

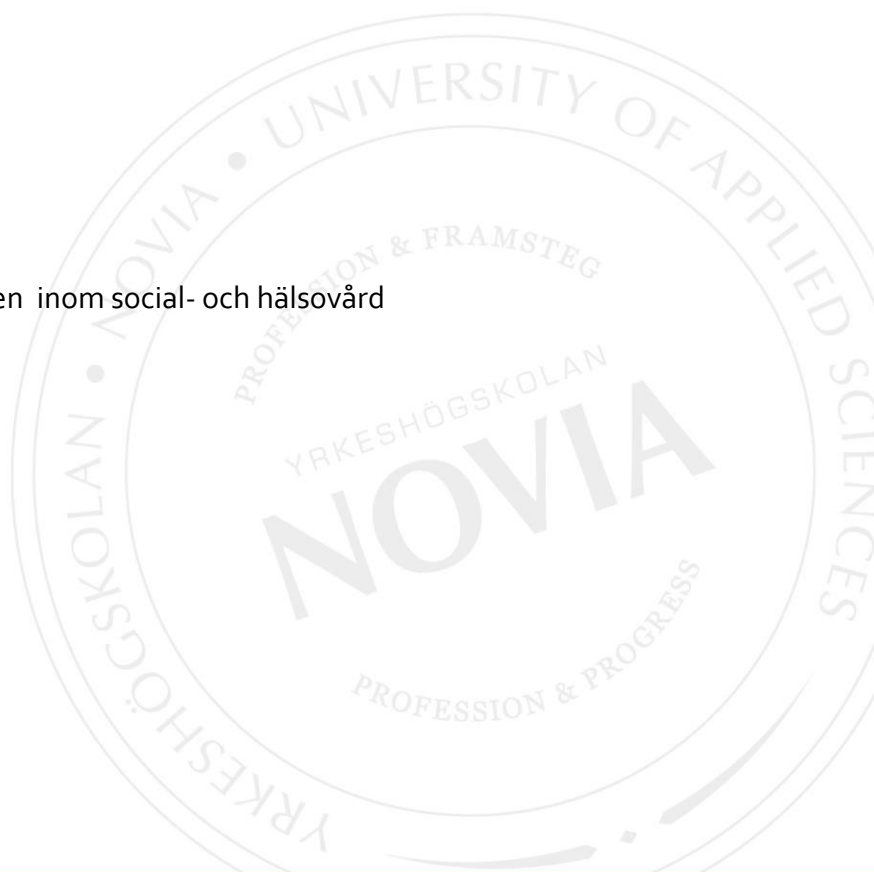
Den fysiska aktivitetens betydelse i egenvården hos COPD patienten - en kvalitativ litteraturstudie

Maria Nordlund

Examensarbete för (YH)-examen inom social- och hälsovård

Utbildning: Sjukskötare (YH)

Vasa 2017



EXAMENSARBETE

Författare: Maria Nordlund
Utbildning och ort: Sjukskötare (YH), Vasa
Handledare: Lena Sandén-Eriksson

Titel: Den fysiska aktivitetens betydelse i egenvården hos COPD patienten

Datum: November 2017

Sidantal: 22

Bilagor: 1

Abstrakt

COPD är en sjukdom som ökar. Sjukdomen är kronisk och innebär en långsam försämring och med tiden ökar antalet försämringsperioder.

Syftet med detta examensarbete är att klargöra den fysiska aktivitetens betydelse i egenvården och vilken påverkan fysisk aktivitet har på livskvaliteten hos patienter med COPD.

Teoretisk utgångspunkt i arbetet är Dorothea Orems egenvårdsteori. Hon beskriver vårdare-patient förhållandet, samt betonar värdet av patientens behov att bli självständig.

Arbetet är en kvalitativ litteraturstudie som baserar sig på vetenskapliga artiklar. Totalt har 10 artiklar analyserats och dessa finns beskrivna i en resume som bilaga.

I resultatet framkom det att lungrehabilitering, egenvård och livskvalitet är viktiga delar i vården av COPD patienten. Den fysiska aktiviteten är en viktig hörnsten. Även livskvaliteten påverkas om patienten redan i ett tidigt skede förstår vikten av egenvård. Med motiverande samtal kan sjukvårdspersonalen få patienterna aktiva i sin egenvård.

Språk: Svenska

Nyckelord: COPD, fysisk aktivitet, livskvalitet, rehabilitering

OPINNÄYTETYÖ

Tekijä: Maria Nordlund
Koulutus ja paikkakunta: Sairaanhoidtaja, Vaasa
Ohjaaja(t): Lena Sandén-Eriksson

Nimike: Fyysisen aktiviteetin merkitys itsehoitoon COPD potilaalla

Päivämäärä: Marraskuu 2017

Sivumäärä: 22

Liitteet: 1

Tiivistelmä

COPD on sairaus joka lisääntyy. Sairaus on hitaasti etenevä krooninen sairaus jossa pahenemisvaiheet lisääntyvät. Tämän opinnäytetyön tarkoitus on selvittää fyysisen aktiviteetin merkitystä itsehoidossa ja myös minkälainen vaikutus fyysisellä aktiviteetillä on COPD potilaiden elämänlaatuun.

Teoreettisena lähtökohtana työssä käytetään Dorothea Oremin itsehoitoteoriaa. Hän kuvaa hoitaja-potilas suhdetta ja myös painottaa potilaan tarvetta olla itsenäinen.

Työ on kvalitatiivinen kirjallisuustutkimus joka pohjautuu tieteellisiin artikkeleihin. Yhteensä 10 artikkelia on analysoitu ja niistä on yleiskatsaus liitteenä.

Tuloksissa kävi ilmi että keuhkokuntoutus, itsehoito ja elämänlaatu ovat tärkeitä osia COPD potilaan hoidossa. Fyysinen aktiviteetti on tärkeä kulmakivi COPD potilaan hoidossa. Myös elämänlaatu paranee jos potilas varhaisessa vaiheessa ymmärtää itsehoidon tärkeyden. Motivoivilla keskusteluilla voi sairaanhoidonhenkilökunta saada potilaan aktivoitumaan omaan itsehoitoonsa.

Kieli: Ruotsi

Avainsanat: COPD, fyysinen aktiviteetti, elämänlaatu, kuntoutus

BACHELOR'S THESIS

Author: Maria Nordlund
Degree Program: Nurse, Vasa
Supervisor(s): Lena Sandén-Eriksson

Title: The meaning of physical activity in self-care in the COPD patient

Date: November 2017

Number of pages: 22

Appendices: 1

Abstract

Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is a disease that is increasing. It is chronic and the patient will successively deteriorate and with time, the amount of exacerbations will increase. The purpose of this thesis is to clarify the meaning of physical activity in self-care and what impact physical activity has in the life quality of patients with COPD. The theoretical starting-point in the thesis is Dorothea Orem's self-care theory. She describes the caregiver-patient relationship, and emphasizes the value of the patient's need to become independent.

The thesis is a qualitative literature study that is based on scientific articles. In total, ten articles have been analyzed, they have been described and can be found in the résumé as an appendix.

The results showed that lung rehabilitation, self-care and life quality are important parts in the care of the COPD patient. Physical activity is an important corner stone. The quality of life is also affected if the patient understands the importance of self-care at an early stage. With motivational discussions, the clinician can help the patients take part in their own self-care.

Language: Swedish Key words: COPD, physical activity, quality of life, rehabilitation

Innehållsförteckning

1	Inledning.....	1
2	Syfte och frågeställningar.....	2
3	Teoretisk utgångspunkt.....	2
3.1	Teorin om egenvård.....	2
3.2	Teorin om egenvårdsbrist.....	3
3.3	Teorin om omvårdnadssystem.....	4
4	Teoretisk bakgrund.....	4
4.1	Patofysiologi.....	4
4.2	Orsaker till Copd.....	5
4.3	Symptom.....	6
4.4	Diagnos.....	6
4.5	Medicinsk behandling.....	7
4.6	Övrig behandling.....	8
4.7	Egenvård i form av fysisk aktivitet.....	8
4.8	Övrig egenvård.....	9
5	Motiverande samtal.....	10
6	Metod och processbeskrivning.....	11
6.1	Systematisk litteraturstudie.....	11
6.2	Datainsamlingsmetod.....	12
6.3	Kvalitativ innehållsanalys.....	13
6.4	Etiska principer.....	13
7	Resultatredovisning.....	14
7.1	Lungrehabiliteringens betydelse.....	15
7.1.1	Andnöd.....	15
7.1.2	Träningsolerans.....	16
7.2	Egenvårdens betydelse.....	16
7.2.1	Fysisk aktivitet.....	17
7.3	Främjande av livskvalitet.....	18

7.3.1 Information.....	18
7.3.2 Oro och förståelse.....	18
7.3.3 Isolering.....	19
8 Metoddiskussion.....	19
9 Resultatdiskussion.....	20
10 Slutledning.....	22
Källförteckning	
Bilaga 1	

1 Inledning

COPD är förkortning av engelskans Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Sjukdomen kan också nämnas KOL, vilket är förkortning av Kronisk Obstruktiv Lungsjukdom. I detta arbete kommer förkortningen COPD att användas.

