

DEN VUXNA ASTMAPATIENTENS FÖRSTÅELSE FÖR SIN SJUKDOM

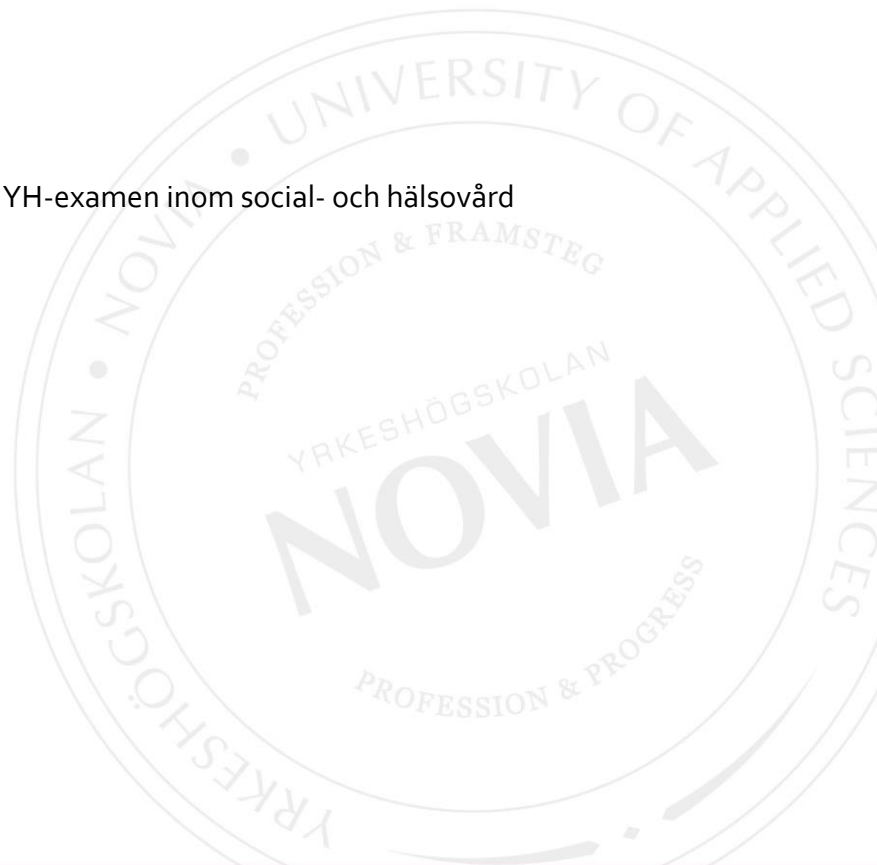
Hur kan den avancerade kliniska
sjukskötaren stöda astmapatienten

Maria Nordlund

Examensarbete för högre YH-examen inom social- och hälsovård

Sjukskötare (högre YH)

Vasa, 2021



EXAMENSARBETE

Författare: Maria Nordlund

Utbildning och ort: Social- och hälsovård (högre YH), Vasa

Profileringsstudier: Avancerad kliniska vård

Handledare: Rika Levy-Malmberg

Titel: Den vuxna astmapatientens förståelse för sin sjukdom. Hur kan den avancerade kliniska sjukskötaren stöda astmapatienten?

Datum 20.5.2021

Sidantal 51

Bilagor 6

Abstrakt

Astma är en långvarig inflammatorisk sjukdom i bronkerna. De långsiktiga målen för astmavården är att uppnå mindre symptom och minimera försämringsperioder och biverkningar av medicinbehandlingen. Att ge patienterna utbildning i medicinteknik, att uppmuntra till att medicin används och att ge möjlighet till utbildning i vården av astma är viktiga steg. Syftet med denna studie är att öka kunskapen och förståelsen om astmapatienten i åldern 20-75 år som bor hemma och kommer på astmakontroll.

Metoden för studien är inspirerad av aktionsforskning som ska utmynna i ny tillämpningsbar kunskap för den avancerade kliniska sjukskötaren i sitt vårdpedagogiska arbete. Som datainsamlingsmetod har respondenten valt spirometriresultat och enkätundersökning med kvalitativa och kvantitativa frågor. Data analyseras med innehållsanalys och deskriptiv statistik.

I resultatet framkommer det att astma är en mångfacetterad sjukdom och man måste ta hänsyn till många olika faktorer för att uppnå gott välbefinnande. I spirometriresultatet framkom att värdena förbättrades för de flesta och de flesta ansåg också att deras mående förbättrades efter interventionen. Tydlig och regelbunden information av den avancerade kliniska sjukskötaren är viktig för patienterna. Detta uppnås bäst med ett vårdförhållande mellan patient och skötare. Studien sammanfattades i en astmahanteringsplan för den avancerade kliniska sjukskötaren.

Språk: Svenska

Nyckelord: Astma, patientundervisning, kunskap, avancerad klinisk sjukskötare, livskvalitet

OPINNÄYTETYÖ

Tekijä: Maria Nordlund

Koulutus ja paikkakunta: Sosiaali- ja terveysala (ylempi AMK), Vaasa

Suuntautumisvaihtoehto: Kliinisesti edistynyt hoitotyö

Ohjaaja(t): Rika Levy-Malmberg

Nimike: Aikuisen astmapotilaan oman sairauden ymmärtäminen. Miten kliininen asiantuntija voi tukea astmapotilasta?

