



Institutionen för Vård och Natur

**Sjuksköterskors omvårdnad för att främja hälsa och  
välbefinnande hos patienter med kronisk obstruktiv lungsjukdom.  
- En litteraturöversikt**

**Nurses care to promote health and wellbeing in patients with  
Cronic Obstructive Pulmonary Disease  
- A literature review**

Examensarbete i omvårdnad  
15 högskolepoäng  
Vårterminen 2010  
Författare: Eriksson, Eva  
Tranberg, Louisa  
Handledare: Marjatta Ylikangas  
Examinator: Elisabeth Kylberg

## SAMMANFATTNING

Titel:	Sjuksköterskors omvårdnad för att främja hälsa och välbefinnande hos patienter med kronisk obstruktiv lungsjukdom.
Institution:	Institution för vård och natur, Högskolan i Skövde
Kurs:	Examensarbete i omvårdnad, 15 högskolepoäng
Författare:	Eriksson, Eva; Tranberg, Louisa
Handledare:	Marjatta Ylikangas
Sidor:	23
Månad och år:	April 2010
Nyckelord:	KOL (kronisk obstruktiv lungsjukdom), välbefinnande, omvårdnad, sjuksköterskor, livsvärld.

Kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) är idag den fjärde största dödsorsaken i Europa och USA och förväntas bli den tredje största. KOL är en långsam progressiv sjukdom som karakteriseras av kronisk luftvägsobstruktion och behandlingen är främst symtomatisk. Den minskade funktionsförmågan gör att patientens livsvärld krymper. I sjuksköterskans profession ingår att ha förmågan att tillvarata det friska hos patienten och genom ett holistiskt synsätt tillgodose patienters basala och specifika omvårdnadsbehov ur samtliga dimensioner. Syftet med studien var att belysa forskning som beskriver på vilket sätt sjuksköterskor med omvårdnad kan främja hälsa och välbefinnande hos patienter med KOL. Metoden som användes i denna studie var en kvalitativ litteraturöversikt. Litteraturen baserades på tio vetenskapliga, kvalitativa och kvantitativa artiklar som publicerats i vetenskapliga tidskrifter. I analysen av det vetenskapliga materialet framkom två tydliga teman; sjuksköterskans förhållningssätt och sjuksköterskans omvårdnad. Båda beskriver hur omvårdnad kan formas på bästa sätt för att tillgodose hela patientens livssituation och därmed främja dennes upplevelse av välbefinnande. Studien pekar på vikten av att sjuksköterskan i omvårdnad ser den enskilde patienten ur dennes livsvärld för att därigenom främja en god vårdrelation som i sin tur skapar trygghet och en ökad förmåga till egenvård.

## **ABSTRACT**

Title:	Nurses care to promote health and wellbeing in patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease
Department:	School of Lifes Science, Univerity of Skövde
Course:	Thesis in Nursing Care, 15 ECTS
Author:	Eriksson, Eva; Tranberg, Louisa
Supervisor:	Marjatta Ylikangas
Pages:	23
Month and Year:	April 2010
Keywords:	COPD (Cronic Obstructive Pulmonary Disease), Well-being, nursing, nurses, life-world.

Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is currently the fourth largest cause of death in Europe and the United States and is expected to become the third largest. COPD is a slowly progressive disease characterized by chronic airway obstruction and the treatment is mainly symptomatic. The decreased ability to function makes the patient's life-world shrink. The nursing profession therefore must be able to recognize and look after the healthy part of the patient and through a holistic approach meet the patient's basic and specific needs of care from all dimensions. The purpose of this study was to highlight research that describes how nursing care can promote health and well-being in patients with COPD. The method used in this study was a qualitative literature review. The literature was based on ten scientific, qualitative and quantitative articles published in scientific journals. The analysis of the scientific work revealed two clear themes; nurses' attitudes and nursing care. Both describe how nursing care can be molded in the best way to meet the patient's entire life situation and thereby enhance the patient's experience of wellbeing. This study points to the importance of nurses, in their care of their patient's, see the individual's life-world and there through creates a good healthcare relationship which in turn makes the patient feel safe and increases the ability to self care.

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INTRODUKTION .....	1
BAKGRUND .....	1
Kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) .....	1
Sjukdom och orsak .....	1
Symtom .....	2
Behandling .....	2
Miljö och livssammanhang .....	3
Livsvärld .....	3
Subjektiv livskvalitet .....	3
Patientens krympande livsvärld .....	3
Hälsa och välbefinnande .....	4
Hälsa enligt WHO .....	4
Katie Erikssons hälsoperspektiv .....	5
Antonovskys hälsoperspektiv .....	5
Hälsofrämjande arbete .....	6
Allmänt .....	6
Patientundervisning i syfte att stärka patientempowerment .....	6
Sjuksköterskors professionella omvårdnadsansvar .....	7
PROBLEMFÖRMULERING .....	7
SYFTE .....	8
Frågeställningar .....	8
METOD .....	8
Datainsamling .....	8
Urval .....	9
Dataanalys .....	10
Etiska överväganden .....	10
RESULTAT .....	11
Sjuksköterskors förhållningssätt .....	11
Olika synsätt och dess konsekvenser för omvårdnad .....	11
<i>Uppgiftsorienterad omvårdnad</i> .....	11
<i>Individanpassad omvårdnad</i> .....	12
Sjuksköterskors omvårdnad .....	13
Hälsofrämjande omvårdnad .....	13
<i>Kommunikation som förutsättning för en god vårdrelation</i> .....	13
<i>Sjuksköterskors möjlighet att skapa engagemang och delaktighet</i> .....	14
<i>Information och patientundervisning som förutsättning för egenvård</i> .....	14
Basal omvårdnad .....	15
<i>Bedömning av patientens kapacitet</i> .....	15
<i>Planering av omvårdnaden utifrån patientens kapacitet</i> .....	16
<i>Utförandet i en konkret omvårdnadssituation</i> .....	17
DISKUSSION .....	18
Metoddiskussion .....	18

Resultatdiskussion .....	19
Sjuksköterskans förhållningssätt .....	19
Sjuksköterskans omvårdnad .....	21
Implementering .....	22
Konklusion .....	22
REFERENSER.....	24
BILAGA .....	A
Bilaga 1 .....	A

# INTRODUKTION

Kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) är en sjukdom som ses som ett förhållandevis nytt begrepp i västvärlden. Dödligheten i KOL uppgavs 2002 ha ökat med femton gånger sedan slutet av 1980-talet. Ökningen kan hänföras en ökad kännedom om KOL inom läkarkåren och har därmed föranlett en förbättrad diagnostik med ökad precision i registreringen av dödsorsaker (Nationalencyklopedin, 2010). KOL är idag den fjärde största dödsorsaken i Europa och USA och förväntas bli den tredje största (Grefberg & Johansson, 2007). Cirka 400 000-700 000 människor har fått diagnosen KOL i Sverige och sjukdomen är därmed en av landets vanligaste folksjukdomar. Antal individer insjuknande i KOL speglar rökvanorna i samhället, då rökning är en huvudorsak till sjukdomen (Ericson & Ericson, 2008).

KOL medför ett stort hot mot hälsan och ställer stora krav på hälso- och sjukvården då patienterna behöver lång och kontinuerlig vård (Hjärtlungfonden, 2009). Sjukdomen påverkar inte bara patienternas fysiska hälsa, utan även deras psykiska och sociala välbefinnande blir lidande (Arnold, Ranchor, Koeter, de Jongste, Wempe, ten Hacken, Otten & Sanderman, 2006). Det är nödvändigt att den enskilde patienten uppmärksammas i sin egen livsvärld, och får rätt stöd av sjuksköterskan för att kunna uppleva hälsa och välbefinnande. Att erhålla kunskap och förståelse om vilken typ av omvårdnad som krävs för att dessa patienter skall klara att uppnå hälsa och välbefinnande trots sjukdom är väsentligt. Avsikten med denna studie var att belysa vad sjuksköterskor kan göra i omvårdnad för att främja hälsa och välbefinnande hos patienter som lider av kronisk obstruktiv lungsjukdom.

## BAKGRUND

### Kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL)

#### Sjukdom och orsak

KOL är en långsam progressiv sjukdom som karakteriseras av kronisk luftvägsobstruktion (Ericson & Ericson, 2008). KOL är ingen enskild åkomma utan ett samlingsnamn för två lungsjukdomar. Den ena är kronisk bronkit och den andra är emfysem (Hjärtlungfonden, 2009). Patienter med KOL har större eller mindre grad av emfysem, vilket utvecklas som en följd av den pågående inflammationen i luftvägarna (Ericson & Ericson, 2008). Emfysem innebär att den elastiska bindväven i alveolväggarna och i bronkiolernas väggar förstörs av enzymer. Alveolerna blir då färre och större och den sammanlagda ytan där gasutbytet mellan syre och koldioxid sker, blir då mindre. Detta leder till ett ökat luftflödesmotstånd vid utandning och patienten andas därför med utspänd bröstkorg för att motverka denna ”kollaps” (Grefberg & Johansson, 2007). Kronisk bronkit är inflammatoriska förändringar i bronkerna och definieras som upphostningar dagligen under en period av minst tre månader per år, i

minst två på varandra följande år. I dagligt tal benämns kronisk bronkit som ”rökhosta” och föregår vanligen utvecklingen av luftvägsobstruktionen (Ericson & Ericson, 2008).

## **Symtom**

Tidiga tecken på KOL är hosta, ökad slemsekretion, blekhet, andfåddhet och orkeslöshet. De första symtomen kan förväxlas med vanliga infektioner och med astma. För att kunna fastställa diagnosen KOL krävs spirometri. Efterhand när sjukdomen förvärras tilltar tröttheten och patienterna kan även drabbas av aptitlöshet som leder till viktnedgång (Elkington, White, Addington-Hall, Higgs & Edmonds, 2005). Till sjukdomsbilden hör att många patienter blir ledsna och nedstämda och får regelrätta depressioner. KOL kan variera i svårighetsgrad och under vissa perioder blir besvären värre än vanligt. Försämringsperioder kommer normalt en till fyra gånger per år och visar sig i form av ökad andfåddhet eller ökad täpplikhet samt tilltagande färgade upphostningar av slem (Hjärtlungfonden, 2009). Dessa försämringsperioder uppträder ofta i samband med en luftvägsinfektion, feber, hosta och förhöjd hjärt- och andningsfrekvens (Ericson & Ericson, 2008).