COPD är en sjukdom med ett kroniskt inflammatoriskt tillstånd i lungorna. Försämringen sker långsamt och med tiden ökar antalet försämringsperioder.

Majoriteten (>95 procent) av finländare med COPD röker. Hos mer än 25 procent av de som rökt länge kan konstateras en långsamt framskridande luftvägsobstruktion. COPD kan också utvecklas till följd av exponering för giftiga gaser och damm, passiv rökning och alfa-1-antitrypsinbrist. (Helin 2016).

Vid svår COPD drabbas inte bara lungfunktionen utan även andra medicinska konsekvenser såsom muskelsvaghet, undernäring och benskörhet hör till. Även den psykologiska och sociala funktionen påverkas negativt. Hjärta, njurar och blodcirkulation påverkas i ett sent skede. Då svårighetsgraden av COPD ökar leder det till försämrad prognos. Vårdbehovet och risken för komplikationer ökar därmed. (Larsson 2002, 13).

I Orems teori om egenvårdsbalans tas vikten av patienternas deltagande i egenvården upp. (Orem 2001). Med en sjukdom följer vissa rättigheter men också förpliktelser som patienten förväntas fullgöra. (Kristoffersen et.al 2005, 53).

I denna studie tas den fysiska aktivitetens betydelse i egenvården för patienter med COPD upp och även hur fysisk aktivitet påverkar livskvaliteten för patienterna. I vården av COPD är fysisk aktivitet väldigt viktigt och det är något varje patient borde komma till insikt om. Risken är stor att sjukdomen förvärras om man inte rör på sig. Man kan i jobbet med COPD patienter märka att motivationen för att röra på sig inte är den bästa. Rädsla för att inte orka eller få luft kan vara en orsak till varför patienterna inte rör på sig. För COPD patienten verkar det vara lättare att ta medicin. Ingen medicinsk behandling har hittills kunnat visa sig inverka på utvecklingen av sjukdomen eller dödligheten, men läkemedelsbehandling är fördelaktig för att lindra och förebygga symptom och akuta försämringsskeden. Eftersom andningen förbättras av fysisk aktivitet förbättras även den allmänna hälsan och därmed får patienten bättre livskvalitet.

2 Syfte och frågeställningar

Syftet med studien är att analysera tidigare forskning och att klargöra betydelsen av fysisk aktivitet som en del av vården hos patienter med COPD. Orsaken till att detta ämne undersöks är att skribenten jobbar med denna patientgrupp och upplever därför detta ämne som intressant.

Frågeställningarna är:

Vilken betydelse har fysisk aktivitet i egenvården för patienter med COPD?

Hur påverkar fysisk aktivitet livskvaliteten för patienterna?

3 Teoretisk utgångspunkt

1959 påbörjade Dorothea Orem ta fram en omvårdnadsmodell. Den har kompletterats med nya delar och utvecklats över tid. Enligt Orem är människan en aktiv varelse som funderar över både sin omgivning och sig själv. Välbefinnande kan uppnås genom egenvård. Individen bör själv ta ansvar för att utveckla goda vanor och främja hälsa. Som sjukskötare kan man stötta och undervisa patienter i egenvård. En alltför sjuk patient klarar inte av detta och då tar sjukskötaren över. Patientens personlighet och livssituation inverkar på hur hjälpen ges. En trivsamt och motiverande miljö är viktig för att patienten ska kunna uppnå sina mål. I Orem's omvårdnadsmodell ingår följande tre delar: teorin om egenvård, teorin om egenvårdsbrist och teorin om omvårdnadssystem. Teorin är generell. (Orem 2001, 141-142). Orem har valts just därför att hon betonar egenvårdens betydelse för att välbefinnande ska kunna uppnås och är därför användbar för denna studie.

3.1 Teorin om egenvård

Egenvård är en mänsklig omsorg som varje individ frivilligt måste utföra dagligen för att upprätthålla liv, hälsa och välbefinnande. Begreppet omsorg om andra eller närståendeomsorg omfattar vuxna individer som förser omvårdnad om andra, ”dependent care agent”. (Orem 2001, 43). Fysiska, psykologiska och sociala interaktioner är enligt Orem oskiljaktiga delar i en persons hälsa. Dessa delar är en grund och förutsättning för personers möjlighet att delta i och genomföra omsorg. (Orem 2001, 48).

3.2 Teorin om egenvårdsbrist

Egenvårdsbehov, terapeutiska egenvårdskrav, egenvårdskapacitet, egenvårdsbrist samt omvårdnadskapacitet är begrepp som Orem's teori om egenvårdsbrist behandlar.

En persons egenvårdsbehov delas enligt Orem in i universella egenvårdsbehov, utvecklande egenvårdsbehov och egenvårdsbehov relaterat till hälsoproblem. Universella egenvårdsbehov är gemensamma för alla människor i alla skeden av livscykeln, enligt ålder, utveckling och miljö- och andra faktorer. De är förknippade med livsprocesser, med upprätthållandet av integriteten av mänsklig funktion och det allmänna välbefinnandet. Exempel på universella egenvårdsbehov är livsviktiga behov som att andas, inta föda och vätska, balans mellan vila och aktivitet, elimination, motverka fara och ha balans mellan ensamhet och social kontakt. Mänsklig utveckling från spädbarn till döden kräver upprätthållande av förhållande som främjar utvecklingsprocesser och tillväxt under hela livscykeln. Den normala utvecklingen kan hotas vid hälsoproblem och då bör individen ta till åtgärder för att hindra skadlig utveckling och negativa konsekvenser. Egenvårdsbehov relaterat till hälsoproblem kan vara att uppsöka sjukvård, att följa medicinsk ordination, bedömning av hälsotillstånd och reagera på eventuella biverkningar. (Orem 2001, 48-49).

Vid ohälsa har individen behov av att anpassa sig till situationen oavsett om det är en kort eller långvarig sjukdom. Terapeutiska egenvårdskrav innebär kortfattat krav på handling, vad en individ bör göra och vilka möjligheterna att engagera sig i egenvården är. Detta för främjande av liv, normal funktion, hälsa och utveckling. Egenvårdskapacitet innebär individens förmåga och kraft att utöva sin egenvård (Orem 2001, 52-53).

Omvårdnadskapacitet är en komplex förmåga hos mogna individer att uppfylla andras egenvårdsbehov (Orem 1995 5:e edition, 242). Det kan innebära personers förmåga att hjälpa andra med deras egenvårdsbehov när deras egenvårdskapacitet är begränsad. Till exempel då en sjukskötare hjälper patienter eller anhörig hjälper en närstående med att möta deras terapeutiska egenvårdskrav. (Orem 1995, 242-243).

Då en person hamnar i en situation som gör att egenvårdsbehoven inte kan tillgodoses kallar Orem det egenvårdsbrist. Då egenvårdskapaciteten är låg, då det terapeutiska kravet är större uppstår en brist i egenvårdskapaciteten vilken kan bero på olika faktorer exempelvis bristande självkänedom, kunskapsbrist, miljön samt nedsatt psykisk och kognitiv förmåga. (Orem 2001).

3.3 Teorin om omvårdnadssystem

Omvårdnadssystem består av tre grundläggande variationer: fullständigt kompenserande-, delvis kompenserande- samt stödjande- och undervisande omvårdnadssystem (Orem 1995, 306). Omvårdnadssystem hjälper den mottagande patienten till utförande av egenvård. Vilket system som väljs beror till hög grad på patientens omfattning av egenvårdsbrist. Är egenvårdsbristen total är patienten i behov av fullständigt kompenserande omvårdnadssystem, till exempel medvetslösa patienter. (Orem 1995, 308-310).

Delvis kompenserande omvårdnadssystem används åt de patienter som klarar av att utföra vissa delar av sin egenvård. Stödjande- och undervisande omvårdnadssystem används när patienten endast behöver skötarens stöd att anpassa sig till en ny situation. (Orem 1995, 310-312).

4 Teoretisk bakgrund

I detta kapitel kommer skribenten att redogöra för sjukdomens patofysiologi, orsaker, symptom, diagnos, medicinsk behandling och övrig behandling. Här tas också upp egenvårdens betydelse både i form av fysisk aktivitet och övrig egenvård.

När patienter drabbas av COPD sker en livsstilsförändring. Förutom farmakologisk behandling och att sluta röka är det viktigt att patienten inser vikten av fysisk aktivitet. Regelbunden fysisk träning förbättrar både livskvalitet och ansträngningsförmåga. Oavsett svårighetsgrad kan motion utövas av alla med COPD. Patienterna behöver härmed stöd, information och kunskap av sjukskötaren för att kunna hantera den nya situationen. (Larsson 2006, 409-410).

4.1 Patofysiologi

COPD utvecklas långsamt och karakteriseras av kronisk luftvägsobstruktion. För de flesta patienterna är tobaksrök en central faktor för sjukdomens utveckling. Bronkialslemhinnans makrofager aktiveras av röken och försöker eliminera rökningens skadliga ämnen. Slemhinnans mastceller aktiveras också och det leder till inflammation i både luftvägar och lungvävnadens stödjevävnad. Fibros kommer att bildas vartefter inflammationen i bronkialslemhinnan blir kronisk. Slemhinnans glatta muskelceller och körtlar hypertrofierar

också och bägarcellernas antal ökar. Neutrofilerna bidrar till att emfysem uppkommer. Slemhinnans ciliebärande celler skadas vartefter och då försämras sekrettransporten och sekretet ansamlas i bronker och bronkioler. Detta leder till luftvägsinfektioner. (Ericson & Ericson 2012, 341).