Päivämäärä 20.5.2021

Sivumäärä 51

Liitteet 6

Tiivistelmä

Astma on pitkäkestoinen tulehduksellinen sairaus keuhkoputkissa. Pitkäkestoiset tavoitteet astmahoidolle ovat oireiden vähentäminen, heikentymisjaksojen minimointi sekä lääkehoidosta aiheutuvien haittavaikutuksien vähentäminen. Antamalla potilaille koulutusta lääketekniikasta, kannustamalla lääkehoidon aloittamiseen sekä koulutuksen antaminen ovat tärkeitä askelia astman hoidossa. Tämän tutkimuksen päämääränä on tietojen ja ymmärryksen lisääminen 20-75 vuotiaille, kotona asuville ja astmatarkastuksissa käyville astmapotilaille. Tutkimusmenetelmä on inspiroitu toimintatutkimuksesta. Tutkimus johtaa uudenlaisen sovelletun tiedon käyttöön kliinisen asiantuntijan hoitopedagogisessa työssä. Tietojen keräysmenetelmäksi tutkija on valinnut spirometriatuloksia, ja kyselyn vastauksia. Kyselyssä on ollut sekä laadullisia että määrällisiä kysymyksiä. Tiedot analysoidaan sisältöanalyysillä ja kuvailevalla tilastolla.

Tuloksesta käy ilmi, että astma on monivivahteinen sairaus. Potilaan hyvinvointia tavoitellessa on otettava huomioon monia eri tekijöitä. Spirometriatuloksesta käy ilmi, että arvot nousivat suurimmalla osalla. Suurin osa oli myös sitä mieltä, että heidän vointinsa parani hoidon aloittamisen jälkeen. Kliinisen asiantuntijan selkeä ja säännöllinen informointi potilaille koettiin tärkeäksi. Tämä saavutetaan parhaiten potilaan ja hoitajan hyvällä hoitosuhteella. Yhteenveto tutkimuksesta johtaa astmakäsittelysuunnitelmaan kliinisen asiantuntijan käyttöön.

Kieli: Ruotsi

Avainsanat: Astma, potilaan koulutus, tietoa, kliininen asiantuntija, elämänlaatu

MASTER'S THESIS

Author: Maria Nordlund

Degree Programme: Social and health care (Master degree), Vaasa

Specialization: Advanced Clinical Nursing

Supervisor(s): Rika Levy-Malmberg

Title: The adult asthma patient's understanding of their disease. How can the advanced clinical nurse support the asthma patient?

Date 20.5.2021 Number of pages 51

Appendices 6

Abstract

Asthma is a long-term inflammatory disease of the lungs. The long-term goals of asthma care are to achieve less symptoms and minimize impairment periods and side effects of medication. Providing patient with training in medication technology, encouraging the use of medicine and providing opportunities for training in the care of asthma are important steps. This is best achieved through a care relationship between the patient and the nurse. The purpose of this study is to increase knowledge and understanding about the asthma patient aged 20-75 who lives at home and comes for asthma control. The method for this study is inspired by action research that will result in new applicable knowledge for the advanced clinical nurse in the work with patients' education. As a data collection method, the respondent has chosen spirometry results and questionnaire surveys with qualitative and quantitative questions. Data are analyzed with content analysis and descriptive statistics.

The results show that asthma is a multifaceted disease, and many different factors must be considered in order to achieve good well-being. The spirometry result showed that the values improved for most and generally the patients felt that their well-being improved after the intervention. Clear and regular information from the advanced clinical nurse is important for patients. The study was summarized in an asthma management plan for the advanced clinical nurse.

Language: Swedish

Key words: Asthma, patient education, knowledge, advanced clinical nurse, quality of life

Innehållsförteckning

1	Inledning.....	1
2	Syfte och problemprecisering.....	3
3	Teoretiska bakgrund.....	3
3.1	Symptom.....	4
3.2	Diagnos.....	5
3.3	Vård och uppföljning.....	7
3.4	Astmamedicinering.....	9
3.5	Astmapatientens välbefinnande.....	11
3.6	Astmasjukskötarens roll.....	12
4	Teoretisk utgångspunkt.....	14
4.1	Dorothea Orems egenvårdsmodell.....	14
4.2	Helhetsyn enligt Katie Eriksson.....	17
5	Metodbeskrivning.....	20
5.1	Aktionsforskning.....	20
5.1.1	Kvalitativ metod.....	21
5.1.2	Kvantitativ metod.....	22
5.2	Datainsamlingsmetod.....	23
5.2.1	Urval.....	24
5.3	Utarbetandet av instrument för genomförandet.....	24
5.4	Undersökningens genomförande.....	24
5.5	Dataanalysmetod.....	25
5.5.1	Innehållsanalys.....	26
5.5.2	Deskriptiv statistik.....	27
5.6	Etiska ställningstaganden.....	27
6	Resultatredovisning.....	28
6.1	Redovisning av bakgrundsfaktorer.....	29
6.2	Redovisning av spirometrisvar.....	29
6.3	Redovisning av enkät 1 och enkät 2.....	31
6.4	Studiens kvalitativa resultat.....	38

7	Diskussion och tolkning.....	40
8	Astmahanteringsplan.....	43
9	Kritisk granskning.....	45
10	Slutsats.....	47
	Källförteckning.....	49
	Tabell 1. FVC resultat före (1) och efter (2) interventionen.....	30
	Tabell 2. FEV1 resultat före (1) och efter (2) interventionen.....	30
	Figur 1 Nuvarande hälsotillstånd.....	31
	Figur 2 Främjande av god astmabalans.....	32
	Figur 3 Astmasymptom.....	32
	Figur 4 Astmamedicin.....	33
	Figur 5 Bra info om astmamedicin.....	33
	Figur 6 Bättre mående.....	34
	Figur 7 Har astmasymptom minskat.....	34
	Figur 8 Tekniken.....	35
	Figur 9 Har tekniken ändrat.....	35
	Figur 10 Sköljning av mun.....	36
	Figur 11 Hur ofta går du till tandläkare.....	36
	Figur 12 Hur ofta motion.....	37
	Figur 13 Oro.....	37
	Figur 14 Den avancerade kliniska sjukskötarens roll.....	44
	Bilaga 1 Enkät 1	
	Bilaga 2 Enkät 2	
	Bilaga 3 Inbjudan till deltagande	
	Bilaga 4 Samtyckesblankett	
	Bilaga 5 Uppdragsavtal	
	Bilaga 6 Etiskt godkännande	