## **Behandling**

Sjukdomen kan förhindras och bromsas av rökstopp. Att sluta röka är livsviktigt och i sina försök till rökstopp behöver patienten allt tänkbart stöd. Rökavvänjningskurser och nikotintillförsel i olika former kan vara till hjälp mot abstinensbesvär. Bäst resultat uppnås främst genom att den egna motivationen är stark. Rökavvänjning bör innehålla rådgivning med ett beteendemodifierat innehåll, vilket innebär ett individcentrerat samtal med syfte att motivera patienten till ett beteende som därmed gynnar en sundare livsstil (Ericson & Ericson, 2008). Eftersom KOL är en obotlig sjukdom inriktas omvårdnadsåtgärderna på att behandla symtomen. Sjuksköterskans uppgift är att stödja och hjälpa patienten att få största möjliga kontroll över sin sjukdom (Elkington, White, Addington-Hall, Higgs & Pettinani, 2004). Symtomatisk behandling ges vid KOL i form av olika läkemedel som främst syftar till att minska inflammationen i bronkerna. Oxygenbehandling i hemmet kan behövas om patienten konstant besväras av syrebrist. När det gäller patientens nedsatta nutritionsstatus kan samtal med en dietist vara av värde för råd om energitillskott och näringstillskott. Miljön är en annan viktig aspekt där luftföroreningar, kall, fuktig väderlek bör undvikas i den miljö patienten vårdas i, eftersom detta ger ökade andningsbesvär. Vidare kan fysisk aktivitet vara en omvårdnadsbehandling för hjälp till ökad syreupptagning, exempelvis motionsgymnastik. Aktiviteten kan med fördel följas av avslappning som gynnar en god andnings- och hostteknik. Exempel på rehabiliterande behandlingar är andningsmuskelträning vilket innebär att andningsmuskulaturen tränas upp och blir starkare. Sluten läppandning är en annan åtgärd, där patienten tränas att inandas genom näsan och ”visslande” ut genom munnen, för att på så sätt skapa ett motstånd. Dränagebehandling och huffing är två olika behandlingsmetoder med samma syfte, nämligen att eliminera luftvägssekretet ur lungloberna. Kontakt med en sjukgymnast för rätt inhalationsteknik och effektiv hostteknik kan krävas. Effektiv egenvård är väsentligt för sjukdomsförloppet och upplevelsen av symtomen. Behov av psykosocialt stöd blir ofta aktuellt och behandling mot ångest och depression kan krävas i form av beteendeterapi eventuellt kombinerat med medicinsk behandling (Ericson & Ericson, 2008).

## **Miljö och livssammanhang**

### **Livsvärld**

Ett livsvärldsperspektiv innebär att människors vardagsvärld och all dagliga tillvaro uppmärksammas. Livsvärldsperspektivet innebär att se, förstå och beskriva, samt analysera världen, eller delar av den, så som den upplevs av människor. ”Livsvärlden är den verklighet som vi dagligen lever i och ständigt, om än omedvetet, tar för given. Den är således något mer och annat än summan av fysisk fakta” (Bengtsson, 1998, s. 18). Med livsvärlden som utgångspunkt i vårdandet krävs ett förhållningssätt där patienters levda och kanske komplexa verklighet och sanning bejakas.

*Livsvärlden är den levda världen, och det är genom livsvärlden vi älskar, hatar, arbetar, leker, tycker och tänker. Det är i livsvärlden vi söker ett livsinnehåll och en mening. Vi finns till i världen via vår livsvärld och så länge vi lever kan vi aldrig komma ur eller ifrån den* (Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud & Fagerberg, 2003, s. 25).

För patienter som lider av KOL har sjukdom och lidande en djupare mening än den som kan erbjudas i benämningar av symtom och diagnos. Den är högst existentiell som en förlorad förmåga och en förlorad tillgång till livet och världen. Dessa företeelser finns inte i människans konkreta verklighet, och låter sig därför inte uppfångas med hjälp av mätbara tekniker. Istället gestaltas livsvärldsperspektivet av sjuksköterskors uppmärksamhet för patientens egen berättelse och livshistoria (Dahlberg et. al., 2003).

### **Subjektiv livskvalitet**

Enligt Naess, Mastekaasa, Moum och Sørensen (2001) är livskvalitet varje enskild människas inre upplevelser och hon betecknar detta tillstånd som ett subjektivt välbefinnande. Livskvalitet i bemärkelsen psykiskt välbefinnande omfattar människans subjektiva upplevelser av olika sidor i livssituationen. Hon förtydligar begreppet genom att lägga vikt vid både känslor och bedömningar, vilka båda är upplevelser som sedan kan påverka varandra. Vidare menar Naess att livskvalitet är en upplevelsekaraktär, då livskvalitet knyts till närvaro av positiva och frånvaro av negativa upplevelser. Hon utesluter därmed de objektiva omständigheterna i en persons liv och livskvalitet blir enbart ett subjektivt begrepp som innehåller individens kognitiva bedömningar och affektiva upplevelser av sitt eget liv.

### **Patientens krympande livsvärld**

De negativa fysiska symtom som sjukdomen KOL medför har ett starkt samband med det illabefinnande patienten upplever, detta eftersom de skapar en oerhörd ångest och väcker existentiella tankar till liv (Caress, Clancy & Hallet, 2009). Utbrottet av en kronisk sjukdom, exempelvis KOL, gör att den fysiska kapaciteten minskar tidigare än planerat och den subjektiva livskvaliteten påverkas. Det aktiva yrkeslivet måste avslutas och balansen mellan tjänster och gentjänster rubbas (Richt & Tegern, 2005). Känslan av hopplöshet kan vara ytterst



påtaglig för en människa som inte har den orken den hade tidigare (Sirey, Rave & Alexopoulos, 2007). Den kroniska sjukdomen lägger hinder i vägen för de tidigare vanorna och rutinerna och på grund av osäkerhet och trötthet avstår personen från sociala aktiviteter (Richt & Tegern, 2005). Att behöva vara beroende av andra är för många av dessa patienter ångestfullt och laddat (Sirey, et al., 2007).

I takt med den fysiska och psykiska försämringen förändras humöret negativt och detta i sin tur påverkar familjeklimatet. Att vistas i folksamlingar blir till en skamsen aktivitet då sjukdomssymtom blir till ett skådespel för den yttre världen (Richt & Tegern, 2005). Den successiva försämringen leder till en ständigt pågående omprövning av gränser. Frustration och sorg över förlusterna sker i varje steg nedåt. Den minskade funktionsförmågan gör att det fysiska rummet krymper och sjukdomen blir en påminnelse om livets ändlighet och det oundvikliga slutet (Richt & Tegern, 2005). Ett stort antal patienter med KOL beskriver vikten av ett gott förhållande till sjukvården, de menar att hjälp och stöd från vården hjälper dem att uppnå hälsa trots sjukdom (Cicutto, Brooks & Hendersson, 2004). För att patienter som lider av kronisk sjukdom skall ha förmåga att uppnå hälsa och välbefinnande är goda relationer och samtidigt en förmåga till självständighet viktiga faktorer (Plaut, Markus & Lachman, 2002).

## **Hälsa och välbefinnande**

### **Hälsa enligt WHO**

”Välbefinnande” används synonymt med ”hälsa” och är i högsta grad en subjektiv upplevelse. Som allmänt begrepp innebär välbefinnande kvaliteter som belåtenhet, glädje, tillfredställelse och all slags lycka. Att främja hälsa och välbefinnande har av tradition setts som kärnan i omvårdnad (Ehnfors, Ehrenberg & Thorell-Ekstrand, 2007). Att välbefinnande hör nära samman med hälsa kan ses av att välbefinnande betonas i Världshälsoorganisationens definition av hälsa som i svensk översättning lyder; ”Hälsa är ett tillstånd av fullständigt fysiskt, andligt och socialt välbefinnande, inte bara frånvaro av sjukdom eller svaghet” (WHO, 1948).

Världshälsoorganisationen grundades 1946 i syfte att samordna det internationella arbetet för att förbättra hälsotillståndet hos hela världens befolkning. Hälsodefinitionen var på sin tid nyskapande och präglad av den tidens optimism och tron på en fredlig och konstruktiv framtid. Definitionen tar sig i uttryck i människans olika dimensioner fysiskt, psykiskt och socialt (Jahren Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2005). Fysisk hälsa står för den mest uppenbara dimensionen av hälsa och berör kroppens mekaniska funktioner. Med psykisk hälsa menas förmåga till klart och sammanhängande tänkande, inklusive emotionell och social hälsa (Ewles & Simnett, 2007). Kropp, själ och miljö ansågs därmed ha samma betydelse för människans hälsa. Hälsa knöts därmed inte bara till det objektivt mätbara utan fick nu en stark individuell och subjektiv aspekt. Definitionen är inte avsedd som ett mål som måste uppfyllas i nationernas hälso- och sjukvård utan skall ses som en principförklaring i WHO:s grundlag (Jahren Kristoffersen, et al., 2005).

### **Katie Erikssons hälsoperspektiv**

Eriksson (1984) beskriver hälsa som sundhet, friskhet och en känsla av välbefinnande. Individen kan betecknas som sund, när denne är psykisk frisk och handlar på ett sätt som främjar hälsa. Friskhet omfattar människans fysiska funktion, då individen kan betraktas som frisk när de olika organsystemen fyller sina funktioner. Till skillnad från begreppen sundhet och friskhet är välbefinnande en subjektiv upplevelse som innefattar den enskilde personens upplevelse av välbefinnande. Vidare menar Eriksson att frånvaro av sjukdom inte nödvändigtvis innebär hälsa och tvärtom. Trots att en person lider av en kronisk sjukdom kan denne uppleva ett starkt välbefinnande. Vidare hävdar Eriksson (1993) att hälsa ständigt växlar mellan att vara relativ och att vara dynamisk i takt med de olika positioner individen befinner sig i, vilket hon illustrerar med hjälp av sitt hälsokors.

### **Antonovskys hälsoperspektiv**

Antonovsky (1991) var den som införde begreppet salutogenes. Salutogenes betyder hälsans ursprung och härhör från latinets *salus*, som betyder hälsa och grekiskans *genesis* som betyder ursprung. Antonovsky ville rikta uppmärksamhet mot vad som skapar god hälsa och intresserade sig därför för varför vissa människor har förmåga att upprätthålla hälsa trots att de utsatts för omfattande påfrestningar som borde förväntas leda till ohälsa. Hans modell visar att en stark upplevelse av sammanhang i tillvaron är en förutsättning för att människor ska klara av att hantera krävande situationer av olika slag. Antonovskys centrala begrepp ”känsla av sammanhang” (KASAM) innebär för människan att uppfatta livet som meningsfullt, begripligt och hanterbart. Då livssituationen är meningsfull kan en människa bli motiverad att göra en insats, genom att engagera sig och anstränga sig samt bevara hoppet.

Vidare menar Antonovsky att då livssituationen är begriplig skapar detta trygghet och kontroll i tillvaron. Att leva i en situation som är hanterbar innebär att ha möjlighet till inflytande samt att kunna påverka sin situation. Att ta tillvara på tillgängliga resurser kan vara avgörande för hur människan hanterar och bemästrar svårigheter i sin livssituation, exempelvis gällande situationer som utlöser stress. Hur sedan människan klarar av att hantera denna stress med hjälp av inneboende resurser och strategier är vad Antonovsky kallar för coping. Stress är det spänningstillstånd som individen hamnar i vid mötet av krav som måste hanteras, ett tillstånd som sedan följs av ett biologiskt svar som exempelvis förhöjd hjärtverksamhet eller hyperventilation. Kunskap och förståelse för hur människor ständigt utsätts för olika stimuli som skall bedömas och hanteras är oerhört viktigt för hälso- och sjukvårdspersonal, inte minst då det gäller att främja hälsa och välbefinnande hos patienter som lider av KOL (Klang Söderkvist, 2008). Kashdan och Steger (2007) hävdar att de dagar som människor känner sig skärskilt engagerade i sitt dagliga liv upplever de mening och därmed en känsla av hanterbarhet och ett sammanhang. Detta ger en mening samt tillfredsställelse med livet och människan uppnår därmed en högre grad av välbefinnande.