COPD är en sjukdom med ett kroniskt inflammatoriskt tillstånd. Mycket energi och näring krävs eftersom kraftig avmagring hör till sjukdomen. Muskulaturen atrofierar snabbt på grund av katabolismen vilket gör att andningsförmåga och prognos försämras. Tillstånd som vanligen ingår i COPD är kronisk bronkit, vilket betyder kronisk inflammation i bronkialslemhinnan. Hosta med upphostningar, dagligen eller under en period på minst tre månader per år, i minst två på varandra följande år är definition av kronisk bronkit. Med detta kan man dra slutsatsen att besvären pågått länge, flera år. Återkommande och långdragen hosta föregår vanligtvis utvecklingen av luftvägsobstruktionen. (Ericson & Ericson 2012, 341).

Orsaken till varför emfysem uppkommer är oklar och man vet att emfysem kan uppkomma även av andra orsaker än av COPD. Då alveolernas väggar brister och större luftblåsor bildas uppkommer emfysem. Det resulterar i förlust av fungerande lungvävnad och gasutbytet blir nedsatt. Allmänt talat innebär emfysem ”förstorade luftrum” och som följd av den pågående inflammationen i bronkerna utvecklas sjukdomen. (Ericson & Ericson 2012, 341).

4.2 Orsaker till COPD

Kronisk obstruktion är förknippad med en onormal inflammatorisk reaktion orsakad av skadliga partiklar och gaser (Grefberg 2013, 201). Vanligast är obstruktion orsakad av rökning, men förekommer även hos personer som tidigare rökt eller som till exempel i yrkeslivet utsatts för luftvägsirriterande partiklar eller gaser (Sandström & Eklund 2009, 387). Genom rökstopp kan sjukdomen förhindras och bromsas. Stigande ålder, tidig rökdebut, rökningens omfattning och om sjukdomen finns i släkten ökar risken att utveckla COPD. (Grefberg 2013, 201-202).

Aktiv rökning och COPD i tidigt skede har en negativ påverkan på muskelmassan, den fysiska kapaciteten och hälsotillståndet. Detta stöder vikten av terapeutiska åtgärder för att främja rökavvänjning, fysisk aktivitet och förhindrande av utveckling av luftvägsobstruktion hos rökare och COPD-patienter även i frånvaro av symptom. (Caram, et.al. 2016, 5).

4.3 Symptom

Vanligaste symptom på COPD är hosta, ökad slemproduktion, andfåddhet, blekhet och eventuellt cyanos. Även avmagring, utspänd bröstkorg, tunna axlar och indragna halsgropar kan noteras. Vanligtvis uppträder symptomen i intervall, bättre och sämre dagar. Det är vanligt att måendet försämras vid luftvägsinfektion. Även att utsättas för dammig eller kall miljö kan öka på symptomen. Övre luftvägsinfektioner och andnöd som återkommer kan vara tidigt tecken på att bronkit-symptom stegvis övergår i kronisk form. (Ericson & Ericson 2012, 343).

Tilltagande andnöd är det viktigaste symptomet på akut försämring av COPD. Så även ökad mängd slem. Andra symptom kan vara övre luftvägsinfektion, värre hosta, feber och förhöjd hjärt- och andningsfrekvens. Andnöd som är tecken på försämring av lungkapaciteten förvärras oftast så smygande att patienten knappt märker det. (Ericson & Ericson 2012, 343-344). Enligt Lin (2014) är andnöd en subjektiv känsla som ofta skapar enorm nöd för patienten.

Lungfunktionen kan vara otillräcklig vid svår COPD. Då klarar kroppen inte av att upprätthålla normal syrehalt i artärblodet och kronisk syrebrist kan utvecklas. Kronisk slembronkit utvecklas bland 12 procent av rökarna. Det behöver inte vara förknippat med utveckling av COPD. (Grefberg 2013, 201).

4.4 Diagnos

För att diagnosen ska kunna fastställas krävs det att en spirometri utförs. FEV1 (forcerad utandningsvolym under en sekund) och FVC (forcerad vitalkapacitet) värdena är här av betydelse. Om kvoten mellan dessa värden efter luftrörsutvidgande läkemedel (ex. salbutamol 400ug som inhalationsaerosol) är mindre än 0,7 föreligger obstruktion. (Ericson & Ericson 2012, 344). Enligt nya referensvärden om z-värdet är mindre än 1.65 (Helin 2016). Gradering av obstruktionens svårighetsgrad fastställs enligt dessa värden efter luftrörsutvidgande läkemedel. Svårighetsgraderingen av COPD är till hjälp då läkaren väljer medicinsk behandling och andra åtgärder. (Ericson & Ericson 2012, 344).

Med reversibilitetstest mäter man FEV1 värdet efter inandning av luftrörsutvidgande läkemedel. Det är vanligt att det inte sker eller endast begränsat sker en förbättring av värdet vid COPD. Vid COPD och emfysem är det vanligt att residualvolymen ökar. Residualvolym

betyder den luftvolym som finns kvar efter maximal utandning. (Ericson & Ericson 2012, 344).

PEF-uppföljning används i huvudsak vid astma, men i patientens egenvård kan det också vara av betydelse vid COPD. Blodgasanalys görs för att fastställa eventuell respiratorisk insufficiens vilket innebär att syrgasvärdena är låga och koldioxidvärdena höga. Med saturationsmätare mäter man syremättnaden vilken kan vara sänkt, särskilt hos rökare eftersom blodets innehåll av kolmonoxid då ökar och mer kolmonoxid binds till de röda blodkropparna och detta leder till att hemoglobinet syremättnad minskar. (Ericson & Ericson 2012, 345). Om värdet är under 90 procent bör det tas ställning till om patienten behöver syrgasbehandling.

Röntgenbild av lungorna fastställer inte COPD diagnosen, men bör ändå tas för att utesluta andra sjukdomar (ex lungcancer). Diffusionskapaciteten är vanligtvis sänkt om det finns en komponent av emfysem med. Så bra att även detta kontrolleras. Förekomsten av både astma och COPD hos samma patient är vanligt. (Helin 2016).

4.5 Medicinsk behandling

Medicinsk behandling vid COPD liknar den vid astma. Behandlingen syftar främst till att minska inflammationen i bronkerna (luftrörsutvidgande läkemedel). Patienterna får vanligtvis prova läkemedel i olika faser av sjukdomen och märker då vilket läkemedel patienten verkligen har nytta av. Eftersom sjukdomen vanligtvis går i försämrings- och förbättringsperioder ställs det särskilda krav på utvärdering av pågående behandling och förändring efter behov. (Ericson & Ericson 2012, 345).

Hittills har ingen medicinsk behandling med säkerhet kunnat visa sig inverka på utvecklingen av sjukdomen eller dödligheten, men läkemedelsbehandling är fördelaktig för att lindra och förebygga subjektiva symptom och akuta försämringskedor. Förebyggande eller reduktion av försämringskedor syftar till att ändra sjukdomsförloppet. Grad av obstruktion och symptom inverkar på val av vård. Som behandlingsalternativ kan väljs kortverkande öppnande medicin, långverkande öppnande medicin, antikolinergika eller glukokortikoider. (Helin 2016).

4.6 Övrig behandling

Hos patienter som besväras av slem kan flaskblåsning, PEP, rekommenderas. Patienten blåser i en plastslang som går till en flaska som är fylld med vatten och därefter hostar patienten upp slemmet. Detta kan patienten göra på egen hand hemma. (Helin 2016).

Vid plötsligt försämringsskede är det viktigt att en ordentlig status görs (hudens färg, andningsfrekvens, blodtryck, hjärt- och lungauskultation, perifera svullnader). Även syremättnad, thorax-röntgenbild, blodprov (tpvk, crp, krea, elektrolyter, ekg) tas. Patienten kan också behöva syrgas som ges via mask. Som medicinsk behandling ges kortverkande öppnande medicin, till exempel salbutamol 5-10 mg. Man kan upprepa medicineringen med 4–6 timmars mellanrum. Om patientens mående tillåter påbörjas en glukokortikoidkur (Prednisolon 30-40 mg/dygn under 5 dagar). Om patientens allmäntillstånd är svagt eller om hon/han inte kan svälja eller spyr kan medicin ges iv. Om inget behandlingssvar uppnås bör patienten intas till hälsocentralens bäddavdelning eller till sjukhus. (Helin 2016).

Vid plötsliga infektionssymptom kan mikrobiell behandling påbörjas. De ges som tablett eller iv. Vaccination mot pneumokocker och årlig influensa rekommenderas. En del patienter kan behöva syrebehandling hemma. (Helin 2016).