1 Inledning

Astma är en vanlig sjukdom i dagens Finland. 6-9 procent av befolkningen i Finland har astma (Terveysportti, 2020). Det är en långvarig inflammatorisk sjukdom i bronkerna, som kännetecknas av olika inflammatoriska celler i slemhinnans luftrör (Pelkonen, 2014, s. 735). Patientens välbefinnande påverkas av hur den personliga och grundläggande omvårdnaden utförs. Förmågan att ta hand om sig kan variera från dag till dag. Det är viktigt att skötaren kan vara lyhörd för förändringar som sker hos patienten. Patienten är expert på sin livssituation och bör därför få en aktiv och jämställd roll i omvårdningsprocessen (Dingwall, 2014, s. 24-25).

Respondentens intresse för patientundervisning har under åren som astmaskötare ökat. Att kunna stöda och handleda patienterna har för respondenten blivit en viktig sak. Om patienterna förstår vad sjukdomen innebär och får lära sig hur man ska göra i olika situationer kan detta påverka välbefinnandet och livskvaliteten. Ett aktivt och inkännande lyssnande, respekt och pedagogiskt kunnande är av stor betydelse för mottagningsbesöket (Friberg & Öhlén, 2014, s. 497).

Målet med astmabehandlingen är att patienterna ska vara fri från symtom eller ha så lite symptom som möjligt och de ska ha en normal prestationsförmåga. Läkemedelsbehandlingen grundar sig på lindring av luftvägarnas inflammation i slemhinnan med förebyggande läkemedel och även luftrörsvidgande läkemedel. Astmavården består bland annat av sanering av allergener, rätt andningsteknik, motion och medicinering. Att sluta röka är också ett mål för astmapatienterna (Jaatinen, 2018, s. 96-97).

Att stöda till egenvård kan minska på behovet av sjukvård och förbättra astmakontrollen. Att lära ut egenvård i det praktiska kliniska vårdarbetet är viktigt och det ökar inte signifikant på de totala sjukvårdskostnaderna (Pinnock et al. 2017). Som avancerad klinisk sjukskötare har man ett ansvar att se till att alla med astma får personlig rådgivning för att göra det möjligt för dem att optimera hanterandet av sitt tillstånd, minska försämringsperioder och förbättra livskvaliteten (Pinnock, 2015).

Patientens upplevelser och tolkning av ohälsa bör respekteras och bekräftas. För att patienten ska uppleva känsla av trygghet och kontroll är kunskap och tillit till egen förmåga av största vikt. I samtalet med den avancerade kliniska sjukskötaren ska trygghet, kunskap och tillit födas. Det här är en grund för att förstå de omställningar som sjukdomen medför, samt förändringar som patienten behöver göra för att behålla hälsa och livskvalitet. Att lära är beroende av vad man anser vara väsentligt, att man är motiverad (Klang-Söderqvist & Kneck, 2008).

Patientdelaktighet är en central aspekt av patientcentrerad vård. Förutsättning för att den avancerade kliniska sjukskötaren skapar delaktighet med patienten baseras på förmågan att lyssna, kunskapen patienten redan har, respekt, förmåga att förmedla information och bidragande till kunskapsbyggande (Friberg & Öhlén, 2014, s. 497).

Patientens deltagande tas upp i Orem's teori om egenvårdsbalans (Orem, Taylor & Renpenning, 2001). Omvårdnadens mål är att så långt som möjligt hjälpa patienterna till självständighet i aktiviteter. Genom egenvård kan välbefinnande uppnås. Patienterna själva ska genomföra förändringar och inte vårdpersonalen. Den avancerade kliniska sjukskötarens roll är att fungera som stöd för patienterna i olika stadier av vårdprocessen. Enligt Eriksson (2014) grundar sig vården på tilltron till människans egna möjligheter att växa och utvecklas. Förmåga till självvård sker genom mognad och inläring. Vårdarens uppgift är att få patienten medveten om resurserna.

Metoden för denna studie är inspirerad av aktionsforskning som ska utmynna i ny tillämpningsbar kunskap för den avancerade kliniska sjukskötaren i sitt vårdpedagogiska arbete. Som datainsamlingsmetod har respondenten valt spirometriresultat före och efter interventionen och enkätundersökning med slutna och öppna frågor. Data analyseras med innehållsanalys och deskriptiv statistik.

2 Syfte och frågeställningar

Syftet med denna studie är att öka kunskapen och förståelsen om astmapatienten i åldern 20-75år som bor hemma och kommer på astmakontroll. Målet är att skapa en astmahanteringsplan som den avancerade kliniska sjukskötaren kan använda.

Frågeställningar:

- På vilket sätt återspeglar patientens förståelse för och hantering av astma på välbefinnandet?
- Vilken roll har den avancerade kliniska sjukskötaren i ökandet av välbefinnandet hos astmapatienterna?