## **Hälsofrämjande arbete**

### **Allmänt**

Hälsofrämjande arbete handlar om att förbättra hälsan för enskilda individer men också för grupper i samhället. Hälsofrämjandets mål och metoder är att stödja och förbättra för människor att få bättre kontroll över sin hälsa. Arbetet inriktar sig på övergripande frågor och vill inte lägga skulden på den enskilda individen och dennes personliga livsstil. Hälsofrämjande arbete är ett paraplybegrepp för en mängd olika aktiviteter, där en del fokus läggs på värderingar och andra på målsättningar (Ewles &Simnett, 2007). Hälsoinformation är en viktig del, där individen ges information i hälsofrågor och får möjlighet att frivilligt göra förändringar i sitt beteende. Informationen kan ske individuellt, exempelvis i kontakten med en distriktssköterska, eller i grupp, i form av rökavvänjningsgrupper.

Hälsoinformation kan delas upp i begreppen primär, sekundär och tertiär hälsoinformation. Primär hälsoinformation innebär att förhindra att sjukdom uppstår, det vill säga individen är i nuläget frisk. Sekundär hälsoinformation används i samband med att individen redan fått symtom eller tecken på sjukdom, för att förhindra att symtomen utvecklas, det vill säga screening. De människor som lider av funktionshinder eller kroniska sjukdomar får ofta tertiär hälsoinformation. Tertiär hälsoinformation sker i samband med sjukdom och rehabilitering vilket innefattar information till patienter och deras anhöriga om hur de kan göra mesta möjliga av de hälsomässiga resurser som återstår, och hur de kan undvika onödiga påfrestningar, begränsningar och komplikationer (Ewles &Simnett, 2007).

### **Patientundervisning i syfte att stärka patientempowerment**

Hälsofrämjande arbete bygger på en klart definierad filosofi om människors möjlighet att stärka sin egenvårdsförmåga. Empowerment används i hälsofrämjande sammanhang för att beteckna processen och möjligheterna för människor att tillskansa sig inflytande över den egna livssituationen. Empowerment kan på svenska översättas till egenmakt samt maktmobilisering. På individnivå handlar det om möjlighet att fatta beslut och ta kontroll över sitt eget liv. Då det gäller patienter som lider av kronisk sjukdom är detta högst väsentligt för att bevara hälsa och öka välbefinnande (Pellmer & Wramner, 2002).

Patientempowerment avser att förstärka patientens inneboende kraft för ett aktivt deltagande och medbestämmande i omvårdnaden, vilket kan stödjas med hjälp av patientundervisning. Patientundervisning utgör en viktig och betydelsefull del av sjuksköterskans professionella yrkesutövning. Men för att patienten ska kunna tillgodogöra sig undervisningen på ett adekvat sätt krävs en god kommunikation och dialog mellan patient och sjuksköterska. De olika delar som patientundervisning bör innehålla är bedömning, diagnostisering av resurser och behov, fastställande av mål, planering och genomförande samt utvärdering följt av uppföljning. Patientundervisning skall ses som en parallellprocess till omvårdnadsprocessen där samtliga av de ovannämnda delarna ingår. I den konkreta situation som patienten befinner sig i är sjuksköterskans kompetens och handlande avgörande för hur samverkan och egenansvar tas tillvara för att främja patientens empowerment. I den samverkan som sker i relationen skall

sjuksköterskan ge patienten möjlighet att uttrycka tankar, känslor, rädslor, minnen, upplevelser och förväntningar. Patienten och vårdaren ska gemensamt reflektera över vad patienten förmår utföra på egen hand och vilket stöd vårdaren kan ge, det vill säga ett tydligt utarbetat programförslag utifrån patientens livsvärld. En god patientundervisning som syftar till att öka patientens kunskap och lärande kräver således noggrann förberedelse och planering (Klang Söderkvist, 2008).

### **Sjuksköterskors professionella omvårdnadsansvar**

Vårdandet kan bara förverkligas genom goda relationer mellan vårdgivare och vårdtagare där patienterna är i fokus och deras värdighet och enhet respekteras och högakts. I sjuksköterskors profession ingår kunskaper inom det medicinska området såväl som inom det omvårdnadsnära. Detta är dock inte tillräckligt då Dahlberg et al. (2003) menar att, för att sjuksköterskor skall ha möjlighet att förstå individen i sin hela existens måste de besitta rätt känsla för etik och moral och kunna agera empatiskt i alla situationer. Enligt Blinderman, Homel, Billings, Tennstedt & Portenoy (2009) är det viktigt att sjuksköterskan söker ny kunskap kontinuerligt för att klara att hantera omvårdnaden av en patient på det psykosociala planet. Detta för att förbättra livskvaliteten samt välbefinnandet hos patienter som lider av KOL.

Centralt i omvårdnad är att ha förmåga att se patienters utsatthet och deras egna perspektiv på sin hälsosituation. I sjuksköterskans profession ingår att ha förmåga att tillvarata det friska hos patienten och ett ansvar för att tillgodose patienters basala och specifika omvårdnadsbehov såväl fysiska, psykiska som sociala, kulturella och andliga (Socialstyrelsen, 2005). Värdegrunden i omvårdnad, som skall vara väl integrerad hos sjuksköterskor, skall genomsyras av ansvar, respekt samt öppenhet för patienters värdighet och integritet. Vårdandets mål är att främja patienters hälsa och välbefinnande, förebygga sjukdom och ohälsa samt lindra lidande (Dahlberg, et al., 2003 ). Mål för omvårdnad ska alltid ha som syfte att motivera, hjälpa och stödja patienten för att uppnå en känsla av ökat välbefinnande (Sirey, et al., 2007; Dahlberg, et al., 2003).

## **PROBLEMFÖRMULERING**

KOL är en kronisk sjukdom där ett av de främsta symtomen är lufthunger och orsaken är i de flesta fall mångårig rökning. Då patienter som lider av KOL drabbas av andnöd leder det vanligtvis till ångest och existentiella tankar. Detta medför ett stort lidande för patienten och får en väsentlig inverkan på dennes subjektiva livskvalitet. Sjukdomen bör inte enbart ses ur en fysisk aspekt då det visat sig att de psykiska symtomen är nog så viktiga att beakta. De fysiska symtomen i kombination med de psykiska har stor inverkan på patienters psykosociala välbefinnande med en krympande livsvärld som följd. Symtomatisk behandling i omvårdnad ska ha som syfte att motivera, hjälpa och stödja patienter för att uppnå en känsla av ökat välbefinnande. Då välbefinnande inte är ett objektiva begrepp utan i allra högsta grad en subjektiv upplevelse är det av vikt att sjuksköterskan ser varje patient som en enskild individ. I

sjuusköterskans profession ingår att ha förmågan att tillvarata det friska hos patienten. Det kan uppstå problem då sjuusköterskan inte innehar förmågan att se den enskilde patientens existentiella livsvärld, då detta kan leda till att patienten utsätts för ett större sjukdomslidande än det lidande sjukdomen orsakar i sig. Att erhålla kunskap och förståelse kring dessa patienters hälsa och välbefinnande är därför väsentligt som grund för god omvårdnad. Med bakgrund av detta var vi därför intresserade av att undersöka utifrån vilket synsätt sjuusköterskor utför omvårdnad, och vad de eventuellt kan göra ytterligare för att främja och uppnå en känsla av hälsa och välbefinnande hos patienter som lider av KOL.

## **SYFTE**

Syftet med studien var att belysa forskning som beskriver på vilket sätt sjuusköterskor med omvårdnad kan främja hälsa och välbefinnande hos patienter med kronisk obstruktiv lungsjukdom.

## **Frågeställningar**

Vad har sjuusköterskans förhållningssätt för betydelse för välbefinnandet hos patienter som lider av KOL?

Hur kan sjuusköterskor i omvårdnad bevara hälsa och öka välbefinnande hos patienter som lider av KOL?

## **METOD**

Metoden som användes i denna studie var en kvalitativ litteraturöversikt. Enligt Friberg (2009) är litteraturöversikt ett referat och en egen bearbetning och analys av tidigare forskning och teorier som funnits i vetenskapliga källor. Litteraturen till denna studie baserades på vetenskapliga, kvalitativa och kvantitativa artiklar som publicerats i vetenskapliga tidskrifter.

## **Datainsamling**

Enligt Friberg (2009) formuleras lämpliga sökord med utgångspunkt i det valda fenomenet eller företeelsen. Datamaterialet till studien inhämtades via elektronisk sökning i bibliotekets databaser; Cinahl, MedLine (via pubmed) samt Elin. De sökord vi använde var nursing, well-being, QOL (quality of life), patient, participation och COPD (cronic obstructive pulmonary deasease).

## Urval

Ett helikopterperspektiv anlades enligt Friberg (2009) vilket innebär ett helhetsgrepp på området. I sökningen gjordes inga avgränsningar efter år eller geografisk spridning. Avgränsning till ett urval av artiklar skedde då vissa artiklar exkluderades och andra inkluderades. En granskning av kvaliteten genomfördes då de skulle uppfylla de kvalitetskrav som rekommenderas för vetenskaplighet. Artiklarna kvalitetsgranskades enligt Fribergs (2009) kvalitetsgranskning av kvalitativa och kvantitativa studier. Artiklarna skulle dessutom svara mot syftet. Sammanlagt hittades 28 artiklar och av dessa förkastades 18 stycken. 12 stycken svarade inte mot syftet och 6 stycken höll inte den rekommenderade kvaliteten för vetenskaplighet. De 10 artiklarna som valdes att användas i resultatet var publicerade mellan åren 2001-2008 (se tabell 1). De utvalda artiklarna fanns alla i fulltext och var därmed tillgängliga (se bilaga 1).

Valda artiklar	Databas	Sökord	Antal träffar
1, 2, 3, 4	Cinahl	COPD AND well-being AND nursing	42
5	Medline (via pubmed)	COPD ab AND Well-being ab	6
6	Medline (via pubmed)	COPD ab AND QOL ab AND nursing ab	20
7	Cinahl	patient participation	430
8, 9, 10	Elin	COPD ab OCH nursing ab	43

Figur 1: Sökmatrix

Ovan presenteras gjord sökning i databaserna Cinahl, Medline (via pubmed) och Elin med valda sökord, antal träffar samt de tio valda artiklarna. Sökningen är gjord mellan 20100223-20100227.

## **Dataanalys**

Artiklarna lästes i sin helhet och granskades flera gånger, först enskilt och sedan gemensamt för att på så vis ge en helhetsbild av innehållet i materialet. Likheter och skillnader avseende resultat, teoriperspektiv och metod var vägledande. Meningsbärande enheter analyserades fram för att sedan grupperas och kondenseras. Varje kondenserad grupp försågs med en kod och därefter utkristalliserades kategorier och underkategorier som sedan bildade teman. Analysen bildade sedermera en syntes, det vill säga en helhet med en sammanställning av gemensamt innehåll. Syftet var därmed att få fram det gemensamma innehållet i de samtliga tio artiklar som sedan presenteras i resultatdelen av studien (Granskär & Höglund-Nielsen, 2008).