4.7 Egenvård i form av fysisk aktivitet

Betydelsen av fysisk aktivitet bör beaktas i alla skeden av sjukdomen. Rörelseaktivitet förbättrar prestationsförmågan och minskar symptom och återfall. (Helin 2016, 3). Med fysisk aktivitet förbättras ventilationen. Ansträngningsutlöst andnöd kan på så sätt minskas. Då man under en tid aktivt promenerar, simmar eller cyklar förbättras prestationsförmågan, andfåddheten minskar och toleransen för ansträngning ökar. Genom att regelbundet träna förbättras skelettmuskelfunktionen avsevärt och detta har även effekt på ventilationen. Även svårt sjuka behöver erbjudas träning och då med hjälp av extra syrgastillförsel under gymnastiken. Kall och fuktig väderlek bör undvikas eftersom det kan förvärra symptomen. (Ericson & Ericson 2012, 349). Fysisk inaktivitet och ”stillasittande livsstil” är fraser som ofta används när man beskriver livsstil hos personer med COPD. (Hunt & Madigan & Williams & Olds 2014).

Trots att fysisk aktivitet är viktigt kan det ändå vara på sin plats att tillägga att en patient med COPD bör tänka på att arbeta energisnålt och låta andningskapaciteten bestämma

tempot. Till exempel armlyft och framåtböjningar kräver mycket energi och muskelkraft. Det är också att rekommendera att patienten lägger in fler vilopausar och ändrar arbetsrytmen. (Ericson & Ericson 2012, 349).

Fördelarna med fysisk aktivitet är både psykologiska och fysiologiska. Fysisk träning har en antidepressiv effekt, alltså är bra för den mentala hälsan. Det kan förklaras med att patienten upplever en tillfredsställelse när hon klarat av något som först kändes svårt (i detta fall fysisk aktivitet). Då ökar självförtroendet.

Som annan förklaring är att rädslan minskar för fysisk aktivitet och patienten märker att andfåddhet inte är farligt och detta är viktigt eftersom många patienter inte alltid vågar vara så aktiva som de kanske skulle kunna vara. (Olséni & Wollmer 2003, 67). Det är då viktigt att patienten får råd och tips. Det är ångestskapande att inte kunna "få luft". Många patienter är rädda för att anstränga sig. Detta ökar risken för att de isolerar sig. Genom att få möjlighet att ibland träna tillsammans med en sakkunnig kan det bidra till att patienten känner sig tryggare och vågar mera och den sociala isoleringen bryts. (Olséni & Wollmer 2003, 102-103).

4.8 Övrig egenvård

Rökavvänjning är livsviktigt för personer som drabbas av COPD. För att klara av detta behöver patienten allt tänkbart stöd. Rökstopp är viktigt även för de i patientens närmaste omgivning. Mot abstinensbesvär kan nikotinersättningsmedel (tuggummi, spray, inhalatorer, plåster och sugtablett) användas. För att patienten ska klara av att sluta röka bör individens egen motivation vara stark. Stöd kan behövas av till exempel rökavvänjningsjuksköterska. Även läkemedelsstöd som till exempel Zyban eller Champix har effekt mot "röksuget". På olika webb-baserade program kan också patienten få stöd. (Ericson & Ericson 2012, 346-347).

Med lungrehabilitering kan man lindra dyspné och trötthet. Den känslomässiga funktionen förbättras och känslan av kontroll som individen har över sitt tillstånd ökar. Rehabilitering fungerar som en viktig del i vården av COPD och är till nytta för att förbättra hälsorelaterad livskvalitet och träningskapacitet. (McCarthy & Casey & Devane & Murphy & Lacasse 2015).

Rehabiliteringen fokuserar inte bara på förbättring av träningskapaciteten, utan också på uppehållande av beteendemässiga förändringar som behövs för att uppnå en förbättring av hälsotillståndet och livskvaliteten. (Devillier, et.al. 2014). Andningsmuskelträning, rätt andningsteknik, effektiv hostteknik och rätt inhalationsteknik är också av stor vikt i egenvården. (Ericson & Ericson 2012, 347-348).

Personer med COPD är ofta magerlagda med förstörd bröstorg och muskulaturen i extremiteterna är dåligt utvecklad. Andningsarbetet hos dessa patienter kräver ökad energiåtgång. Det energikrävande och sömnstörande hostandet är en annan viktig anledning till att dessa patienter utgör en riskgrupp för undernutrition. Det kan vara av värde att träffa en dietist för att få råd om energi- och näringstillskott i kosten. (Ericson & Ericson 2012, 349).

Irriterande partiklar i miljön, till exempel starkt luktande kemikalier och färger bör undvikas. Även luftföroreningar och kall, fuktig väderlek bör undvikas eftersom detta kan öka besvären. (Ericson & Ericson 2012, 349).

5 Motiverande samtal

Karaktär av samarbete är en nyckelkomponent i andan i motiverande samtal. Rådgivaren bör inte vara i överläge med auktoritär hållning, utan i stället försöka kommunicera en partnerliknande relation. En positiv och personlig atmosfär som främjar förändring ska rådgivaren försöka skapa. Den bör inte vara tvingande. Rådgivarens stil bör inte vara en som förmedlar egenskaper utan snarare en som drar och lockar fram dessa egenskaper inom personen. Man bör hitta inre motivation till förändring inom personen och väcka, locka fram den. Motiverande samtal betyder utforskning mer än uppmaning och stöd istället för övertalning och bevisföring. (Miller & Rollnick 2010, 62-63).

Ansvar för förändring i motiverande samtal ligger hos patienten. Det bör finnas respekt för individens autonomi. Patienten ska kunna välja att ta emot rådgivning eller avstå. Målet med motiverande samtal är att öka den inre motivationen så möjlig förändring kommer inifrån snarare än påtvingat utifrån. Det bör vara patienten som formulerar skälen till förändringen. (Miller & Rollnick 2010, 63-64).

Fyra allmänna principer är att uttrycka empati, utveckla diskrepans, rulla med motstånd (undvika att och argumentera) och att stöda självkompetens. (Miller & Rollnick 2010, 66-73).

Motiverande samtal ger stöd i att lyfta fram patientperspektiv och utveckla personliga mål som stöder patientens intresse och goda patientcenterade resultat. Enligt Carr et.al kommer framtidens sjukskötare att integrera effektivt med patienter, familjer och kollegor och att främja ömsesidig respekt och delat beslutsfattande för att förbättra patientens hälsa. (Carr et.al 2016).

Om det inte finns en förändring i patientens intresse kommer inte heller någon förändring att ske enligt Day et.al. Autonomi och samarbete är kärnan i motiverande samtal och vårdarna har en avgörande roll i egenvården hos kroniskt sjuka patienter. (Day & Gould & Hazelby 2017, 59-63).

6 Metod och processbeskrivning

I detta avsnitt i studien kommer datainsamlings-, dataanalysmetod och etiska principer att behandlas. Resultatet kommer att bestå av en analys av alla forskningar i ämnet. Som datainsamlingsmetod i denna studie kommer respondenten att använda sig av litteraturstudie. Metoden för undersökningen beskrivs i detta kapitel.

6.1 Systematisk litteraturstudie

För att kunna göra systematiska litteraturstudier behövs ett tillräckligt antal studier av god kvalitet och dessa utgör underlag för bedömningar och slutsatser (Forsberg 2016, 26). Då man gör en litteraturstudie söker man systematiskt, granskar kritiskt och därefter sammanställer litteraturen inom ett valt problemområde. Arbetet görs i olika steg. Man bör motivera varför studien görs och avsluta med sammanställningen av resultat, dra slutsatser. (Forsberg 2016, 31). Syftet är att åstadkomma en syntes av data från tidigare genomförda empiriska studier. Man fokuserar på aktuell forskning inom det valda området, litteraturen utgör informationskällan och redovisade data grundar sig på vetenskapliga tidskriftsartiklar eller andra vetenskapliga rapporter. (Forsberg 2016, 30).

Att söka med hjälp av speciella ämnesord och nyckelord i olika databaser är det vanligaste sättet att göra en litteratursökning på. (Forsberg 2016, 37-38). Resultatredovisningen är en viktig del i en litteraturstudie. Läsaren bör genom resultatet lätt förstå och följa med i forskarens tankegångar. Med flödesschema kan man redovisa data sökning och antal träffar i artiklarna man valt. Artiklarna bör presenteras i en översiktlig presentation, antingen i tabellform eller som löpande text. I tabellen bör framkomma författare, titel, årtal när artikeln publicerats, studiens syfte, metod och resultatsammanfattning. Artikelns innehåll och resultat ska beskrivas kortfattat och överskådligt. Skribenten kan själv välja hur artiklarna redovisas. Tabeller, figurer eller kompletterande text kan användas. Syfte och frågeställningarna i studien avgör hur litteraturen bearbetas. (Forsberg 2016, 149-151).

6.2 Datainsamlingsmetod

Metoder som syftar till att beskriva eller tolka ett fenomen och dess egenskaper så noggrant som möjligt benämns kvalitativa forskningsmetoder. Syftet kan också vara att förstå och förklara fenomen, erfarenheter eller upplevelser. (Forsberg 2016, 117). För att lyckas med en systematisk litteraturstudie bör man använda sig av en tillräcklig mängd material, vilken utgör grunden för bedömning och slutsats. (Forsberg 2016, 26-44). Syftet bör vara klart före man börjar samla material. Det bör finnas en koppling mellan material och syfte. Med datainsamling menas insamling av kunskap i ett syfte att uppnå djupare förståelse i frågan som studeras. (Forsberg 2016, 119).