3 Teoretisk bakgrund

Astma är en vanlig lungsjukdom till vilken hör typiska kroniska luftrörsinflammationer och sammandragningar av luftrören (obstruktion). 6-9 procent av befolkningen i Finland har astma (Terveysportti, 2020).

Det är den vanligaste långtidssjukdomen hos barn. Hos vuxna är det den näst vanligaste orsaken till speciell läkemedelsersättning efter högt blodtryck. Astma har blivit vanligare här i väst under de senaste decennierna, främst på grund av en ökning av atopiska allergier (Pelkonen, 2014, s. 735).

Astmavårdens mål är enligt käypähoito (2012) god astmahantering och enhetlig praxis. Syftet med behandlingen är att minimera patienternas symtom och säkerställa deras förmåga att fungera och arbeta i enlighet med deras ålder.

Långtidshantering av sjukdomen och förebyggande av försämringsperioder är viktigt. Riktlinjerna anges i det nationella astmaprogrammet 1994–2004 och det påföljande allergiprogrammet 2008–2018.

Handledning om astmapatientens egenvård är nyckeln till god vårdbalans och förhindrande av försämringskedan (Kinnula, Brander & Tukiainen, 2005, s. 320).

3.1 Symptom

Astma är en långvarig inflammatorisk sjukdom i bronkerna, som kännetecknas av ansamling av olika inflammatoriska celler i slemhinnans luftrör. Kronisk slemhinneinflammation leder till hyperreaktivitet i luftrören (Pelkonen, 2014, s. 735). Inflammation är kroppens försvarssystem mot mikroorganismer och toxiner. En inflammation ska normalt vara självbegränsande, men vid astma är inflammationsprocessen aktiverad på felaktiga grunder. Ett samspel mellan arv och miljö kan vara en orsak till kronisk inflammation (Sandström & Eklund, 2009, s. 319-320).

De typiska symtomen på astma är host- och slemutsöndring på grund av inflammation, samt andfåddhet och väsande andning på grund av sammandragning av luftrören. Vid astma uppträder vanligtvis andningssvårigheter och väsande andning vid utandning. Symtom börjar oftast med en virusinfektion i luftvägarna, fysisk ansträngning, andning i kall luft eller exponering för ett allergen. Ofta är många faktorer involverade samtidigt, såsom infektion, fysisk ansträngning och stress. Astmasymtomen kännetecknas av variationer och kan vara anfallsliknande. Symtom förekommer lättare på natten och på morgonen. Symtomens varaktighet och intensitet varierar. En person med mild astma är symptomfri för det mesta och andningsfunktionen är normal. Den kliniska bedömningen är vanligtvis också normal. Endast i vissa situationer kan retningar orsaka symptom och luftrören sammandras (Käypähoito, 2012).

Om man har svårare astma kan symtomen och obstruktionen vara fortgående (Pelkonen, 2014, s. 735). Då patienten har symptom hörs väsande andning från lungorna vid utandning och ibland också vid inandning. Det är bra att lyssna på andningsljuden under en snabb och intensiv utandning, i fall väsande andning hörs. Vid en allvarlig och långvarig astmaattack kan väsande andning försvinna, andningsljuden blir svagare och hjälpmuskulerna används. Orsaken kan vara en blockering av de små luftrören, vilka tar upp luft i lungans periferi. Tillståndet är då livshotande (Käypähoito, 2012).

3.2 Diagnos

Till en början är det väldigt viktigt med en bra anamnes för att läkaren ska kunna ställa diagnos och bestämma aktuella behandlingar. Andningsbesvären bör således beskrivas av patienten. Det är även viktigt att fråga om eventuell tobaksanamnes och exponering för olika sjukdomsframkallande ämnen. Bröstkorgens utseende och rörlighet inspekteras. Även patientens hudfärg och andningsmönster bör noteras. Med hjälp av stetoskop avlyssnas andningsljuden. Detta för att avgöra om patologiska ljud eller frånvaro av luftväxling i lungorna förekommer.

Lungornas funktion är att möjliggöra utbyte av syre och koldioxid mellan kroppen och andningsluften. Med lungfunktionstester mäter man lungventilation, gasutbyte mellan alveolerna och kapillärerna och gastransporten i blodomloppet (Kaarteenaho, Brander, Halme & Kinnula, 2013, s. 22).

Spirometri är en vanlig undersökning vid misstanke om astma. Indikation för undersökningen är diagnostik av andningssymtom och differential diagnos, utvärdering av läkemedelseffekt, bedömning av arbetsförmåga och bedömning före ingrepp och operation (Kinnula et al. 2005, s. 233). I samband med astmadiagnostik strävar man efter att bedöma om patienten är obstruktiv och i vilken grad. Forcerad volym efter 1 sekund (FEV1) och forcerad vitalkapacitet (FVC) är viktiga värden som ger snabb information (Sandström & Eklund, 2009, s. 334-335). FVC är den maximala andningsvolymen i lungorna under snabb utandning. FEV1 värdet är den mängd luft som blåses ut ur lungorna under snabb utandning den första sekunden (Kinnula et al. 2005, s. 233).

Före spirometrin ska patienten undvika intag av kraftig måltid och tobaksrökning, Spirometrin görs sittande och patienten använder näsklämma för att hindra utandning via näsan. Patienten börjar med att fylla lungorna och sedan följer en så maximal och lång utblåsning som möjligt. Undersökningen upprepas så att man får 3 likadana kurvor där FEV1 värdet varierar högst 4 procent. För korrekt utförande av spirometri krävs god utbildning och avancerad kvalitetskontroll. Om indikationen för spirometri är t.ex. utvärdering av medicinering, operationsduglighet eller bedömning av arbetsförmåga görs spirometri med aktuell medicinering i användning, men om det handlar om ev. astma diagnos, ska patienten inte använda medicin före för det kan inverka på spirometriresultatet (Kinnula et al. 2005, s. 234).