## **Etiska överväganden**

I denna studie har författarnas avsikt varit att ge en så sanningsenlig bild som möjligt av de områden som undersökts. Det har tagits hänsyn till Medicinska forskningsrådets etiska principer som generellt gäller för all vetenskaplig forskning. Dessa principer har två huvudsyften, att bidra till riktighet och noggrannhet i vetenskaplig kunskap samt att skydda rätten till intellektuell egendom. I denna studie förekom inte fabricerat eller falsifierat resultat. Litteraturöversikten är inte byggd på falsk data och det har heller inte uteslutits data som ansetts som mindre önskvärd. Hänsyn har tagits till upphovsrätten, det vill säga inget plagierande av referat eller citat ur andra forskares forskningsplaner förekom. Författarna är medvetna om det ansvar som åligger gentemot andra forskare, allmänheten, samhället, samt de forskare som kanske vill bygga vidare på resultatet. Syftet har därmed varit att söka sanningen och inte att vilseleda andra på olika sätt (Medicinska forskningsrådet, 2003).

## RESULTAT

Vår undersökning resulterade i två teman. Dessa teman följs av tillhörande kategorier och underkategorier (se Figur 2)

<b>Teman</b>	<b>Kategorier</b>	<b>Underkategorier</b>
Sjuksköterskors förhållningssätt	Olika synsätt och dess konsekvenser för omvårdnad	Uppgiftsorienterad omvårdnad
		Individanpassad omvårdnad
Sjuksköterskors omvårdnad	Hälsofrämjande omvårdnad	Kommunikation som förutsättning för en god vårdrelation
		Information och patientundervisning som förutsättning för egenvård
		Sjuksköterskors möjlighet att skapa engagemang och delaktighet
		Basal omvårdnad
		Bedömning av patientens kapacitet
		Planering av omvårdnaden utifrån patientens kapacitet
		Utförandet i en konkret omvårdnadssituation

Figur 2: Resultatöversikt

### Sjuksköterskors förhållningssätt

#### Olika synsätt och dess konsekvenser för omvårdnad

##### *Uppgiftsorienterad omvårdnad*

Uppgifter som normalt sätt prioriteras av sjuksköterskor är observation, dokumentation samt att administrera medicinering (Gullick & Staiton, 2008). Uppgiftsorienterade sjuksköterskor är inriktade på att utföra undersökningar och analyser enligt läkarens instruktioner och följer inte upp patienterna på eget initiativ. Tonvikten läggs på att utföra noggranna undersökningar och att ge patienterna den bästa tillgängliga informationen utifrån ett generellt perspektiv (Lundh, et al., 2006).



Som grund för god omvårdnad behövs ett holistiskt synsätt vilket innebär att sjuksköterskor avsätter tid till förståelse för patienter som lider av KOL utifrån deras livsvärld. Det har visserligen visat sig att sjuksköterskor anser att omvårdnad bör få ta sin tid, men i praktiken måste dock andra relevanta uppgifter skötas parallellt, vilket kräver ett mer effektivt arbetssätt. Tidsbristen blir då ett faktum och utvecklas till ett hinder för god omvårdnad, där splittrade och inkonsekventa omvårdnadshandlingar blir följden (Lomborg & Kirkevold, 2008).

Ett uppgiftsorienterat synsätt kan även hänga samman med begränsad erfarenhet eller otillräcklig kunskap och beredskap. Patienter med KOL är en relativt ny patientgrupp och studier har visat att även skickliga och kompetenta sjuksköterskor bör inneha en bred erfarenhet när det gäller specifika patientgrupper (Lundh, Rosenhall & Törnkvist, 2006). Orsaker som beror på bristfälliga attityder och beteenden i yrkesrollen kan ses i en studie gjord i Kina. Där berättade sjuksköterskor att deras avsikt var att utföra omvårdnaden med begränsad kommunikation eller ingen alls med patienterna, då det ansågs mer effektivt. Detta uppskattades inte av patienterna och står i stark kontrast till en omvårdnad sedd ur ett holistiskt perspektiv (Zhang, Yao, Ye, Huang, He & Leng, 2009).

Ett uppgiftsorienterat arbetssätt kan skapa otydliga roller i omvårdnadssituationen och tenderar att skapa en maktkamp mellan sjuksköterskan och patienten om ansvarsfördelningen. Det finns dessutom risk för att patienten tolkar sjuksköterskans beteende som stressat och otjänstvilligt och att sjuksköterskan i sin tur tolkar patientens attityd som ovilligt och krävande (Lomborg & Kirkevold, 2008). Detta kan i förlängningen lätt väcka missförstånd och färga synen på denna patientgrupp som svår och oflexibel. Det är av vikt för sjuksköterskan att komma ihåg, att en omvårdnadshandling kan te sig självklar utifrån yrkesrollen men att denna specifika situation kan upplevas som en stor utmaning för patienten (Gullick & Staiton, 2008).

### ***Individanpassad omvårdnad***

Patienternas krympande livsvärld bör tas i beaktande och forma sjuksköterskors inställning till omvårdnad gällande patienter som lider av KOL (Gullick & Staiton, 2008). Detta innebär att sjuksköterskor går längre än bara fokuserar på teknisk kompetens och även engagerar sig i det humanistiska vårdandet. Ett individanpassat synsätt innebär att främja valfrihet för patienten, ge erkännande samt visa respekt och tillit för patienters autonomi (Zhang, et al., 2009). Detta kräver dock ett empatiskt förhållningssätt. Empati är en grundläggande egenskap som alla sjuksköterskor bör besitta. Empati innebär en förmåga att kunna fånga upp, förstå och sätta sig in i en annan människas känslor. (Sahlsten, et al., 2005).

En studie visade att även om sjuksköterskor hade avsikten att arbeta individanpassat fanns det svårigheter att genomföra detta. Det som sågs som ett hinder var den traditionella rollen där patienten är passiv och sjuksköterskan dominerande. Detta är fortfarande ett vanligt mönster. Sjuksköterskorna kände sig dock obekväma i den dominerande rollen och inbjöd därför patienterna att initiera och vara delaktiga. De ville därmed inte beröva patienterna känslan av att ha kontroll. Det är dock inte alltid patienternas önskemål att ensam vilja ha kontroll. Komplikationer uppstod då patienterna upplevde en odelad aktiv roll som utmattande, obehaglig och till och med riskabel. För en del svårt sjuka patienter är viljan till kontroll begränsad till att enbart kunna säga nej till stora beslut och de vill därmed ges rätten

att lämna alla mindre beslut t.ex gällande dusch och mattider till sjuksköterskan (Lomborg & Kirkevold, 2008).

Individuellt inriktade sjuksköterskor bör därför se till patienterna och deras enskilda livsvärld (Lundh, et al., 2006). Detta kräver dock ett personligt och emotionellt engagemang kombinerat med en förmåga att se individen bakom patientrollen (Sahlsten, Larsson, Lindencrona & Plos, 2005). Sjuksköterskor bör beakta patienters egna kunskaper och erfarenheter om hur det är att leva med sjukdomen, och därmed tillåta patienterna att ha egna idéer och åsikter om sin hälsa. Det är även av vikt att sjuksköterskor ser till att patienter förstått innebörden av sjukdomen och dess behandling (Lundh, et al., 2006). Vidare är återkoppling väsentligt för patienternas självkänsla och för känslan av meningsfullhet, där sedan uppföljning skall ske utifrån de individuella behoven (Sahlsten, et al., 2005). Trots att studier visade att sjuksköterskor har en generell uppfattning att de formar vården utifrån patienters engagemang och delaktighet, visade det sig, att vilken typ av omvårdnad patienterna får, är beroende av vem som utför den, en uppgiftsorienterad eller en individanpassad sjuksköterska (Lundh, et al., 2006).

## **Sjuksköterskors omvårdnad**

### **Hälsöfrämjande omvårdnad**

#### ***Kommunikation som förutsättning för en god vårdrelation***

Att sjuksköterskor arbetar utifrån ett individanpassat synsätt är väsentligt för förmågan att skapa goda vårdrelationer med patienterna (Zhang, et al., 2009). Goda vårdrelationer är nödvändigt och förutsätter en god kommunikativ förmåga hos sjuksköterskor. Kommunikation går ut på att förstå och att bli förstådd och förutsätter att sjuksköterskor använder sig själva som redskap. Detta innebär att kunna lyssna aktivt och dessutom inneha en förmåga att invänta respons från patienter så att de ges möjlighet att uttrycka och förmedla tankar, känslor och behov (Sahlsten, et al., 2005). Trots olika försök att klargöra ömsesidiga förväntningar, mål och strategier inför omvårdnadshandlingar, har det visat sig att sjuksköterskor och patienter ofta tycks ha olika uppfattningar och arbetar mot olika mål. Detta ger upphov till svårigheter och frustration för både patienter och sjuksköterskor (Lomborg & Kirkevold, 2008).

Att erbjuda en vårdande och stödjande relation är en viktig uppgift för att upprätta gemensamma mål. Detta bör ske genom att ingjuta förtroende genom en innerlig, ärlig och öppen attityd samt att inneha ett förhållningssätt som reflekterar ett genuint intresse för patienterna om hur de upplever sin situation, vad de har för åsikter och valmöjligheter (Sahlsten, et al., 2005). Då vårdrelationen präglas av tydlighet och individualiseras i omvårdnadssituationer gagnar det för patienternas komfort och välbefinnande. Detta har visat sig vara en viktig angelägenhet, men långt ifrån enkelt. Trots att både sjuksköterskor och patienter lägger möda på interaktionen och vill finna lämpliga sätt att utföra omvårdnadshandlingar, finner sjuksköterskor det svårt att definiera sin roll utifrån sin yrkesmässiga kunskap och auktoritet. Att hitta en balans mellan praktiska uppgifter samtidigt

som att stödja och hjälpa patienterna utifrån deras autonomi har visat sig vara både tidskrävande och kunskapskrävande. Då kunskap och förståelse för patienters nuvarande tillstånd är vag, medför detta att sjuksköterskornas insatser blir osäkra, och deras försök att främja patienters funktionella kapacitet och långsiktiga välbefinnande misslyckas på grund av en oklar struktur i samband med omvårdnadssituationer (Lomborg & Kirkevold, 2008). En förutsättning för en god omvårdnadsrelation är ett professionellt avståndstagande, vilket innebär ett väl avvägt avstånd som sjuksköterskan kan balansera med hjälp av kommunikationen. Att knyta an i för stor utsträckning till patienten kan innebära att sjuksköterskan sätter stopp för patientens aktiva medverkan (Sahlsten, et al., 2005).

Det har visat sig att bristfällig kommunikation bidrar till att patienterna känner frustration över tanken på att sjuksköterskor underskattar allvaret i deras tillstånd. Patienterna är då rädda att sjuksköterskorna misstolkar allvaret gällande de andningssvårigheter de upplever, då inga tecken på andnöd är synligt och att sjuksköterskan inte tar hänsyn till detta vid utförandet av omvårdnad (Lomborg & Kirkevold, 2008). Bristfällig kommunikation kan även gestalta sig i form envägskommunikation. Envägskommunikation har visat sig ha en begränsad effekt för patienten, där följden kan bli att rädsla uppstår då informationen om sjukdomen och dess konsekvenser kan upplevas som skrämselfpropaganda. Detta främjar inte syftet, vilket är att motivera patienten till ett ändrat beteende och en mer gynnsam livsstil (Lundh, et al., 2006).