I denna studie granskas tidigare forskning kring ämnet COPD och den fysiska aktivitetens betydelse. Vetenskapliga artiklar har sökts i PubMed, Ebsco, Cinahl samt Cochrane. Som sökord har COPD, activity intolerance, exercise och self management använts. Sökorden som skrevs in gav olika sökresultat beroende av vilka ord som användes och i vilken kombination. Artiklarna är avgränsade från år 2012 till år 2017. Detta för att studien ska passa in i nutid. De vetenskapliga artiklarna är sökta med peer reviewed och free full text. De artiklar som valdes ut baserar sig på relevans för ämnen utgående från syfte och frågeställningar. Sammanlagt 10 artiklar har analyserats. Dessa är insatta i en översiktsartikel. Där framkommer titel, författare och årtal. Även syfte och metod framkommer. Översiktsartikeln är inlagd i studien som en bilaga (se bilaga 1). Artiklar med medicinskt innehåll valdes bort eftersom det inte hör till respondentens område.

6.3 Kvalitativ innehållsanalys

Den stora utmaningen i kvalitativ forskning är beskrivning, analys och tolkning. Det betyder vidare att göra stora mängder data förståeliga, att kunna minska volymen av information samt att kunna se ett mönster. I analysfasen har skribenten ett ansvar för att observera och beskriva sin egen analytiska process. I en innehållsanalys kännetecknas det grundläggande arbetssättet av ett systematiskt och stegvist sätt att klassificera data för att kunna identifiera mönster och teman lättare. Målet är att beskriva fenomenet. (Forsberg & Wengström 2016, 137).

När man gör en kvalitativ studie så kan man välja olika sätt. Det kan ske genom enkät eller intervju, genom observation då man är med i gruppen och lyssnar och iakttar eller genom att utnyttja olika dokument eller artiklar och på detta sätt komma fram till ett resultat om ämnet man studerar. (Ahrne & Svensson 2011).

Dataanalysen för kvalitativ innehållsanalys bör utgå från syftet i studien och texterna bör gärna vara kortfattade. Innehållsanalysen används på samma sätt som då intervjudata analyseras. (Forsberg & Wengström 2016).

I denna studie har innehållsanalys använts för att analysera de utvalda artiklarnas resultat.

6.4 Etiska principer

Inom forskning får inte fusk och ohederligheter förekomma. Vetenskapsrådet har sammanställt riktlinjer för att den medicinska forskningen ska vara god. (Forsberg & Wengström 2016, 59).

”Avsteg från god vetenskaplig sed kan t.ex. vara fabricering av data, stöld eller plagiat av data, hypoteser eller metoder utan angivande av källa eller förvrängning av forskningsprocessen på annat sätt (t.ex. genom felaktig inklusion eller exklusion av data eller genom missvisande analys av data som förvränger tolkningen)” (Forsberg & Wengström 2016, 59).

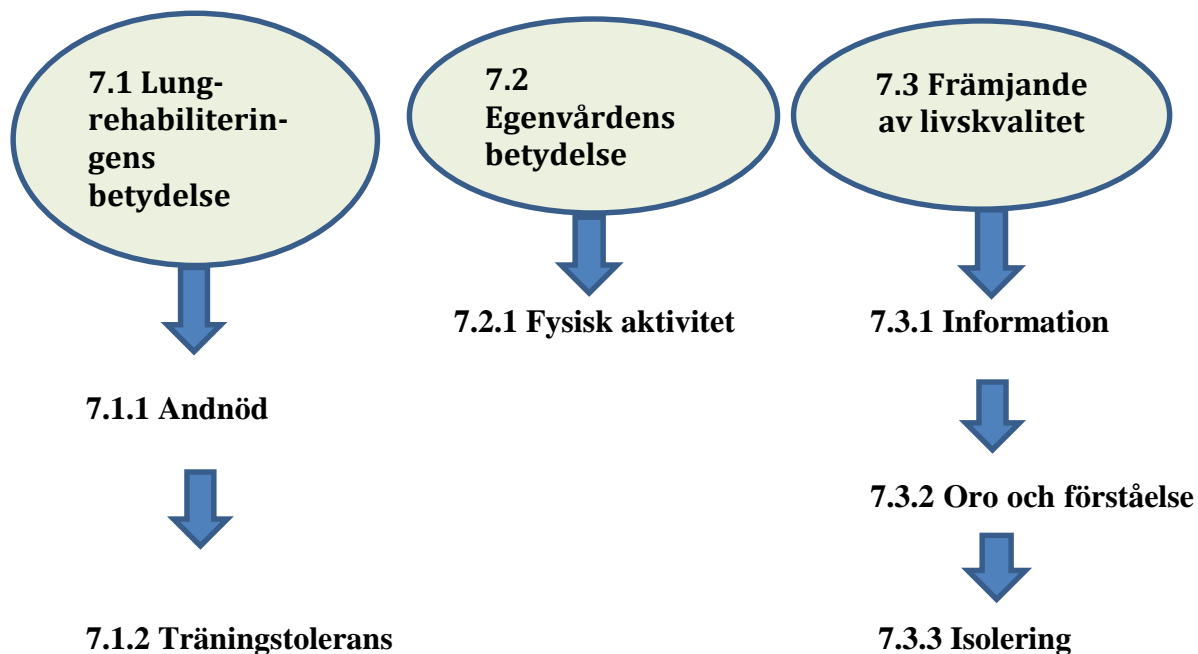
Det är viktigt att studierna man väljer har fått tillstånd från etisk kommittè eller etiska överväganden bör ha gjorts. Överväganden varierar enligt sorten på undersökningen som görs. Respondenten bör kunna redovisa alla artiklar som ingår i litteraturstudien samt

arkivera dessa i tio år. Resultaten bör presenteras, eftersom det är oetiskt om endast forskarens egen åsikt presenteras. (Forsberg & Wengström 2016, 59-74).

7 Resultatredovisning

Syftet med den här studien var att undersöka betydelsen av fysisk aktivitet i egenvården för patienter med COPD och även om livskvaliteten påverkas av fysisk aktivitet. I det här kapitlet redovisas resultatet i det analyserade materialet som ingår i studien. Innehållsanalys har använts för att analysera de utvalda artiklarnas resultat. Artiklarna redovisas i en översiktsartikel (bilaga 1). Under genomgång av artiklarna har det vuxit fram 3 olika huvudkategorier och 6 underkategorier (se figur 1).

Figur 1



7.1 Lungrehabiliteringens betydelse

Vikten av lungrehabilitering är en av de punkter som framhålls flera gånger i tre av artiklarna. Lungrehabilitering innefattar bland annat övervakade övningar (styrka, uthållighet av under- och övre extremiteter, fritids- och vardagsaktiviteter), avslappning och andningsövningar. Oftast är rehabiliteringsprogrammen skräddarsydda enligt personens behov.

Fysisk aktivitet är väldigt viktigt för personer med COPD och fungerar som hörnstenen i lungrehabiliteringsprogrammen. Ett antagande som nämns är att patientens motivation att engagera sig och fortsätta med träning under ett lungrehabiliteringsprogram troligen är högre om patienten uppfattar det som nödvändigt att delta, medan det förväntas vara lägre om patienterna har stor oro över de negativa effekterna av behandlingen. (Fischer, et.al. 2010, 39-47).

Lungrehabilitering förbättrar hälsorelaterad livskvalitet för personer med COPD. Resultatet stöder starkt att lungrehabilitering inkluderas i vården av patienter med COPD. Symptomen minimeras, hälsorelaterad livskvalitet förbättras och fysiskt och emotionellt engagemang i vardagen ökar. (McCarthy & Casey & Devane & Murphy & Lacasse 2015, 1-7).

Patientens motivation att fortsätta delta i rehabiliteringen även längre fram har ofta att göra med om patienten accepterar situationen, vårdpersonalens färdigheter och expertkunskap, patientens förmåga att anpassa sig till programmets intensitet och vårdpersonalens förmåga att göra programmet individuellt. Även ömsesidigt stöd, tillgänglighet och kontinuitet i rehabiliteringen är av betydelse. (Hellem & Bruusgaard & Bergland 2012, 206-220).

7.1.1 Andnöd

Att andas är en förutsättning för att leva. Alla människor måste andas. Därför anses andnöd vara det mest framträdande och bekymmersamma symptomet enligt patienter med COPD. Att inte få luft framkallar känsla av panik, rädsla och hjälplöshet. För att klara av att leva med andnöd använder patienterna en rad strategier eller anpassningar som till exempel att stanna och vila ofta och minskande av intensitet. Personer med COPD lär sig att använda hjälpmedel som till exempel tilläggs-syre och att ta emot assistans av andra. Detta för att klara av att leva med förändringar av den fysiska aktiviteten. (Brooke 2013, 17-18).

Enligt McCarthys et al. (2015) artikel lindras andnöd med lungrehabilitering. Den står för en viktig komponent i egen vården av COPD

7.1.2 Träningstolerans

Hos personer med COPD är det stora variationer i symptom, begränsningar och välbefinnande, vilket ofta komplicerar vården. För att förbättra livskvalitet och träningstolerans behövs ett program som innehåller olika delar av vård. Enligt Kruis et al. (2013) förbättras träningstoleransen med lungrehabilitering. Som mål anser Kruis et al. (2013) att man borde få till stånd ett program med olika komponenter av omsorg i vilka olika vårdare samarbetar för effektiv och god kvalitet av vård.

