstudie. Kvalitativ, retrospektiv studie, med både kvalitative og kvantitative fremstilling av resultat.  Verktøy:  Anamnese, 6-minutts gåtest (ifølge amerikanske	Totalt 820 av 1102 klinisk stabile kols pasienter som var med i et rehabiliteringsvurdering, deltok i studien.  Frafall: 282 møtte ikke inklusjons-kriteriene og ble dermed ekskludert.  59% av deltakerne var	De 820 deltakerne rapporterte 2999 problematiske ADL's. 743 pasienter skåret 2 eller mer problematiske ADL's. Av en topp-10 liste var de mest utbredte problemene med ADL;	Nivå 1  Studien antas å være etisk godkjent da den er godkjent og publisert i kjent tidsskrift som vitenskapelig

<p>Annemie M.W.J. Schols, Emiel F.M. Wouters og Martijn A. Spruit.</p> <p><b>2012.</b></p> <p>Nederland.</p> <p>Journal of the American Medical Directors Assosiation.</p>		<p>kliniske determinants og de problematiske ADL's.</p>	<p>retningslinjer), postbronchodilator spirometri, physical examination og medisinsk vurdering. Lengde, vekt, BMI, bioelectrical impedance analysis, dyspne-skala, the St.George's Respiratory Questionnaire (SGRQ) og Hospital anxiety og Depression Scale.</p> <p>Semi-strukturerte intervju, der pasientene ble oppfordret til å identifisere og diskutere spesielle problematiske ADL's.</p> <p>Pasientene identifiserte sine opplevelser av hvor bra de utførte det problematiske ADL (performance score) og hvor fornøyd de var med dette nivået (satisfaction score). Scorene ble satt i system og tekst fra 1 («not able to do it» or «not at all satisfied») -10 («able to do it extremely well» or «extremely satisfied»).</p> <p>De selvrapporterte ADL's</p>	<p>menn.</p> <p>Gjennomsnittsalder: 63,6 år +/-9.3 år.</p> <p>Inklusjonskriterier: Nåværende/nye data tilgjengelig, med Forced expiratory (FEV 1)/forced vital capacity (FVC) ratio of 0,7 or less.</p> <p>GOLD grad:</p> <p>1 og 2: 289 deltakere</p> <p>3: 234 deltakere</p> <p>4: 297 deltakere.</p> <p>FEV1 verdi av forventet var: 46,4 % +/- 18,4%.</p>	<p>Å gå: 68%</p> <p>Å gå i trapper: 35%</p> <p>Sykling: 30%.</p> <p>Mer enn 30% rapporterte: «not able to do any of the scored problematic ADL», 44% var «not satisfied at all with the performance of any of the scored problematic ADL»</p> <p>Pasienter med kols grad 4 hadde de dårligste verdiene på testen; 6-minute-walking distance, også etter å ha korrigert for kofundere (høyde, vekt, alder, kjønn).</p> <p>De fleste deltakerne var eldre menn med en generell normal kroppssammensetning, med en lav funksjonell treningsutførelse.</p> <p>1/3 av deltakerne bruke gå-hjelp/støtte.</p>	<p>studie.</p>
--	--	---	--	---	--	----------------

				ble vurdert ved å bruke Canadian Occupational Performance Measure, administrert av leger i form av semi-strukturerte intervju.			
13	<p><b>Odenkrants, Sigrid og Kersti Theander.</b></p> <p><b>2012.</b></p> <p>Sverige.</p> <p>Journal of Clinical Nursing.</p>	<p>Assessment of nutritional and meal-related situations among patients with chronic obstructive pulmonary disease in Primary health care – Obese patients; a challenge for the future.</p>	<p>Å beskrive ernæringsstatus, måltidsrelaterte situasjoner, matvaner og matopplevelser hos pasienter med kols i primærhelsetjenesten.</p>	<p>Kvalitativ og kvantitativ studie, med eksplorativ deskriptiv design.</p> <p>Verktøy:</p> <p>Semi-strukturerte intervju for å innhente data om mat og måltidsrelaterte situasjoner. The Mini Nutritional Assessment (MNA) ble brukt til å innhente data om ernæringsstatus.</p> <p>Studien ble gjort i løpet av 2007.</p>	<p>Av 176 inviterte pasienter som møtte inklusjonskriteriene, deltok 103 i studien.</p> <p>Frafall: 70 ville ikke være med i studien og 3 kunne ikke møte opp til datainnsamlingen.</p> <p>Deltakerne ble rekruttert av astma og kols -sykepleiere i primærhelsetjenesten.</p> <p>Deltakerne var 57 menn med en gjennomsnittsalder på 69 år og 46 kvinner med en gjennomsnittsalder på 67 år.</p> <p>GOLD grad:</p> <p>Ikke beskrevet, men den kan ses ut i fra FEV1 verdi som var:</p> <p>FEV1 % av forventet var</p>	<p>40 pasienter rapporterte at de ikke hadde problemer med mathandling. Problemene som ble nevnt var å løfte og bære matvarene, og å bøye seg ned og plukke dem opp, eller pakke varene i posen og bringe det hjem.</p> <p>Handlekurv var nødvendig både for å ha varene i og til gåstøtte.</p> <p>Ca. halvparten hadde problemer med matlaging. Mange nevnte problemer med lukt og damp fra steking.</p> <p>17 pasienter beskrev et økt matinntak av flere grunner.</p> <p>19 pasienter beskrev et redusert matinntak av sykdomsfølelse slik som uvelhet, feber, var</p>	<p>Nivå 2</p> <p>Godkjent av Forsknings etisk komite (No.2006/322).</p> <p>Å delta var frivillig, all data ble behandlet konfidensielt. Muntlig og skriftlig informasjon ble tilsendt pasientene og samtykke ble innhentet fra pasientene.</p>

					<p>48,9% for alle deltakerne; 48,6% hos mennene, og 49,2% hos kvinnene.</p>	<p>sengeliggende, kvalme, forverring av kols, pneumoni eller tann-/ tyggeproblemer. Tap av appetitt ble nevnt, også med ønske med tap av vekt. Hoste under måltidet var et problem for noen.</p> <p>Hoste generelt, tungpust og tretthet var plagsomme symptom.</p> <p>I følge MNA-score var 86% av pasientene normal eller ikke i risiko for underernæring. MNA avslørte at 10 pasienter var i risiko for å være underernært eller feilernært. Majoriteten var kvinner. Gjennomsnittskroppsmasseindex var 27.</p> <p>MNA viste også at 14% av pasientene hadde svær eller moderat redusert matinntak og 15% hadde mistet mer enn 1 kg de foregående 3 månedene.</p>	
--	--	--	--	--	---	--	--