### ***Sjuksköterskors möjlighet att skapa engagemang och delaktighet***

En studie visade att sjuksköterskors inställning till att arbeta med patienter som lider av KOL handlar mycket om att skapa de rätta förutsättningarna för engagemang och delaktighet (Lundh, et al., 2006). En nödvändig förutsättning för detta är kontakten vid mötet, där tillit och respekt för varandra är en förutsättning (Sahlsten, et al., 2005). Då sjuksköterskor uppmuntrar patienter till delaktighet och engagemang kan detta skapa en trygghet vilket i förlängningen gör det möjligt att ytterligare integrera och öppna upp för samtal (Lundh, et al., 2006).

Sjuksköterskors kompetens bör därför inkludera att våga, att inbjuda, att bekräfta och att invänta i främjandet av engagemang och delaktighet. För att patienterna skall känna trygghet är det väsentligt att sjuksköterskor visar sig tillgängliga och bekräftar patienterna i en öppen atmosfär av eget ansvar, där goda vårdrelationer är en förutsättning för att inspirera till hopp och fortsatt tillförsikt (Sahlsten, et al., 2005). Detta styrks av Lundh et al. (2006) studie där sjuksköterskor menade att även om de hade för avsikt att skapa villkor för engagemang och delaktighet var syftet ändå att patienterna tog eget ansvar för beslut om förändringar. Sjuksköterskorna hade därför inte för avsikt att försöka övertala patienterna, utan försökte istället främja för samtal i en reflekterande atmosfär.

### ***Information och patientundervisning som förutsättning för egenvård***

Egenvård kan inte främjas förrän patienten har accepterat en situation och önskar att samarbeta (Sahlsten, et al., 2005). De sjuksköterskor som har god kännedom om sjukdomen KOL kan öka patienternas egenvårdförmåga, deras förmåga att ta hand om sig själva och förbättra sin subjektiva livskvalitet. Detta är väsentligt eftersom mycket liten medicinsk

behandling kan erbjudas (Lundh, et al., 2006). Egenvård syftar till att bevara och förbättra hälsa trots sjukdom och därmed ge förutsättningar för ett ökat välbefinnande för patienten. Egenvård bör integrera information, färdigheter, attityder, värderingar och en anpassad miljö (Chen, Chen, Lee, Cho & Weng, 2008).

Information utgör en grundförutsättning för egenvård. Patienten måste ges möjlighet att välja mellan olika alternativ baserat på tillräcklig och korrekt information. Detta är av betydelse för att patienterna skall ha förmåga att involveras i sin egen omvårdad redan i ett tidigt stadium (Sahlsten, et al., 2005). Patientundervisning har som syfte att förbättra och kontrollera patientens kunskaper, använda dialog för att nå fram till den enskilde individen samt bistå med olika pedagogiska hjälpmedel (Lundh, et al., 2006). Både skriftlig och muntlig information bör ges för att underlätta för patienten att tänka i nya banor och att se nya möjligheter för egenvård (Sahlsten, et al., 2005).

I en studie jämfördes ett strukturerat utbildningsprogram med enbart allmänna råd i form av information. De allmänna råden hade samma syfte som den strukturerade patientutbildningen nämligen att hjälpa patienten i dennes ansträngningar att hantera, eller undvika andningssvårigheter i sin dagliga livsföring. Resultatet visade dock att allmänna råd enbart har en kortsiktig effekt men att strukturerad patientutbildning erbjuder patienterna en möjlighet att öka sin tilltro till den egna förmågan. Detta stärker deras självförtroende och ger dem en ökad egenvårdsförmåga och därmed ett ökat subjektivt välbefinnande (Magfired & Türkinaz, 2004).

Att förbereda patientundervisningen innebär att planera vad, när, hur och varför innan mötet tar plats. Sjuksköterskor måste kunna erbjuda patienterna stöd och uppmuntran inför mötet och klargöra dess syfte och mål. I samband med undervisningen bör sjuksköterskor tänka på att inte använda uttryckssätt som väcker känslor av skuld och skam (Sahlsten, et al., 2005). Uppföljningen av målen och täta återbesök är av stor vikt och gör det möjligt för patienterna att få svar på eventuella frågor och funderingar som kan uppstå i samband med undervisningen (Lundh, et al., 2006). För att bedriva patientundervisning i syfte att förstärka patienternas förmåga till egenvård bör, med bakgrund av detta, sjuksköterskor inneha en förmåga att inventera patienters livssituation, resurser, förväntningar och behov. Detta innebär en effektiv omvårdnadsplanering utformad i samverkan med patienten (Sahlsten, et al., 2005).

## **Basal omvårdnad**

### ***Bedömning av patientens kapacitet***

En studie visade att sjuksköterskor ofta har vag kunskap om patienters aktuella tillstånd. Olika omvårdnadsåtgärder kräver dock varierande grad av ansträngning för patienter (Lomborg & Kirkevold, 2005). Psykiska påfrestningar och psykiskt lidande kan få betydande följder för patienters välbefinnande. Det är därför viktigt för sjuksköterskor att ta hänsyn till detta faktum, speciellt när patienterna drabbas av akuta försämringsperioder. Det har visat sig att höga nivåer av ångest kan påverka förloppet av behandlingen och dess resultat vid akuta försämringsexacerbationer (Andenaes, Kalfoss & Wahl, 2004). Det är därför av vikt att

sjuksköterskor är medvetna om att både fysiska, psykiska och miljömässiga faktorer påverkar patienternas upplevda andfåddhet (Lomborg & Kirkevold, 2005).

Patienter som lider av KOL upplever att de förlorar sin kroppsliga spontanitet och simultanförmåga. De rörelser som tidigare varit naturliga blir nu högst medvetna och de måste nu avsiktligt styra sin kropp för att klara att hantera sin andfåddhet (Lomborg & Kirkevold, 2008). Sjuksköterskor bör känna till att trots att patienterna pressar sig till det fysiskt yttersta för att klara att upprätthålla en daglig livsföring är de synnerligen medvetna om sina begränsningar och vet när de behöver sina viloperioder. En medvetenhet hos sjuksköterskor, om att enkla aktiviteter i den dagliga livsföringen kan bli till enorma uppgifter som kräver tid, frekventa viloperioder och behov av stöd fordras (Gullick & Staiton, 2008).

Eftersom patientens egenskaper och personlighet styr graden av välbefinnande är det av vikt att emotionella reaktioner på sjukdomen undersöks närmare i bedömningen av patientens kapacitet och förmåga (Engström, Persson, Larsson & Sullivan, 2001). En gemensam bedömning av graden av upplevd andnöd kan förbättra patientens förtroende för omvårdnadssituationen. För att förhandla fram en tydlig och gemensam agenda bör sjuksköterskor använda sin konkreta kunskap om hur omvårdnaden bäst kan genomföras för att stödja patientens välbefinnande och funktion. Detta för att kunna etablera en ömsesidig förståelse (Lomborg & Kirkevold, 2008).

### ***Planering av omvårdnaden utifrån patientens kapacitet***

Att finna en balans mellan den omvårdnad som krävs och utförandet av den utifrån patientens tillstånd är en fordrande utmaning. I planeringen av de omvårdnadshandlingar som skall utföras bör sjuksköterskor integreras med tanken att de ingår i en gemensam process tillsammans med patienten. En process där patientens komfort, välbefinnande och integritet skall vara i fokus för att maximera funktionsförmåga och samtidigt minimera risken för andnöd (Lomborg & Kirkevold, 2005).

Sjuksköterskor behöver medvetet upprätta realistiska och individuella mål i planeringen så att omvårdnaden avgränsas. Detta inkluderar relevanta och lämpliga förberedelser. Vidare krävs att konkret omvårdnad sker vid lämpliga tidpunkter samt har ett flyt i arbetsförloppet med ett individuellt anpassat tempo där avsiktliga pauser är mycket viktigt (Engström, et al., 2001). Det är av vikt att sjuksköterskorna utgår från en linjär struktur i planeringen med en tydlig uppdelning av den aktuella omvårdnaden. Detta för att undvika en rörig struktur med olika aktiviteter som pågår parallellt (Lomborg & Kirkevold, 2008). I planeringen bör sjuksköterskornas tillvägagångssätt innefatta att utforska, att inventera resurser, att checka av och att ge skriftlig information. Men det bör också inkludera tilldelning av ansvar, att involvera andra professioner samt bedöma patientens självbild (Sahlsten, et al., 2005). De sjuksköterskor som förstår varför det är av vikt med god planering i omvårdnad av patienter som lider av KOL, är bättre rustade att forma den omvårdnad som passar patienten bäst (Lomborg & Kirkevold, 2008).

### *Utförandet i en konkret omvårdnadssituation*

En person som lider av KOL kan inte ta sin andning för given, brist på självklar andning och en opålitlig kropp leder automatiskt till en livsstil som går ut på att medvetet klara av att hantera kroppen i det dagliga livet (Gullick & Staiton, 2008). Utförandet av omvårdnad kräver därför stora ansträngningar av både patienter och sjuksköterskor och är en process inledd och kontrollerad av båda parter. Det har dock visat sig att detta inte alltid är en medveten och tydlig samlad ansträngning (Lomborg & Kirkevold, 2005). En annan studie av Lomborg och Kirkevold (2008) visade att då patienterna är i en prekär eller utsatta situation måste omvårdnadshandlingar förenklas och förkortas för att upprätthålla patientens integritet.

Det är dessutom viktigt att anpassa omvårdnadshandlingarna så att de utförs i rätt ordningsföljd. Pauser skall vara centrala och legitima inslag i omvårdnaden och utföras i enlighet med patientens egna ansträngningar och preferenser. En studie visade att när patienter som lider av KOL beskrev omvårdnadssituationer och vad de ansåg som viktigast visade det sig att de i första hand valde att fokusera på ett flyt i förfarandet, med rätt tempo och en avsiktlig användning av pauser. Pauser är dock en tidskrävande del av basal omvårdnad, och en studie visade att pauser inte prioriterades av sjuksköterskor och därför inte togs i beaktande. Graden av pauser är individuellt då olika patienter behöver varierande grad av vilopauser, där längden och kvaliteten starkt påverkar patienternas förmåga att hämta sig från andningssvårigheterna (Lomborg & Kirkevold, 2005). Chen et al. (2008) menade i sin studie att patienten är expert på sitt eget liv, därför antar denne ett lämpligt beteende som främjar sjukdomen och dess symtom baserat på egna erfarenheter och kunskaper.

En viktig aspekt av omvårdnaden är sköterskors förmåga att skapa en respektfull, accepterande, omtänksam och uppmuntrande atmosfär i utförandet av basal omvårdnad. Att skapa en vårdande atmosfär i vilken mild och avsiktlig användning av instruktioner och information kan utbytas är en förutsättning i konkreta omvårdnadshandlingar av patienter som lider av KOL. Den information som sjuksköterskor ger patienter i samband med basal omvårdnad bör ges som korta och koncisa instruktioner då regelrätt undervisning tenderar att vara fysiskt ansträngande för patienten, som bör hushålla med sin energi. Att skydda patienterna från upptrappning av andnöd samt att hushålla med tiden är primärt (Lomborg & Kirkevold, 2005). Följaktligen är det en stor utmaning att finna en balans mellan ideal omvårdnad och vad som är realistiskt med tanke på patientens aktuella tillstånd och individuella preferenser. Detta för att patienter skall ges möjlighet att uppleva ett större subjektivt välbefinnande (Lomborg & Kirkevold, 2008).