I McKeoughs et al. (2016) artikel har personer med COPD svårighet med att utföra fysisk aktivitet av övre kroppen på grund av andnöd och utmattning. Följaktligen bör fysisk aktivitet av övre kroppen ingå i lungrehabiliteringsprogrammen för att träningstoleransen ska kunna förbättras. För att träningstoleransen och livskvaliteten ska förbättras hos personer med COPD bör lungrehabilitering ingå enligt McCarthy et al. (2015).

7.2 Egen vårdens betydelse

Återkommande i flera artiklar i denna studie kommer det fram att egen vården är viktig för att patienterna ska må bättre. Egen vård i dessa artiklar nämns i form av fysisk aktivitet eftersom respondenten valt ut sådana artiklar på basen av syfte och frågeställningar.

Egen vård innebär att individer tar ansvar för sin egen hälsa. Även att sluta röka och att ta sina mediciner enligt läkares ordination är viktig egen vård, men tas inte upp i denna studie annat än i den teoretiska bakgrunden.

Enligt Simpson och Jones (2013) är högre grad av egen vård förknippad med mindre andfåddhet, ångest och depression hos personer med COPD. Detta stöder betydelsen av egen vård hos patienterna. Inget samband mellan hög grad av egen vård och graden av försämringsperioder framkom dock.

Enligt Hellem et al. (2012) är optimal medicinering och fysisk aktivitet (rehabilitering) väldigt viktigt i vården av COPD patienterna. Det är en helt annan verklighet att träna ensam

hemma än med hjälp av ett rehabiliteringsteam. Genom att först erkänna sjukdomen, möjligheter och begränsningar kan patienten lättare upprätthålla regelbunden fysisk aktivitet. Professionellt stöd i form av till exempel fysioterapi är en viktig del i detta.

7.2.1 Fysisk aktivitet

Jones och Watz och Wouters och Cazzolas (2016, 3) studie visar att den fysiska aktiviteten minskar då COPD utvecklas, eftersom patienter med COPD har lägre aktivitetsnivå än friska personer. De med syrebehandling är enligt artikeln de mest inaktiva.

Aktivitetsnivån börjar sjunka tidigt i sjukdomen. Då måttliga besvär med andningen nåtts avtar aktiviteten. Fysisk inaktivitet är en nyckelfunktion och direkt följd av COPD. Inledande metoder för att öka den fysiska aktiviteten kan potentiellt förbättra diagnosen. (Jones et al. 2016, 6-7).

Svår trötthet, sämre träningskapacitet och en större mängd rökning är enligt Tödt och Skargren och Jakobsson och Theander och Unosson (2015) oberoende av varandra förknippade med låg fysisk aktivitet. Patienter med svår utmattning behöver således specifika strategier för att förhindra fysisk inaktivitet.

I artikeln av Namara och McKeough och McKenzie och Alison (2013) där man bedömde effekterna av vattenbaserad träning hos patienter med COPD kom man fram till att bevisen för att denna form av träning skulle förbättra varken träningskapacitet eller livskvaliteten är begränsade. Träning i vatten är inte bättre än träning på land för att förbättra uthållighetskapaciteten.

I McKeoughs et al. (2016) artikel undersöktes träning av övre extremiteter och i denna studie fann man även att någon form av träning av övre extremiteter förbättrar andningen i jämförelse med ingen träning alls. Så fysisk aktivitet i alla former förbättrar träningstoleransen, antalet dagar inskrivna på sjukhus minskar och det totala antalet sjukdomsdagar minskar. Däremot finner man inga tecken på en effekt på dödligheten. (Kruis et.al. 2013).

7.3 Främjande av livskvalitet

Eftersom COPD-symptom påverkar patienternas vardag negativt är det viktigt att de får hjälp med att erkänna sjukdomen redan i ett tidigt skede. Då patienterna känner kontroll över sitt tillstånd mår de också bättre. Enligt McKeoughs et al. (2016) artikel anses inte hälsorelaterad livskvalitet förbättras av fysisk ansträngning, men däremot förbättras andningen. Med ökad fysisk aktivitet förbättras prognosen potentiellt och då påverkas även den allmänna hälsan.

Enligt McCarthys et.al artikel förbättras hälsorelaterad livskvalitet med lungrehabilitering. Det är därför viktigt att denna del ingår i vården av COPD patienten.

7.3.1 Information

Enligt Brooke (2013, 20) är COPD-patienter ofta dåligt informerade om sin diagnos, prognos och egenvård. Uppmuntran till mera patient-centrerad vård lyfts fram. Att inte förstå prognosen leder till ofta missförstånd hos både patient och vårdare. Genom att erfarenheter av att leva med COPD lyfts fram kan vården bättre förstå problemen som patienterna med COPD står inför varje dag.

7.3.2 Oro och förståelse

För individen kan det vara en kamp att förstå orsaker till den kroniska sjukdomen, diagnos, prognos och vilka konsekvenser detta får för deras liv. Det här kan upplevas som en extra börda. Patienten börjar ofta oroa sig.

I artikeln av Simpson och Jones (2013) kommer det fram att depression och ångest är vanliga symptom hos personer med COPD. Trots detta är det mindre än 30 procent av vårdpersonalen som känner till att dessa symptom är vanliga hos personer med COPD och riktlinjer för bästa vård följs inte alltid.

För en patient med COPD är kunskap och förståelse för diagnos, prognos och egenvård en väldigt viktig del och utgör grunden för uppfattningen om sin sjukdom. Uppfattningen om sjukdomen bildas av personlig attityd mot sjukdomen men även av information från vårdpersonal, böcker, broschyrer, internet, vänner och familj. (Brooke 2013, 18-19).

I analysen kommer det även tydligt fram att oro över fysisk aktivitet är negativt relaterad till respons på behandling hos patienter med mild till måttlig obstruktion. Oron över fysisk aktivitet borde härmed diskuteras mera än vad det vanligtvis görs.

7.3.3 Isolering

För en person med COPD gör andfåddheten och sämre fysisk förmåga det svårare att delta i sociala aktiviteter. Patienterna blir ofta begränsade till sitt hem. Begränsade möjligheter till social interaktion leder ofta till social isolering. I Brookes artikel lyfts dock upp att fysiska begränsningar inte är den enda orsaken till social isolering hos personer med COPD utan även på grund av att vänner och familjemedlemmar väljer att undvika eller inte besöka dem. Sämre fysisk förmåga och brist på förutsägbarhet om kroppens funktion gör det svårt för COPD patienten att kunna behålla sin roll till exempel som fru, man, mamma, pappa eller mor- farförälder. Deltagarna i Brooks studie har känslor av förlust på grund av oförmåga att uppfylla den roll de anser en mor- farförälder bör ha. En god relation med barn och barnbarn gör att COPD patienten känner sig behövd och betydelsefull för någon annan. (Brooke 2013, 18).

8 Metoddiskussion

Metoddiskussionen i den systematiska litteraturstudien presenterar resultatet utifrån syfte och frågeställningar. Oftast påverkas diskussionen av respondentens personliga sätt att skriva (Forsberg & Wengström 2016).

Genom en stundvis ingående bakgrund har respondenten försökt framhålla grundkunskapen om den kroniska sjukdomen COPD och hur människan påverkas av diagnosen. Fakta i bakgrunden, vårdteori, insamlingsmetod och analysmetod har tagits upp för att uppnå ett enhetligt arbete. Stundvis har det varit utmanande att finna det relevanta för denna studie. Det finns mycket litteratur i ämnet. Syftet har utvecklats stegvis under arbetets gång. 10 artiklar har valts ut för denna studie. Flera av artiklarna tar upp frågor och syften vad gäller fysisk aktivitet, rehabilitering och livskvalitet. Svårigheter kring sjukdomen tas upp i artiklarna, men även möjligheter. I studiens bakgrund beskrivs sjukdomen COPD, orsaker, symptom, diagnos och behandling. Metoden som valts i denna studie har fungerat bra.

Materialet som används i en studie bör av forskaren kunna visas exakt och träffsäkert för att det enligt Denscombe (2012) ska räknas som trovärdigt. I denna studie har materialet sökts i databaser med vårdvetenskapliga artiklar. Studiens syfte och frågeställningar har kunnat besvaras med materialet. Eftersom sökmotorerna ibland gav väldigt många träffar var det svårt att avgöra vilka vetenskapliga artiklar man skulle välja, men genom att skriva in flera sökord underlättades urvalet. Även nyare forskning som svarar på syfte och frågeställning hittades. Studien är på så vis tillförlitlig.

Genom att ge en bra beskrivning av metoderna som använts, får läsaren goda alternativ att kontrollera pålitligheten i studien. Denscombe (2012) menar att pålitlighet innebär att resultatet i en studie ska bli det samma oberoende av vem som utför forskningen. I denna studie har skribenten redogjort för vilken metod och datainsamling som använts. Artiklarna som medtagits i studien finns inlagda i en översiktsartikel.