Med spirometri mäts volymen och luftflödet som kommer in och ut ur lungorna.

Samtidigt erhålls en uppfattning om möjliga avvikelser i lungvolym eller flöde.

Reversibiliteten hos avvikelserna kan mätas med ett bronkodilatationstest (Kaarteenaho et al. 2013, s. 22). En signifikant reversibilitet är om FEV1 förbättras minst 12 procent och minst 200 ml efter inhalation av luftrörsvidgande medicin (Sandström & Eklund 2009, s. 335). Ett bronkodilatationstest utförs alltid om en patient har en viss grad av obstruktion och även om ingen obstruktion kan konstateras görs testet om symtomen ändå tyder på astma. I bronkodilatationstestet ges patienten en viss mängd beta-stimulerare i inhalationsform, t.ex. 0,4mg salbutamol. Efter medicinering görs spirometri igen efter 15 minuter (Kinnula et al. 2005, s. 234).

Med PEF-uppföljning (Peak Expiratory Flow) mäter man det maximala expiratoriska flödet (l/min) som kan uppnås efter maximal inandning. Man får då en uppfattning om graden av obstruktivitet. För detta använder man en PEF-mätare (Peak-Flow-meter). Det är patienten själv som ansvarar för att lungfunktionen medföljs (Bergbom & Nilsson, 2000, s. 62).

En av de vanligaste indikationerna till undersökningen är kronisk hosta och andfåddhet vid misstanke om astma. Andra indikationer är uppföljning av astma patienten och bedömning av medicineffekten. PEF-uppföljning kan göras även för bedömning om ansträngningsastma. PEF-uppföljning kan göras på astmamottagningen eftersom mätaren är billig och undersökningen går fort och är väldigt informativ. Det är viktigt att patienten använder samma mätare hemma och har samma teknik för att resultatet ska vara pålitligt (Kinnula et al. 2005, s. 231-232).

Vid klassisk aktiv astma är det vanligt med luftvägsobstruktion som varierar över dygnet. Detta kan orsaka att patienten vaknar av nattliga astmaattacker. Tidigt på morgonen är det dock vanligare med obstruktion. Att hemma följa med PEF-värden är ett ypperligt instrument för att påvisa variabel luftvägsobstruktion. Graden av variabilitet är ett bra mått på sjukdomsaktivitet och det är därför ett bra sätt för behandlingsuppföljning. Då man ska diagnostisera arbetsrelaterad astma registreras PEF-resultat under ledighet och i samband med provocerande arbetsmoment (Sandström & Eklund, 2009, s. 335-336).

För att säkerställa astmadiagnosen ska patienten göra en två veckors PEF-uppföljning morgon och kväll med en kortverkande beta2-agonist. Om det vid 3 tillfällen blir en

variation på minst 20 procent och 60 l/min efter kortverkande medicin är astmadiagnosen klar (Käypähoito, 2012).

Lungröntgen är en vanlig röntgenundersökning som är billig, enkel och ger endast en låg stråldos. Vid alla nybesök borde lungröntgen ingå. Vilken typ av lungsjukdom man har avgör med vilket intervall man kontrollerar lungröntgen. Det är viktigt att eftersöka äldre lungröntgenbilder för jämförelse. Med lungröntgen kan parenkym, pleura, thoraxvägg, hjärtat, kärlen, bronkerna och delar av mediastinum bedömas (Sandström & Eklund, 2009, s. 47-48). Lungröntgen ger vägledning vid misstanke om infektion, infiltrat, atelektasbildning eller tumör i lungan (Bergbom & Nilsson, 2000, s. 58-59).

3.3 Vård och uppföljning

De långsiktiga målen för astmavård är att uppnå mindre symptom och minimera försämringsperioder och biverkningar av medicinbehandlingen. För detta ändamål är det avgörande med ett vårdförhållande mellan patient och vården och en strategi för delad vård där patienten spelar en aktiv roll i hanteringen av astma. Detta är förknippat med bättre resultat (Rothe et al. 2018).

Astmavården består av sanering av allergener, hyposensibilisering, rätt val av kost, rätt andningsteknik, motion och medicinering. Med sanering av allergener försöker man minska eller avlägsna sådant som ger astmasymptom i hemmet, till exempel husdjur, blommor, en viss typ av mattor eller sängkläder och annat som samlar damm.

På arbetsplatser finns många olika allergener som damm, kemikalier, ångor eller gaser. Det är inte alltid så lätt att kunna undvika allergener på en arbetsplats och då kan det bli aktuellt med omskolning eller byte av arbetsuppgifter.

Förändringar av kosten är inte så vanligt hos vuxna men desto vanligare hos barn eftersom mat- och tillsatssämnen orsakar symptom. Som astmatiker är det vanligt att man reagerar på värkmedicinen acetylsalisylsyra så då rekommenderas istället paracetamol.

Rätt andningsteknik och rätt hostteknik behöver inläras med fysioterapeutens hjälp. Motion som simning och promenad lämpar sig bra åt astmatikern. Det är också skäl att sluta röka.