# DISKUSSION

## Metoddiskussion

Syftet med denna studie var att belysa forskning som beskriver på vilket sätt sjuksköterskor med omvårdnad kan främja hälsa och välbefinnande hos patienter med kronisk obstruktiv lungsjukdom. En litteraturöversikt valdes att genomföras för att det ansågs vara lämpligast med tanke på den begränsade tidsram som fanns att följa. Valet av en litteraturöversikt gav möjlighet att få en mer övergripande bild av både sjuksköterskors och patienters perspektiv gällande vad som anses vara god omvårdnad. Den begränsade tidsramen var även en anledning till att en empirisk studie inte genomfördes med hjälp av intervjuer. En empirisk studie kunde dock ha givit en förståelse för patienten och dennes subjektiva livsvärld genom kontakten i det omedelbara mötet.

Friberg (2006) menar att vid en litteraturöversikt görs ingen avgränsning till val av kvalitativa eller kvantitativa artiklar. Således gav dessa båda metoder en djupare insyn av styrkor och svagheter ur dessa båda perspektiv. Genom att studera området ur olika perspektiv tillhandahölls en mängd olika infallsvinklar för att på bästa sätt tillmötesgå dessa patienters specifika behov. Detta ansågs vara en nödvändighet för att sedan fullgöra studien.

Med hjälp av sökorden anlades ett helikopterperspektiv enligt Friberg (2006) och på så vis skapades en inblick i vad som forskats på inom området gällande KOL och omvårdnad kring denna specifika patientgrupp. I samband med detta framgick härmed att det fanns ett stort utbud och att det forskats mycket inom detta särskilda område. En ytterligare avgränsning blev därmed nödvändig och efter hand växte nya sökord fram som sedan blev till hjälp att begränsa sökningen. För att erhålla ett hanterbart antal träffar kombinerades två eller flera sökord med AND eller OCH, vilket medförde att områdets kärna blev alltmer tydlig. Trots att ingen begränsning gjordes avseende årtal visade det sig att de valda artiklar var tämligen ny forskning. Samtliga artiklar hade genomförts mellan åren 2001-2008 och den slumpmässiga geografiska spridningen satte ljus på syftet utifrån olika kulturella perspektiv.

Enligt Granskär & Höglund-Nielsen (2008) skall en sökning vara så väl avgränsad att det är möjligt att gå igenom samtliga abstract. Den preciserade sökningen möjliggjorde att alla abstract kunde läsas, detta sågs som positivt då det gav en känsla av att det som var avsikten att belysa nu hade täckts in. Litteraturöversikter betraktas som sekundärkällor då de bearbetats och tolkats av en annan författare (Granskär & Höglund-Nielsen, 2008). Kvalitén i de valda studierna var så pass tydlig och väl beskriven gällande metod, urval och analys att giltigheten och tillförlitligheten ansågs svara mot de kriterier som anges för vetenskaplighet.

Granskär och Höglund- Nielsen (2008) beskriver de centrala begrepp som används för att beskriva analysprocessen vid en kvalitativ innehållsanalys. Dessa begrepp innebär att plocka ut meningsbärande enheter som därefter grupperas, kondenseras, samt förses med etikett, det vill säga en kod, som sedan bildar olika kategorier, underkategorier och eventuellt teman. Analysering av artiklarna påbörjades genom att först läsa igenom dem ett par gånger för att skapa en förståelse för helheten. Det var även i detta skede som det visade sig att artiklarna verkligen behandlade det som avsågs med studien.

Artiklarna översattes i sin helhet till svenska, detta för att få allt material samlat på det språk som studien ämnade skrivas på. Detta var ett tidskrävande arbete som i efterhand visat sig vara av värde för den fortsatta processen. Ett annat tidskrävande moment var de spontana diskussioner som uppkom under processens gång. Dessa var dock nödvändiga för att ingjuta förståelse för den krympande livsvärld patienten sakteligen går till mötes. Två tydliga teman växte fram; sjuksköterskors omvårdnad och sjuksköterskors förhållningssätt. Detta var ingenting som planerades från början då teman utkristalliserade sig under processens gång och visade sig svara på de frågeställningar som var avsikten att besvara.

## **Resultatdiskussion**

Vid analysen framkom två tydliga teman; sjuksköterskors omvårdnad och sjuksköterskors förhållningssätt, som båda är väsentliga för att forma en omvårdnad som tillgodoser hela patientens livssituation. Resultatet visar tydligt att dessa teman är tätt sammanlänkade då de inte fungerar separerade från varandra eftersom sjuksköterskans förhållningssätt är en förutsättning för god omvårdnad.

### **Sjuksköterskans förhållningssätt**

Hälsa är något som normalt sätt tas för givet av människan och som denne inte reflekterar särskilt mycket över förrän sjukdom och hälsoproblem gör intrång i vardagen. Detta förklaras närmare av Ewles och Simnett (2007) som menar att människor bedömer sitt hälsotillstånd subjektivt i enlighet med egna normer och förväntningar. Upplevelsen av hälsa och välbefinnande varierar starkt och formas av erfarenheter, kunskap, värderingar och förväntningar. KOL har en väsentlig inverkan på hälsan och Arnold et al. (2006) visade i sin studie att de flesta personer med KOL upplever fysiska begränsningar och psykologiska problem.

Det mest framträdande i denna studie var betydelsen av att sjuksköterskor bör inneha en förmåga och en kunskap som redskap för att kunna se den krympande livsvärld som patienter som lider av KOL upplever. En person som drabbats av KOL får hela sin livsvärld förändrad och kroppen förstörs av hosta och slemproduktion, vilket drar uppmärksamhet till deras förstörda kroppar. Mot denna bakgrund är det viktigt att förstå att patienter som lider av KOL blir successivt mer benägna att dra sig undan sociala sammanhang. Social nedtrappning följer i sjukdomens spår då det blir en omöjlighet att följa med på promenader, ordna middagar eller gå ut och dansa. Den sjukdom som börjat sakteligen inifrån är nu helt plötsligt ett skådespel för



den yttre världen och påverkar därmed personens hela livsvärld. Detta styrks av Dahlberg, et al. (2003) som menar att varje förändring i kroppen medför en förändring av tillgången till världen och till livet och att en sådan förändring blir tydlig när en människa drabbas av en kronisk sjukdom som kan leda till existentiell ångest, ångslan och rädsla.

Då ångest och fysiska symtom påverkar patientens subjektiva välbefinnande genomgår denne ett lidande i vardagen. Lidandet har visat sig få betydande konsekvenser för patientens psykologiska status och i förlängningen en inverkan på den subjektiva livskvaliteten. Elkington et al. (2004) menade att sjuksköterskors uppgift var att stödja, hjälpa och förstå patienten för att denne skulle få största möjliga kontroll över både sin livssituation och behandlingen av sjukdomen. Denna förståelse kräver en empatisk förmåga hos sjuksköterskan, att se patienten utifrån dennes existentiella livsvärld. Detta kan dock i praktiken upplevas som ett komplext fenomen, då en total förståelse nog är omöjlig eftersom sjuksköterskan inte är i patientens situation. Detta styrks av Naess (2001) som i sin rapport menade att välbefinnande är en högst subjektiv upplevelse hos individen.

Med denna bakgrund kan det konstateras att sjuksköterskor ställs inför en komplicerad och inte alls given arbetssituation. Det har i denna studie utkristalliserat sig två olika förhållningssätt utifrån vilka sjuksköterskor arbetar. Lundh et al. (2006) beskrev i sin studie att ett uppgiftsorienterat synsätt är baserat på den biomedicinska modellen där sjuksköterskor är ett föremål och patienten är ett objekt. Då en sjuksköterska arbetar uppgiftsorienterat och enbart följer läkarens instruktioner och ser till teknisk kompetens kan det innebära ett större beroende av rutiner och regler. I ett uppgiftsorienterat arbetssätt sätts större fokus på teknisk kompetens eftersom det då prioriteras högre än i ett individuellt arbetssätt. Detta kan få till följd att patienternas önskemål inte tas i beaktande i samma utsträckning. Detta kan skapa känslor av skuld och irritation hos patienterna då det innebär att patienterna inte är i fokus i lika stor utsträckning utan är mer passiva mottagare. I förlängningen kan det resultera i att patienten får en negativ syn på vård och behandling.

Denna studie pekar tydligt på att det synsätt som bäst främjar patienters välbefinnande är det som utgår från ett individanpassat synsätt, där sjuksköterskor har en förmåga att kunna förstå patienter ur deras subjektiva livsvärld, genom att lyssna och förstå. Detta är en förutsättning för att ha förmåga att inkänna patienters krympande livsvärld och kan inte ske utan grundläggande empati och personligt engagemang. Dock är det viktigt att som sjuksköterska se till att gränsen i interaktionen med patienterna inte överskrids. Det bör finnas en medvetenhet om att vårdrelationen skall präglas av ett professionellt avståndstagande där sjuksköterskans motiv i allra högsta grad är oegennyttigt. Detta styrks av både Dahlberg et al. (2003) och Sirey et al. (2007) som menade att mål för omvårdnad alltid skall ha som syfte att motivera, hjälpa och stödja patienten för att uppnå en känsla av ökat välbefinnande vilket i sin tur gynnar patientens subjektiva livsvärld.

Eftersom ett individanpassat arbetssätt sätter fokus på patientens självbestämmande, där denne själv ansvarar för beslut och förändringar som leder till ett högre välbefinnande genererar detta i sin tur ett högre självförtroende och därmed en förbättrad självbild. Detta kan ställas i kontrast till en uppgiftsorienterad sjuksköterska, som är mer benägen att ta beslut och utforma vården ovanför patientens huvud enligt generella behandlingar och metoder. Men det finns en uppenbar risk att det individanpassade synsättet tenderar att bli ett ideal som kan missförstås

och därmed motverka sitt eget syfte. Jämlikhet i vården kanske inte alltid tillmötesgår patienters upplevelser om vad som anses vara god omvårdnad. Då det i Lomborg och Kirkevolds (2008) studie framgick att för de patienter som är svårt sjuka kan viljan till kontroll vara begränsad till att enbart kunna säga nej till stora beslut, och lämna alla mindre beslut t.ex när man ska duscha till sjuksköterskan (Lomborg & Kirkevold, 2008).

Sjuksköterskeyrket bör inte enbart fokusera på jämlikhet då det finns en risk att sjuksköterskors professionella expertkunskap inte framträder i den utsträckning som det borde. Ett väl avvägt arbetssätt är nödvändigt eftersom vissa patienter vill ta ett större eget ansvar och andra känner sig tryggast med att sjuksköterskorna tar det fulla ansvaret och kontrollen. Det kan då te sig som om sjuksköterskor arbetar uppgiftsorienterat då de enbart tagit hänsyn till den patient som önskar överlåta ansvaret i sjuksköterskans händer. Med andra ord de sjuksköterskor som verkligen arbetar individanpassat och ser till den enskilde kan missuppfattats arbeta uppgiftsorienterat utifrån sätt.