Med objektivitet menar Denscombe (2012) att forskarens personliga åsikter inte ska påverka resultatet. Kvalitativa studier omfattar en tolkning och påverkan av forskaren. Materialet bör alltid genomgåas med öppet sinne och delar av materialet bör inte uteslutas. I denna studie har allt resultat redovisats i resultatredovisningen och även lättare överskådligt i översiktsartikeln.

9 Resultatdiskussion

Resultatet uppdelas i huvudkategorier och underkategorier enligt frågeställningarna för litteraturstudien. I den första huvudkategorin, lungrehabilitering kom det bland annat fram vikten av denna behandling. Som underkategorier valdes andning och träningstolerans. Svårigheter med andningen är ett symptom som alla patienter med COPD dagligen lider av. Med rehabilitering kan patienternas andning förbättras. Träningstoleransen är ofta låg hos patienterna och med rätt hjälp och övning kan även den förbättras betydligt.

Till den andra huvudkategorin framkom egenvårdens betydelse. Fysisk aktivitet är en av hörnstenarna i vården av COPD patienten och togs därför med som underkategori. Den tredje huvudkategorin är främjande av livskvalitet. Som underkategorier är information, oro och förståelse och isolering.

Enligt Orem (2001, 142) är egenvård en mänsklig omsorg som varje individ frivilligt måste utföra dagligen för att upprätthålla liv, hälsa och välbefinnande. Välbefinnande kan uppnås

genom egenvården. Individerna bör själv ta ansvar för att utveckla goda vanor och främja hälsa. Fysiska, psykologiska och sociala interaktioner är enligt Orem oskiljaktiga delar i en persons hälsa. Enligt Orem har individen behov av att anpassa sig till situationen oavsett om det är en kort eller långvarig sjukdom.

Fysisk aktivitet är en viktig del i egenvården hos en person med COPD. Detta framkommer i resultatet. Respondenten anser att resultatet svarade på frågeställningarna. Tydligt framkom att all form av regelbunden aktivitet förbättrar andningen och därmed även den allmänna hälsan.

Orems egenvårdsteori stöder tankesättet där individen skall utföra egna aktiviteter som är till fördel för ens egen hälsa. Orem utgår i sin teori från att om patienten får den kunskap och färdighet som individen behöver för att sköta sitt egenvårdsbehov så kommer individen att kunna göra det. Vården ska fokusera på att individens färdigheter och resurser tas till vara. Brooks uppmuntrar i sin artikel till en mera patient-centrerad vård. Hon menar att det ofta leder till missförstånd både hos patient och vårdare om de inte förstår prognos och diagnos. Med tillräcklig kunskap är det lättare för patienten att utföra egenvård. (Orem 2001).

Enligt Orem uppstår egenvårdsbrist då en person hamnar i en situation som gör att egenvårdsbehoven inte kan tillgodoses. Då COPD framskridit till medelsvår eller svår COPD blir det svårare för patienten att vara delaktig i egenvården. Enligt Jones et al. (2016) är fysisk inaktivitet en direkt följd av COPD. Då måttliga besvär med andningen nåtts avtar aktiviteten. Jones et.al menar också att livskvaliteten hos COPD-patienter inte förbättras nämnvärt av fysisk aktivitet, men eftersom prognosen potentiellt förbättras av fysisk aktivitet så påverkas även den allmänna hälsan.

För att patienterna ska må bättre är det av stor vikt att de känner kontroll över sitt tillstånd. Enligt Brooke (2013) är det vanligt förekommande att COPD patienterna blir begränsade till sitt hem. Detta leder till social isolering. För personer med COPD blir det svårare att delta i sociala aktiviteter. Enligt Brooke är inte fysiska begränsningar enda orsaken till social isolering utan även på grund av att vänner och familjemedlemmar inte besöker dem. För att COPD patienten ska kunna må bättre behöver relationen med barn och barnbarn vara god. De känner sig då behövd och betydelsefulla för någon annan. Stödjande- och undervisande omvårdnadssystem kan här komma till nytta.

10 Slutledning

Denna litteraturstudie har behandlat den fysiska aktivitetens betydelse då man drabbas av COPD och även hur livskvaliteten påverkas av fysisk aktivitet. Fysisk aktivitet hos patienter med COPD hör till hörnstenarna för att patienten ska må så bra som möjligt. Även livskvaliteten påverkas om patienten redan i ett tidigare skede förstår vikten av egenvården. Genom att sjukvårdspersonalen har den rätta kunskapen och tar patienterna på allvar ökar patienternas motivation till egenvård. Skribenten anser att frågeställningarna i denna studie har besvarats av litteraturen som använts. Inget av resultaten var oväntade för skribenten.

Den forskning som finns inom området är främst medicinskt inriktad. Mer forskning om patienternas upplevelser om sjukdomen kan vara förslag till vidare forskning. Forskningen inom detta område kunde ytterligare fokusera kring hur livskvaliteten kunde förbättras för de drabbade. Oro och förståelse påverkar livskvaliteten. Då patienterna känner kontroll över sitt tillstånd mår de också bättre. Livskvaliteten behöver nödvändigtvis inte förbättras av fysisk ansträngning, men eftersom andningen förbättras, förbättras prognosen potentiellt och detta leder till bättre hälsa.

Källförteckning

Ahrne, G., Svensson, P., 2011. *Handbok i kvalitativa metoder*. Malmö: Liber.

Brooke, M., 2013. Living with and understanding COPD: a review of individual perspectives. *Journal of the Australasian Rehabilitation Nurses Association Volume 16 Issue 3*, s. 16-21.

Caram, L.Md.O., Ferrari, R., Bertani, A.L., Garcia, T., Mesquita, C.B., Knaut, C., Tanni, S.E., Godoy, I., 2016. Smoking and early COPD as independent predictors of body composition, exercise capacity, and health status. *Us National Library of Medicine National Institutes of Health*, s. 1-6.

Carr, D.D., DrPH., MS., MPH., RN-BC., CCN., 2016. Motivational Interviewing supports patient centered-care and communication. *The Journal of the New York State Nurses Association, volume 45, Number 1*.

Day, P., Gould, J., Hazelby, G., 2017. The use of motivational interviewing in community nursing. *Journal of Community Nursing*, 31(3), s. 59-63.

Denscombes, M. 2016. *Forskningshandboken - för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna*. Lund: Studentlitteratur.

Devillier, P., Salvator, H., Roche, N., Grassin-Delyle, S., Naline, E., Dorocant, S., Neveu, H., 2014. Long-term treatment strategy in chronic obstructive pulmonary disease: how to change the course of the disease. *La Presse Médicale, volume 43, Number 12*.

Ericson, E. & Ericson, T., 2012. *Medicinska sjukdomar*. Lund.

Fischer, M.J., Scharloo, M., Abbink, J., Hul, A., Ranst, D. Rudolphus, A., Weinman, J., Rabe, K.F., Kaptein, A.A., 2010. Concerns about exercise are related to walk test results in pulmonary rehabilitation for patients with COPD. *International Journal of behavioral medicine*, s. 39-47.

Forsberg, C. & Wengström, Y., 2003. *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och kultur.

Grefberg, N., 2013. *Medicinboken*, femte upplagan. Stockholm: Liber.

Helin, T., 2016. *Copd*. [Online]
http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00178&p_haku=copd. [hämtat: 30.05.2017].

Hellem, E., Bruusgaard, K.A., Bergland, A., 2012. Exercise maintenance: COPD patients' perception and perspectives on elements of success in sustaining long-term exercise. *Physiotherapy theory and practice*, 28, s. 206-220.

Hunt, T., Madigan, S., Williams, M.T., Olds, T.S., 2014. Use of time in people with chronic obstructive pulmonary disease- a systematic review. *International journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, s. 1377-1388.

Jones, P.W., Watz, H., Wouters, E.F.M., Cazzola, M., 2016. COPD: the patient perspective. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary disease*, s 13-20.

Kinnula, V., Brander, P. E. & Tukiainen, P., 2005. *Keuhkosairaudet*. Hämeenlinna: Duodecim.

Kristoffersen, J.N., Nortvedt, F., Skaug, E-A., 2005. *Grundläggande omvårdnad 1*. Stockholm: Liber.

Kruis, A.L., Smidt, N., Assendelft, J., Boland, M.R., Mólken, M.R., Chavannes, N.H., 2013. Integrated disease management interventions for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Airways Group*, s. 1-86.

Larsson, K., 2006. *KOL kroniskt obstruktiv lungsjukdom*. Lund: Studentlitteratur.

Lin, W-C., 2014. Dyspnea management experiences among patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Virginia Henderson Global Nursing e-Repository*.

McCarthy, B., Casey, D., Devane, D., Murphy, K., Murphy, E., Lacasse, Y., 2015. Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Airways Group*, s. 1-17.

McKeough, Z.J., Velloso, M., Lima, V.P., Alison, J.A., 2016. Upper limb exercise training for COPD. *Cochrane Airways Group*, s. 2-33.

McNamara, R.J., McKeough, Z.J., McKenzie, D., Alison, J.A., 2013. Water-based exercise training for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Airways Group*, s. 1-40.

Miller W. R. & Rollnick S., 2010. *Motiverande samtal, att hjälpa människor till förändring*. Stockholm: Natur och kultur.