Målet med läkemedelsbehandling är symptomfrihet. Vården planeras individuellt och patientens mående följs med eftersom astma är en kronisk sjukdom. Med lyckad behandling vid lindrig astma försvinner hosta, slemutsöndring, andnöd och patienten får förbättrat allmäntillstånd. Med svår astma är det dock inte alltid som patienten blir helt symptomfri (Kaarteenaho et al. 2013, s. 112). Läkemedelsbehandlingen grundar sig på lindring av luftvägarnas inflammation i slemhinnan med förebyggande läkemedel och även luftrörsvidgande läkemedel (Jaatinen&Raudasoja,2018, s. 96-97). Att ge patienter utbildning i medicinteknik, att uppmuntra till att medicin används och att ge möjlighet till utbildning i vården av astma är viktiga steg. Dessa uppnås bäst genom ett vårdförhållande mellan patienten och vården (Rothe et al. 2018).

I en studie gjord med lettiska astmapatienter framkommer att en övertygelse om nödvändighet av astmaläkemedel samt kognitiva och emotionella faktorer kring hur sjukdomen uppfattas korrelerar väl med dålig astmakontroll. Patientens övertygelse om sin sjukdom och behandling har ett starkt inflytande på egenvården. Patienter som tror att medicineringen är nödvändig för deras nuvarande och framtida hälsa, förhindrande av förvärring av sjukdomen, är mer benägna att få astman väl kontrollerad. De som däremot är oroade över sina läkemedel är mer benägna att avvika från behandlingsplanen. Patienter gör ofta behandlingsval enligt egen förståelse och övertygelse om sjukdomen och behandlingen. Patienternas följsamhet till medicinering påverkas särskilt av hur de utvärderar sitt personliga behov av läkemedel i förhållande till oron över eventuella negativa effekter av att ta den (Smits, Brigis, Pavare, Maurina & Barengo, 2017).

3.4 Astmamedicinering

Dålig medicinteknik leder till dålig astmakontroll och ökar risken för försämringsperioder och biverkningar. Ändå kan upp till 70-80 procent av patienterna inte använda sin medicin korrekt och de flesta av dem är inte medvetna om problemet. Strategier för att säkerställa effektiv användning av medicin inkluderar att välja den lämpligaste sorten baserat på tillgängliga alternativ, kunskap hos patienten och kostnader. Att visa patienten hur man använder medicin korrekt och kontrollerar medicintekniken regelbundet är viktigt (Rothe et al. 2018).

Vid behandling av astma ger man vanligtvis två olika typer av läkemedel, luftrörsvidgande och inflammationsdämpande i inhalationsform (Holmner & Sundberg, 2000, s. 143). Läkemedlen kan ges systemiskt eller som inhalation. Systemiska läkemedel ger en jämn koncentration av läkemedlet i andningsorganen, men läkemedlet sprider sig också till resten av kroppen. Systemiska läkemedel påverkar lätt andra organ negativt. Genom inhalering hamnar läkemedlet lokalt i luftvägarna. Detta resulterar i en tillräckligt hög koncentration i luftvägarna och den systemiska koncentrationen av läkemedlet och risken för skador förblir låg. Med inhalation får man dock inte läkemedlet att fördela sig jämnt i andningsvägarna. En del av läkemedlet lämnar i mun och hals och detta kan leda till biverkningar. De vanligaste inhalatorerna som används är pulverinhalator, aerosol, soft mist-inhalator och nebulisator.

I en pulverinhalator är läkemedlet torrt pulver och innehåller vanligtvis en liten mängd laktos. Läkemedlet är vanligtvis packat i skilda doser eller så kan läkemedlet finnas i en behållare, från vilken en enstaka dos alltid släpps ut i behållaren då man laddar den. Det finns också behållare i vilken man lägger en kapsel som sedan trycks sönder och pulvret är sen färdigt att inhalera. Det är väldigt viktigt med rätt teknik då man använder pulverläkemedel. Inandningen bör vara tillräckligt snabb (minst 30L/min, gärna över 60L/min) genast från start så att läkemedlet frigörs ur behållaren och sönderbryts i tillräckligt små partiklar. Man laddar inhalatorn först och strax efteråt påbörjas inandningen. Patienten behöver inte koordinera händer och andning, men inandningen bör vara tillräckligt kraftig.

I aerosoler är läkemedel och flytande drivmedel antingen en lösning eller suspension i en liten sprayflaska under tryck, ur vilken läkemedelsdosen frigörs genom att trycka ner

sprayflaskan. Tidigare användes freon (CFC-föreningar) som drivmedel, men idag använder man hydrofluoroalkaner (HFA) (Kaarteenaho et al. 2013, s. 472-473).

Soft mist-inhalator (SMI) är en nyare variant. Läkemedlet är en lösning i en behållare. Från denna passerar läkemedlet genom sprutmunstycket med fjäderkraft. Inget drivmedel finns med. Med denna inhalator fås ett mycket finfördelat läkemedel och det avlägsnas ur behållaren långsammare och kommer betydligt längre tid än från en aerosol. Detta gör att koordination med andning och händer inte är lika noggrann. En stor del av läkemedlet som ges med soft mist-inhalator lämnar kvar i lungorna, till och med 50 procent.

Med nebulisator menas aerosolisering av ett flytande läkemedel. I läkemedelsbehållaren sker detta med tryckluft eller syre. Man lägger det flytande läkemedlet i dosbehållaren och patienten får med hjälp av andning via mask läkemedlet att nå lungorna. Ingen skild andningsteknik behövs, utan patienten kan andas normalt och lugnt (Kaarteenaho et al. 2013, s. 474).

Nyckeln till att medicineringen ska lyckas är rätt val av läkemedelsinhalator, vilken patienten bör lära sig använda på rätt sätt. Läkaren ska bedöma om patienten klarar av koordination med händer och andning. Dessutom bör man bedöma om patienten har tillräcklig snabb inandning för att använda till exempel pulverinhalator. Detta kan man kontrollera med engångsinhalatorer som inte innehåller medicin. Om patienten har svår astma eller är dement är inandningskraften ofta för svag för pulverinhalatorer och då är aerosol och mellanstycke med mask nödvändig (Kaarteenaho et al. 2013, s. 475).