### **Sjuksköterskans omvårdnad**

Då sjukdomen KOL visat sig vara tämligen nyupptäckt är kunskaperna många gånger vaga. Sjuksköterskor behöver rätt redskap för att stödja, ge kunskap och delge erfarenhet till denna specifika patientgrupp. Att sjukdomen är tämligen nyupptäckt kan vara anledningen till att en studie av Lundh et al. (2006) visade att sjuksköterskor många gånger känner oförmåga och beskriver känslor av frustration, maktlöshet och osäkerhet inför patienter som lider av KOL. En annan studie visade att sjuksköterskor upplever sig vara som bläckfiskar med många armar och ett huvud, ibland måste de använda armarna och ibland måste de ha händerna bakom ryggen och veta när de bäst ska använda dem (Sahlsten, et al., 2005). Sahlsten et al. (2005) menade i sin studie att det är nödvändigt för sjuksköterskor att ha god kännedom om sina egna reaktioner och känslor som uppkommer i de olika situationer de ställs inför. Därför bör självreflektion vara ett naturligt och väl integrerat inslag i sjuksköterskors profession.

En god vårdrelation skapar trygghet som sedan ligger till grund för att patienter skall ha förmågan att ändra sitt beteende och uppnå en högre subjektiv livskvalitet. Patienter måste få hjälp och stöd att aktivera sina egna resurser för att därigenom hantera sin egenvård i större utsträckning. Detta kan göras möjligt genom att sjuksköterskor lägger vikt vid att tänka på hur de uttrycker sig verbalt och vad de sänder ut för kroppsliga signaler i kommunikationen. För att motivera patienter är det därför betydelsefullt att ingjuta till inspirerande hopp och tillförsikt. Sjuksköterskor bör därmed hjälpa patienter att skapa en livssituation som innefattar en känsla av sammanhang. Detta synliggörs i Antonovskys (1991) modell som menar att när livssituationen känns meningsfull, hanterbar och begriplig så skapar denna trygghet och kontroll i tillvaron och ger en möjlighet till inflytande samt en förmåga att påverka sin situation. Men Lomborg och Kirkevold (2008) visade i sin studie att det inte alltid är patienternas önskemål att själva ha kontroll och att komplikationer därför kan uppstå då patienter upplever en aktiv roll som utmattande, obehaglig och till och med riskabel.

Att drabbas av kronisk sjukdom innebär en förändring till något nytt, där lärandet i denna nya situation blir än mer tydlig. Därför är det av vikt att patienten blir sedd, bekräftad och lyssnad

till i samtliga omvårdnadssituationer. Detta bör i förlängningen kunna utveckla individens egen kapacitet till personlig utveckling och inre mognad. Först då kan patienten komma till sin fulla rätt och ges tillåtelse till medverkan och inflytande av de mål och beslut som fastställs. Små steg gör skillnad, och det gäller för sjuksköterskan att finna de verktyg som gör patienter som lider av KOL motiverade att uppnå sina egna mål. Hälsofrämjande insatser i form av information och undervisning som ges till patienter som lider av KOL, skall bidra till att skapa en grundtrygghet. Detta syftar till att patienterna känner ett större lugn i svåra situationer. Caress et al. (2009) menade att de omvårdnadsåtgärder som sjuksköterskan i samstämmighet med patienten vidtar alltid bör grunda sig på den enskilda människans hela existens och fulla livsvärld.

## **Implementering**

Sammanfattningsvis kan följande slutsats dras; för att uppnå en individanpassad omvårdnad krävs erfarenhet och kunskap, en lämplig fördelning av tid samt stöd från kollegor och ledning. Vårdplanerare bör ta hänsyn till detta då de planerar och organiserar fördelning av resurser för patienter som är kroniskt sjuka. Det är också viktigt att sjuksköterskornas känsla av frustration och maktlöshet tas upp till diskussion.

Om fall av psykiskt lidande hos patienter som lider av KOL upptäcks och tas i beaktande skulle detta potentiellt förbättra vårdplaneringen och därmed förbättra välbefinnandet generellt hos denna patientgrupp. Sjuksköterskor har en unik position att tidigt screena för att uppmärksamma patienter som lider av KOL och deras omedelbara behov av psykosocialt stöd. Rutin kring detta skulle möjliggöra tidig diagnos hos patienter med psykiska svårigheter till följd av sjukdom.

Tydliga tecken i vår litteraturöversikt pekade på att sjuksköterskor ska ha förmåga att se patienten ur dennes livsvärld. Ett förslag till fortsatt forskning kan vara att i form av empiriska studier belysa de specifika behov patienter som lider av KOL har. Detta måste sedan ställas i förhållande till hur sjuksköterskor ser på sin profession och vilka kunskaper de besitter och bör besitta för att klara utmaningen. Detta kan ske i form av dels intervjuer med patienterna kring bemötande och omvårdnadsbehov och dels med sjuksköterskor som får beskriva vilka kunskaper de innehar och vad de anser är god omvårdnad. Förhoppningen är att detta i förlängningen kan ligga till grund för och resultera i att sjuksköterskor och patienter i högre grad integrera med varandra och i större utsträckning arbetar mot gemensamma mål.

## **Konklusion**

I denna studie framkom det tydligt hur en successivt förminskad livsvärld drabbar patienter som lider av KOL. Studien kan bidra till en ökad förståelse för hur det är att leva med sjukdomen och hur en meningsfull tillvaro förloras liksom en positiv självbild. Studien pekade på att effekterna av KOL kräver ett artilleri av instrument som inte bara innehåller åtgärder för sjukdomens fysiska symtom, utan även ser till patientens totala livsvärld. Då sjuksköterskor innehar en ökad förståelse för patienternas livsvärld skapas en förutsättning för att aktivt

kunna lyssna, lugna och kommunicera med medkänsla. Studien visade även att patientens egen kunskap och erfarenhet bör tas i beaktande för att forma omvårdnaden och är en förutsättning för egenvård. För att göra detta möjligt krävs en god vårdrelation som inte är möjlig att uppnå utan en väl utvecklad kommunikativ förmåga hos sjuksköterskan. Information och patientundervisning ligger därför till grund för engagemang och delaktighet som i sin tur är viktiga bitar i främjandet av patientens positiva självbild. Det bör därför i omvårdnaden sättas fokus på hur sjuksköterskan kan hjälpa patienter som lider av KOL att skapa mening och uppleva subjektivt välbefinnande trots sin kroniska sjukdom. Sammantaget menar vi att dessa nämnda förutsättningar ligger till grund för en trygg omvårdnad i alla situationer och bygger på patientens samtliga dimensioner av fysiskt, psykiskt, socialt och andligt välbefinnande.

## REFERENSER

- Andenaes, R., Kalfoss, M. H., & Wahl, A. (2004). Psychological distress and quality of life in hospitalized patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Advanced Nursing* 46 (5), 523–530.
- Antonovsky, A. (1991). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och kultur.
- Arnold, R., Ranchor, A.V., Koëter, G. H., de Jongste, M. J.L., Wempe, J. B., ten Hacken, N. H.T., Otten, V., & Sanderman, R. (2006). Changes in personal control as a predictor of quality of life after pulmonary rehabilitation. *Patient Education and Counseling*, 61, 99–108.
- Bengtsson, J. (1998). *Fenomenologiska utflykter*. Göteborg: Diadalos.
- Blinderman, C., Homel, P., Billings, J.A., Tennstedt, S., & Portenoy, R. (2009). Symptom Distress and Quality of Life in Patients with Advanced Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Journal of Pain and Symptom Management*. 38, 115-123.
- Cicutto, L., Brooks, D., & Henderson, K. (2004). Self care issues from the perspective of individuals with chronic obstructive pulmonary disease. *Patients education of counseling*. 55, 168-176.
- Caress, A., Clancy, K., & Hallet, C. (2009). The meaning of living with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic illness*. 1, 78-86
- Chen, K.-H., Chen, M.-L., LEE, S., CHO, H.-Y., & WENG, L.-C. (2008). Selfmanagement behaviours for patients with chronic obstructive pulmonary disease: a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 64, 595–604.
- Cicutto, L., Brooks, D., & Henderson, K. (2004). Self care issues from the perspective of individuals with chronic obstructive pulmonary disease. *Patient Education of Counseling*, 55, 168-176.
- Dahlberg, K., Fagerberg, I., Nyström, M., Segesten, K., & Suserud, B.-O (2003) *Att förstå vårdvetenskap*. Stockholm: Studentlitteratur.
- Ehnfors, M., Ehrenberg, A., & Thorell-Ekstrand, I. (2007). *VIPS- boken*. Stockholm: Vårdförbundet.
- Elkington, H., White, P., Addington-Hall, J., Higgs, R., & Pettinani, C. (2004). The last year of life of COPD: a qualitative study of symptoms and services. *Respiratory Medicine*, 98, 439-445.

Elkington, H., White, P., Addington-Hall, J., Higgs, R., & Edmonds, P. (2005). The healthcare needs of chronic obstructive pulmonary disease patients in the last year of life. *Palliative Medicine*, 19, 485-491.

Engström, C. P., Persson, L.O., Larsson, S., & Sullivan, M. (2001). Health-related quality of life in COPD: why both disease-specific and generic measures should be used. *European Respiratory Journal*, 18, 69–76.

Eriksson, K. (1993). *Hälsans ide*. Stockholm: Almqvist och Wiksell.

Ewles, L., & Simnett, I. (2007). *Hälsöarbete*. Poland: Studentlitteratur.

Friberg, F. (2009). *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.

Granskär, M., & Höglund-Nielsen, B. (2008). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.

Gullick, J., & Staiton, M.C. (2008). Living with chronic obstructive pulmonary disease: developing conscious body management in a shrinking life-world. *Journal of Advanced Nursing*, 64, 605–614.

Hjärt- lungfonden. (2009). Hämtat från WWW 2009-12-23.  
<http://www.hjart-lungfonden.se/sv/Sjukdomar/Vara-popularvetenskapliga-forelasningar/KOL-forelasning/>

Jahren Kristoffersson, N., Nortvedt, F., & Skaug, E.-A. (2005). *Grundläggande omvårdnad del I*. Stockholm: Liber AB.

Zhang, J. P., Yao, S.Q., Ye, M., Huang, H.S., He, G.P., & Leng, X.H. (2009). A study on the subjective well-being and its influential factors in chronically ill inpatients in Changsha, China. *Applied Nursing Research*, 22, 250–257.

Kashdan, T. B., & Steger, M. F., (2007). Curiosity and pathways to well-being and meaning in life: Traits, states, and everyday behaviors. 31, 159-173.

Klang Söderkvist, B. (2008). *Patientundervisning*. Poland: Studentlitteratur.

Lomborg, K., & Kirkevold, M. (2005). Curtailing: handling the complexity of body care in people hospitalized with severe COPD. *Nordic College of Caring Sciences, Scand J Caring Sci*, 19, 148–156.

Lomborg, K., & Kirkevold, M. (2008). Achieving therapeutic clarity in assisted personal body care: professional challenges in interactions with severely ill COPD patients. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 2155–2163.

Lundh, L., Rosenhall, L., & Törnkvist, L. (2006). Care of patients with chronic obstructive pulmonary disease in primary health care. *Journal of Advanced Nursing*, 56, 237–246.