Olséni, L. & Wollmer, P., 2003. *Sjukgymnastik vid nedsatt lungfunktion*. Lund: Studentlitteratur cop.

Orem, D. E., Taylor, S.G., Renpenning, K.McL. 1995. *Nursing: concepts of practice*. 5th ed. St. Louis, Missouri.

Orem, D.E., Taylor, S.G., Renpenning, K.McL. 2001. *Nursing: concepts of practice*. St. Louis (MO.).

Sandström, T. & Eklund, A., 2009. *Lungmedicin*. Lund: Studentlitteratur.

Simpson, E., Jones, M., 2013. An exploration of self-efficacy and self-management in COPD patients. *British Journal of Nursing*, s. 1105-1109.

Tödt, K., Skargren, E., Jakobsson, P., Theander, K., Unosson, M., 2015. Factors associated with low physical activity in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a cross-sectional study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, s. 697-707.

Översiktsartikel

Bilaga 1

Författare, årtal	Titel, tidsskrift	Syfte	Metod	Resultat
1. McKeough Z.J., Velloso M., Lima V.P., Alison J.A. 2016	Upper limb exercise training for COPD The Cochrane Library	Granskning av effekt av armträning med symptom på andfåddhet och livskvalitet hos personer med COPD.	Kvalitativ, sökning i register över försök och studier. Sökning av primära studier och artiklar.	Någon form av träning av övre extremiteter i jämförelse med ingen träning alls förbättrar andningen men inte hälsorelaterad livskvalitet.
2. McNamara R.J., McKeough Z.J., McKenzie D., Alison J.A. 2013	Water-based exercise training for chronic obstructive pulmonary disease The Cochrane Library	Att bedöma effekterna av vattenbaserad träning hos personer med COPD. Jämförelse av säkerhet och effekt av träning i vatten, med avseende på träningskapacitet och livskvalitet.	Kvalitativ, sökning i databaser bl.a Cochrane, Medline, Embase, Cinahl, Amed och Psycinfo	Det finns begränsade kvalitetsbevis som visar på att vattenbaserad träning är säker och förbättrar träningskapaciteten och livskvaliteten hos personer med COPD. Även begränsat bevis på att träning i vatten skulle erbjuda fördelar framför träning på land för att förbättra uthållighetskapaciteten.

<p>3.</p> <p>Kruis A.L., Smidt N., Assendelft J., Boland M.R., Mölken M.R., Chavannes N.H.</p> <p>2013</p>	<p>Integrated disease management interventions for patients with chronic obstructive pulmonary disease.</p> <p>The Cochrane Library</p>	<p>Att upprätta ett program för olika vård- komponenter där olika vårdgivare samarbetar för att tillhandahålla effektiv och god kvalitetsvård. Med detta för att bestämma effekt av ett sådant program på livskvalitet, träningstolera ns och antalet sjukhusintag.</p>	<p>Cohrane register, Central, Medline, Embase och Chinahl söktes för möjliga studier.</p>	<p>De som deltog i IDM- programmet (anordnat integrerat program för sjukdoms- hantering) hade bättre livskvalitet och förbättrade sin träningstolerans efter 12 månader. Antalet sjukhusintag minskade och det totala antalet sjukdomsdagar minskade med 3 dagar. Inga tecken på en effekt på dödlighet hittades.</p>
<p>4.</p> <p>McCarthy B., Casey D., Devane D., Murphy K., Murphy E., Lacasse Y.</p> <p>2013</p>	<p>Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease.</p> <p>The Cochrane Library</p>	<p>Att jämföra effekterna av lung- rehabilitering kontra vanlig vård om hälsorelaterad livskvalitet och funktionell och maximal tränings- kapacitet hos personer med COPD.</p>	<p>Sökning i Cochrane register.</p>	<p>Lung- rehabilitering lindrar dyspné, trötthet, förbättrar känslomässig funktion och ökar känslan av kontroll som individer har över sitt tillstånd. Dessa förbättringar är måttligt stora och kliniskt signifikanta. Rehabilitering är till nytta för att förbättra livs- och tränings- kapacitet.</p>

<p>5.</p> <p>Fischer M.J., Scharloo M., Abbink J., Hul A., Ranst D., Rudolphus A., Weinman J., Rabe K.F., Kaptein A.A.</p> <p>2010</p>	<p>Concerns about exercise are related to walk test results in pulmonary rehabilitation for patients with COPD.</p> <p>Artikeln är publicerad på Springerlinks .com</p>	<p>För att undersöka om patienternas övertygelse är kopplad till behandlingsresultat som mäts med en förbättring på 6- minuters promenad-avstånd och om en negativ påverkan och övertygelse om träning hos patienter med COPD kan relateras till 6-minuters testet i lungrehabilitering, korrigerade enligt fysiska variabler.</p>	<p>12 veckors lungrehabiliteringsprogram, 166 patienter. Tron på motion och negativ påverkan bedömdes med frågeformulär och klinisk data erhöles från journaler.</p>	<p>Slutsatsen att patienternas övertygelse om negativa konsekvenser av motion är förknippade med 6-minuters testprestanda och svar på behandling för patienter med mild till måttlig COPD. Promenadavståndet ökade efter lungrehabilitering med 12 procent i genomsnitt. För patienter med mild till måttlig obstruktion var oron över motion negativt relaterad till respons på behandling. Patienternas oro över motion borde diskuteras.</p>
<p>6.</p> <p>Brooke M.</p> <p>2013</p>	<p>Living with and understanding COPD: a review of individual perspective.</p> <p>Journal of the Australasian Rehabilitation Nurses Association</p>	<p>Att leva med och förstå COPD. Inblick i erfarenheter hos patienter, uppmuntran till utveckling av patientcentrerad vård av COPD-patienter.</p>	<p>Kvalitativ litteraturgenomgång av Medline, Embase och Google-scholar.</p>	<p>Personer med COPD är ofta dåligt informerade om diagnos, prognos och egenvård. Genom att erfarenhet av att leva med COPD lyfts fram kan vården bättre förstå de problem som patienter med</p>

	Volume 16 Issue 3,16-21			COPD står inför varje dag.
7. Tödt K., Skargren E., Jakobsson P., Theander K., Unosson M. 2015	Factors associated with low physical activity in patients with COPD: a cross-sectional study. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 697-707	Att beskriva fysiska aktivitetsnivån hos patienter med stabil COPD och att utforska faktorer som hör samman med låg fysisk aktivitet, med focus på trötthet, symptombelastning och kroppssammansättning	Tvärsnittsstudie: 101 patienter (52 kvinnor) med COPD hade låg, måttlig eller hög fysisk aktivitet enligt internationella fysiska aktivitetsfrågeformulär.	Svår trötthet, sämre träningskapacitet och en större mängd rökning var oberoende av varandra förknippade med låg fysisk aktivitet. Resultatet tyder på att patienter med svår utmattnings kan behöva specifika strategier för att förhindra fysisk inaktivitet.
8. Hellem E., Bruusgaard K.A., Bergland A. 2012	Exercise maintenance: COPD patient's perception and perspectives on elements of success in sustaining long-term exercise Physiotherapy Theory and Practice, 28, s. 206-220.	För att belysa patienter med COPD som framgångsrikt upprätthåller ett långsiktigt träningsprogram förstår samstämmigheten med upprätthållande motion och ser möjliga lösningar.	Info insamlat från 11 personer genom 6 djupintervjuer och en fokusgruppintervju analyserades genom kvalitativ innehållsanalys.	Verkligheten är helt annorlunda att träna ensam hemma än med anordnad rehabilitering. Viktiga faktorer som framkom för att upprätthålla regelbunden fysisk aktivitet är att erkänna sjukdomen, möjligheter och begränsningar, professionellt stöd, socialt stöd, uppmuntran av vänner, tillgång

				till lämpliga träningsanläggningar. COPD uppfattas som ett hot mot värdigheten, identiteten och deltagande.
9. Jones P.W., Watz H., Wouters E.F.M., Cazzola M. 2016	COPD: the patient perspective. International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary disease, 13-20.	För att bättre förstå och ta itu med effekterna av COPD-symptom ur patienternas perspektiv krävs metoder för bedömning och hantering av sjukdomen.	Observationsstudie. En översyn och diskussion snarare än en systematisk litteraturstudie.	Fysisk inaktivitet är en direkt följd av symptom på COPD. Ökad fysisk aktivitet kan potentiellt förbättra prognosen och då påverkas den allmänna hälsan.
10. Simpson E och Jones M. 2013	An exploration of self-efficacy and self-management in COPD-patients. British Journal of Nursing, 1105-1109.	Denna studie undersöker om egen medverkan hos patienter med COPD är förknippade med bättre humör, mindre andfåddhet och färre försämringsperioder; vad hjälper patienter till att hantera sin sjukdom och patienternas förslag att förbättra egenvården.	En beskrivande undersökning som omfattar insamling, både kvantitativ och semi-strukturerad kvalitativ data. Deltagarna var slumpmässigt utvalda.	Högre nivå av egen medverkan var förknippad med mindre andfåddhet, mindre ångest och mindre depression hos patienter med COPD. Det fanns inget samband mellan hög grad av egenvård och graden av försämringsperiod.