Det är väldigt viktig med rätt inhalationsteknik. Nu för tiden rekommenderas främst läkemedel utan aerosol. Efter läkemedelsintag är det viktigt att skölja munnen med vatten för att få bort läkemedelsrester ur munhålan. Redan hos läkare får patienten den första anvisningen om astmaläkemedel. På basen av pef- och spirometriresultat avgörs den rätta dosen läkemedel som patienten ska använda (Jaatinen & Raudasoja, 2018, s. 97).

3.5 Astmapatientens välbefinnande

Patientens välbefinnande påverkas av hur den personliga och grundläggande omvårdnaden utförs. Förmågan att ta hand om sig själv kan variera från dag till dag. Det är viktigt att skötaren kan vara lyhörd för förändringar som sker hos en patient. Patienten bör få en aktiv och jämställd roll i omvårdnadsprocessen. Patienten är expert på sin livssituation (Dingwall, 2014, s. 24-25).

Delaktighet härstammar ur latinets ord för "att dela". Står idag för delaktig som inblandad, medverkande eller engagerad. Patientdelaktighet innebär att delta i beslut om vård och behandling och är ett juridiskt perspektiv som framkommer i patientlagstiftningen. Patienten måste få information om sin sjukdom, olika behandlingsförslag och möjligheter. Viljan kring vård och behandling som patienten uttrycker bör vara styrande för personalen. Graden av delaktighet beror på utbildning, ålder och kön, men också av sjukdomens art och behandlingsmöjligheter. Med ökad förståelse för sin sjukdom får patienten ökat behov av att medverka i dialog och beslut om vård och behandling. Skapandet av en relation mellan patient och personal är av betydelse för delaktigheten (Friberg & Öhlén, 2014, s. 487-491).

För att information ska vara till nytta bör den anpassas efter situationen patienter befinner sig i. Sjukskötaren bör få veta vad patienten behöver och vill veta. Kunskap är målet för patientdelaktighet och för att informationen ska bli kunskap måste den vara betydelsefull och förmedlas på sådant sätt att den kan omvandlas till kunskap. I mötet mellan patient och sjukskötare bidrar båda med kunskap och erfarenhet. Kunskapen patienten förmedlar bidrar till ett lärande även för sjukskötaren och detta gynnar i sin tur också andra patienter (Friberg & Öhlén, 2014, s. 495-496).

Ett viktigt syfte med astmavård är att ge varje patient kontroll över sitt eget tillstånd. En personlig plan bidrar till denna strävan. En plan innehåller individuella instruktioner för egenvård som utarbetats tillsammans med patienten för att behålla astmakontroll och återfå kontroll i händelse av en försämringsperiod. Planen innehåller kontroll av lungfunktion (PEF), medicinering och instruktioner om hur man ska reagera på ökade symtom och när man ska söka medicinsk hjälp.

Det huvudsakliga målet med astmabehandling är en långvarig god astmabalans. Okontrollerad astma är ett stort folkhälsoproblem över hela världen. Astma anses vara under kontroll när patienten inte har astmasymtom dag eller natt och inga försämringsperioder förekommer, då patienterna upplever normal andningsfunktion och inte begränsas i daglig aktivitet. Dålig astmakontroll utsätter människor för en ökad risk för försämringsperioder, akutbesök, sjukhusinläggningar och till och med dödsfall (Kabengele et al. 2019).

Att få tillräckligt med information om sin sjukdom förbättrar kunskap och astmabalans (Myriam, Gagne, France, Jocelyne & Boulet, 2017).

3.6 Astmasjukskötarens roll

Astmaskötarens roll har vuxit. Det finländska astmaprogrammet (1994-2004), copd-programmet (1998-2007) och allergiprogrammet (2008-2018) har skapat ett nätverk mellan astmaläkare och astmaskötare. Skötarna uppmuntras till självständigt arbete och en utbildad sjuksköterska ansvarar för en stor del av patienternas rutinmässiga kontroller genom att komma överens om arbetsfördelningen med läkaren (Kaarteenaho et al. 2013, s. 117).

Det patientnära arbetet är något som värdesätts mycket av patienterna. Den som ska kunna ge god personlig omvårdnad måste ha både teoretisk och praktisk kunskap. Alla patienter är olika så metoderna kan inte upprepas på alla. För att kunna vara lyhörd på den enskilda individen måste skötaren öva alla sinnen för att vara lyhörd. Varje patientkontakt ger ny erfarenhet och kunskap (Dingwall, 2014, s. 17).

Astmaskötaren bör alltid förvissa sig om att patienten har uppfattat instruktionerna. Att ta sin astmamedicin rätt är viktigt och genom att vid flera tillfällen ge patienten möjlighet till träning av teknik under handledning av astmaskötaren kan patienten lära sig (Bergbom & Nilsson, 2000, s. 107).

Handledd egenvård kan förverkligas enkelt med hjälp av en astmadagbok. Det är viktigt att patienten vet vart man kan ta kontakt vid behov. Genom handledning och motiverad egenvård ökar vårdmotivationen och prognosen förbättras. Då patientens mående

förbättras och hälsovårdens tjänster, tilläggsmedicin och sjukledighetsdagar minskar så minskar även kostnaderna (Kaarteenaho et al. 2013, s. 117).