Magfired, K., & Türkinaz, A. (2004). Effect of education on self-efficacy of Turkish patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Patient Education and Counseling*, 55, 114–120.

Medicinska forskningsrådet. (2003). MRF-rapport 2. *Riktlinjer för etisk värdering av medicinsk humanforskning*. Stockholm: Central tryckeriet.

Naess, S., Mastekaasa, A., Moum, T., & Sørensen, T. (2001). *Livskvalitet som psykisk velvaere*. (NOVA rapport 3/01). Oslo: Nova. Hämtat från WWW 2010-03-20:  
[http://www.reassess.no/asset/2749/1/2749\\_1.pdf](http://www.reassess.no/asset/2749/1/2749_1.pdf)

Nationalencyklopedin.(2010). Hämtad från www 2010-03-29:  
[http://www.ne.se/lang/kol/593248?i\\_h\\_word=Kronisk+obstruktiv+lungsjukdom+historik](http://www.ne.se/lang/kol/593248?i_h_word=Kronisk+obstruktiv+lungsjukdom+historik)

Pellmer, K., & Wramner, B. (2002). *Grundläggande folkhälsovetenskap*. Stockholm: Natur och Kultur.

Plaut, V. C., Markus, H. R., & Lachman, M.E. (2002). Place Matters: Consensual Features and Regional Variation in American Well-Being and Self . *Personality Processes And Individual Differences*, 83, 160-184.

Richt, B., & Tegern, G. (2005). *Sjukdomsvärldar. Om människors erfarenheter av kroppslig ohälsa*. Lund: Studentlitteratur.

Sahlsten, M., Larsson, I., Lindencrona, C., & Plos, K. (2005). Patient participation in nursing care: an interpretation by Swedish Registered Nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 35–42.

Sirey, J.A., Rave, P. J., & Alexopoulos, G. S. (2007). An intervention to improve depression care in older adults with COPD. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 154-159.

Sjukvårdsrådgivningen (2009). Hämtat från WWW 2009-12-21:  
<http://www.1177.se/artikel.asp?CategoryID=37052>

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen.

World Health Organization. (1948). Hämtat ifrån WWW 2009-12-28:  
[http://www.euro.who.int/Housing/20080319\\_10?language=German](http://www.euro.who.int/Housing/20080319_10?language=German)

## BILAGA

### Bilaga 1

Artikelöversikt som resultatet grundats på

Art. Nr	Tidskrift/år/land	Författare	Titel	Syfte	Metod/urval	Resultat
1	Journal of Advanced Nursing 2008 Australien	Gullick, J Colleen Stainton, M	Living with chronic obstructive pulmonary disease: developing conscious body management in a shrinking life-world.	Syftet med studien var att undersöka vilka förändringar en person som lever med lungemfysem/KOL upplever.	Kvalitativ fenomenologisk metod.  29 personer med svår KOL samt 14 nära familjemedlemmar intervjuades med totalt 58 intervjuer.	Patienternas krympande livsvärld bör tas i beaktande och forma sjuksköterskors inställning till omvårdnad gällande patienter som lider av KOL. Detta innebär att sjuksköterskor går längre än bara fokuserar på teknisk kompetens.
2	Journal of Advanced Nursing 2006 Sverige	Lundh, L Rosenhall, L Törnkvist, L	Care of patients with chronic obstructive pulmonary disease in primary health care	Syftet med denna studie vara att beskriva och analysera vad en grupp sjuksköterskor upplever i omvårdanden av.	Kvalitativ metod fenomenografisk.  20 öppna intervjuer med distriktssköterskor och allmänna sjuksköterskor som vårdar patienter med KOL i primärvården.	Individuellt inriktade sjuksköterskor ser till patienternas enskilda livsvärld och beaktar patienters egna kunskaper och erfarenheter om sin sjukdom. Uppgiftsorienterade sjuksköterskor är



						inriktade på att utföra undersökningar och analyser enligt läkarens instruktioner och följer inte upp patienterna på eget initiativ.
3	Applied Nursing Research 2009 Kina	Zhang, J P Yao, S Q Ye, M Huang, H S He, G P Leng, X H	A study on the subjective well-being and its influential factors in chronically ill inpatients in Changsha, China.	Syftet med studien var att bedöma det faktorer som är viktiga för att uppnå ett subjektivt välbefinnande hos kroniskt sjuka patienter inlagda på sjukhus i Kina, och vad med bakgrund av det kan göras i omvårdnad.	Kvalitativ metod. Kvantitativ metod.  Ett urval av 290 inlagda patienter med allvarliga kroniska sjukdomar svarade på frågeformulär gällande välbefinnande, ångest och depression samt fick ge förslag om önskad omvårdnad i en separat intervju.	Att sjuksköterskor arbetar utifrån ett individanpassat synsätt är väsentligt för att skapa goda vårdrelationer med patienterna. Ett individanpassat synsätt innebär att främja valfrihet, ge erkännande samt visa respekt och tillit för patienters autonomi.

4	Journal of Advanced Nursing  2004  Norge	Andenaes, R  Kalfoss, M.H  Wahl, A.	Psychological distress and quality of life in hospitalized patients with chronic obstructive pulmonary disease.	Syftet var att undersöka hur sjukdomsrelaterade faktorer och hälsostatus påverkar den psykiska påfrestningen och den subjektivt upplevda livskvaliteten hos patienter som läggs in akut vid kronisk obstruktiv lungsjukdom.	Kvantitativ metod.  92 ineliggande patienter med KOL var intervjuades med hjälp av St George's Respiratory Questionnaire, Hopkins Symptoms Check List och World Health Organization Quality of Life Assessment. Förhållandet mellan dessa variabler analyserades sedan.	Psykiska påfrestningar och psykiskt lidande kan få betydande konsekvenser för patienters välbefinnande. Det är därför viktigt för sjuksköterskor att ta hänsyn till detta faktum, då det visat sig att höga nivåer av ångest kan påverka förloppet av behandlingen och dess resultat vid akuta försämringsperioder.
5	European Respiratory Journal  2001  Sverige	Engström, C.P  Persson, L.O  Larsson, S  Sullivan, M	Health-related quality of life in COPD: why both disease-specific and generic measures should be used.	Syftet var att studera vilka faktorer som påverkar den subjektiva hälsorelaterade livskvalitet.	Kvantitativ metod  68 patienter med KOL av olika svårighetsgrad bedömdes efter ett allmänt och ett specifikt instrument som mäter hälsorelaterad livskvalitet.	Eftersom patienters egenskaper och personlighet styr graden av välbefinnande är det av vikt att emotionella reaktioner på sjukdomen undersöks närmare i bedömningen av patienters kapacitet och förmåga i den dagliga livsföringen.
6	Nordic College of Caring Sciences	Lomborg, K	Curtailling: handling the	Syftet med denna studie var att	Kvalitativ metod.	Resultatet visar att APBC på sjukhus av patienter

	Scand J Caring Sci 2005 Danmark	Kirkevold, M	complexity of body care in people hospitalized with severe COPD.	rapportera om det komplexa mönster av APBC på sjukhus för patienter med svår KOL och belysa viktiga egenskaper som bör övervägas i klinisk praxis för att stödja patientens komfort och välbefinnande.	Urvalet bestod av 12 sjuksköterske och patient interaktioner, Data inhämtades från f observationer av APBC, följd av enskilda intervjuer med både patienter och sjuksköterskor.	med svår KOL är ett komplext integrerat mönster av handlingar. Hur sjuksköterskan kan hålla patientens andning under kontroll och samtidigt optimera komfort och välbefinnande genom målmedvetenhet och ömsesidiga vårdrelationer.
7	Journal of Clinical Nursing 2005 Sverige	Sahlsten, M Larsson, I Lindencrona,C Plos, K.	Patient participation in nursing care: an interpretation by Swedish Registered Nurses.	Syftet med studien var att klargöra legitimerade sjuksköterskors förståelse för patientens delaktighet vid omvårdnad.	Kvalitativ metod, grounded Theory.  31 legitimerade sjuksköterskor om sju grupper inom slutenvård intervjuades och beskrev innebörden av patientens delaktighet och dess genomförande i omvårdnaden.	Av resultatet framgår fyra egenskaper, som beskriver sjuksköterskors metoder och förfaranden, för att etablera patientens delaktighet. Egenskaperna är: interpersonella förfarande, behandlingsmetoder, fokus på resurser, möjligheter till inflytande. Dessa egenskaper ansågs ha avgörande betydelse för patienten att delta i ett omvårdnadssammanhang.

8	Journal of Clinical nursing, 2008 Danmark	Lomborg, K & Kirkevold, M.	Achieving therapeutic clarity in assisted personal body care: professional challenges in interactions with severely ill COPD patients.	Syftet var att presentera en teoretisk grund för att visa den utmaning som sjuksköterskan står inför vid omvårdnad av patienter som lider av KOL där målet är patienters och sjuksköterskor förväntningar, mål och strategier för assisterad personlig omvårdnad.	Kvantitativ och kvalitativ metod  Tolv fall av sjuksköterske- och patient interaktioner analyserades med hjälp av observation följt av individuella intervjuer med patienter och sjuksköterskor samt ett standardiserat frågeformulär gällande patientens andfåddhet.	Sjuksköterskor och patienter tycktes lägga möda på samverkan vid basal omvårdnad enligt patienternas särskilda behov. Interaktionen kännetecknades av: att nå en gemensam förståelse av patientens nuvarande förhållande och stadium av sjukdomen, att förhandla fram ett gemensamt utrymme och strukturera den basala omvårdnaden, och att förtydliga roller.
---	---	----------------------------	--	---	---	--

9	Journal of Advanced Nursing 2008 Taiwan	Chen, K-H Chen, M-L Lee, S Cho, H-Y Weng, L-C	Selfmanagement behaviours for patients with chronic obstructive pulmonary disease: a qualitative study.	Syftet med studien är att utforska det egenvårdsbeteende som patienter med kronisk obstruktive lungsjukdom innehar.	Kvalitativ metod.  18 deltagare med KOL av olika svårighetsgrad intervjuades. Data samlas in från en thorax avdelning, öppenvårdsavdelningen och en rehabiliteringsenhet.	Resultatet visade deltagarnas förmåga att välja lämpliga beteenden för att förebygga symtom och komplikationer. Fem teman av skötsel kring sjukdomen och beteenden identifierades. Hantering av symtom, genomförande av aktiviteter och motion, kontroll över miljön, emotionell anpassning och upprätthållandet av en hälsosam livsstil.
10	Patient Education and Counseling, 2004 Turkiet	Magfired, K Türkinaz, A	Effect of education on self-efficacy of Turkish patients with chronic obstructive pulmonary disease.	Syftet med studien var att jämföra effekten av en försöksgrupp som gavs ett strukturerad utbildningsprogram med en kontrollgrupp som enbart gavs råd enligt standard i syfte att öka deras kunskap.	Kvantitativ metod  60 patienter totalt. 30 stycken i kontrollgruppen och 30sycken i försöksgruppen.	Patienternas egenvårdsförmåga förbättrats avsevärt efter den strukturerade utbildningen och förblev förbättrad 1 månad senare. Standard omvårdnad med enbart råd var avsevärt effektivt men patienternas resultat 1 månad senare var inte signifikant bättre än innan studien utfördes.