I dagens vård läggs tonvikten på patientens aktiva roll och deltagande. Man talar om vårdengagemang och vårdpartnerskap. Den handledda egenvårdens centrala mål med astma är förhindrande av försämringskede. Patienten behöver förstå vad slemutsöndring, hosta, pipande andning och tung andning orsakas av. Även skillnaden mellan inflammationsdämpande och öppnande läkemedel behöver patienten känna till. En ökning av hosta och ökat behov av öppnande läkemedel signalerar om en ökning av inflammation. Överlag följer patienterna anvisningar varierande: de tar ofta läkemedel enligt hur det känns och många använder under hälften av ordinerad mängd. Så kan patienten göra om man förstår vad som är på gång. Genom att följa med PEF-värden kan patienten justera behovet av inflammationsläkemedel och öppnande läkemedel (Kaarteenaho et al. 2013, s. 115-116).

Att stödja till egenvård kan minska på behovet av sjukvård och förbättra astmakontrollen. Att lära ut egenvård i det praktiska kliniska vårdarbetet är viktigt och det ökar inte signifikant på de totala sjukvårdskostnaderna. Sjukvården bör prioritera stödandet av egenvård hos patienter med astma, det bör vara en grundläggande del i vården (Pinnock et al. 2017).

Patientdelaktighet är en central aspekt av patientcentrerad vård. Förutsättning för att astmaskötaren skapar delaktighet med patienten baseras på förmågan att lyssna, kunskap patienten redan har, respekt, förmåga att förmedla information och bidragande till kunskapsbyggande. Ett aktivt och inkännande lyssnande, respekt och pedagogiskt kunnande är av stor betydelse för mottagningsbesöket (Friberg & Öhlén, 2014, s. 497).

En plan för hur man ska hantera sin astma har visat sig vara en viktig del i egenvården av astma. Dessutom är det mycket viktigt med rätt teknik av astmamedicinerna. För effektiv egenvård krävs god information och förståelse för sin astma. Sjukskötare som är skickliga att handleda och undervisa patienterna i hantering av astma kan bidra till en betydande förbättring av patienternas livskvalitet. Kunskap om och förhindrande av försämringsperioder är mycket viktigt i egenvården av astma (Murray & O'Neill, 2018).

Hälso- och sjukvårdspersonal har ett ansvar att se till att alla med astma får personlig rådgivning för att göra det möjligt för dem att optimera hanterandet av sitt tillstånd, minskar försämringsperioder och förbättrar livskvaliteten. En personlig plan bör ges även skriftligt, en sammanfattning av de vanligaste vårdåtgärderna, hur man känner igen försämringskedan och vilka åtgärder som är nödvändiga. Inom organisationen är det viktigt med kompetensutbildning för sjuksköterna, engagemang i både teori och praktik för lärande av egenvård. Egenvård, inklusive tillhandahållande av en skriftlig plan och regelbunden medicinsk genomgång, halverar nästan risken för sjukhusvistelse, minskar väsentligt besök vid akutmottagningar och icke schemalagda konsultationer och förbättrar astmakontroll och livskvalitet (Pinnock 2015, s. 100-107).

4 Teoretiska utgångspunkter

Respondenten har utgående från syftet för studien valt två teorier vilka utgör de teoretiska utgångspunkterna för denna studie. Den ena är Dorothea Orem's teori om egenvård och den andra är Katie Erikssons teori om helhetssyn. Orem har valts för att hon betonar egenvårdens betydelse för att välbefinnande ska kunna uppnås. Enligt Eriksson har vårdvetenskapens människobild sin utgångspunkt i helhetssynen av människan (Eriksson 2014, s. 28-29). Patient – vårdarrelationen utgör kärnan i vårdprocessen. I denna grundläggande relation får patienten styrka att vara delaktig i vårdprocessen. Vårdprocessen sker här och nu och den sammanbinder teori och praktik som bör integrera med vårdandets kärna (Eriksson 2014, s. 18-19).

4.1 Dorothea Orem's egenvårdsmodell

Första gången Orem's teori presenterades var år 1971 och det har gjorts flera revideringar av den sedan dess. Hennes teori har ursprung i egna erfarenheter och i arbetet att ta fram läroplaner för sjuksköterskeutbildningen på 1950-talet. Orem betraktar omvårdnad som

en ersättning för egenvård i situationer där patienten inte kan utföra dessa.

Omvårdnadens mål är att så långt som möjligt hjälpa patienterna till självständighet i aktiviteter (egenvårdskrav). Detta för främjande av funktion och hälsa. Problem kan uppstå då man sparar på dessa aktiviteter (egenvårdsbrist). Vid olika grader av egenvårdsbrist är omvårdnadsåtgärder nödvändiga (Kirkevold, 2000, s. 148-149). Genom egenvård kan välbefinnande uppnås. Det är upp till patienten själv att ta ansvar för att utveckla goda vanor och främjande av hälsa. En sjukskötare kan stötta och undervisa patienten i egenvård, men en alltför sjuk patient klarar inte av detta och då bör sjukskötaren ta över. Patientens personlighet och livssituation har en stor betydelse på hur hjälpen ges. Om miljön är trivsamt och motiverande är det lättare för patienten att uppnå sina mål (Orem et al. 2001, s. 141-142).

Orems egenvårdsteori delas in i tre olika teorier: teorin om egenvård, egenvårdsbrist och omvårdnadssystem. Dessa tre teorier bildar tillsammans en generell teori om omvårdnad. Enligt Orem är fysiska, psykologiska och sociala interaktioner oskiljaktiga delar i en persons hälsa. Dessa delar är grunden för möjlighet att delta i och genomföra omsorg (Orem et al. 2001, s. 48).

Teorin om egenvård grundar sig på tre centrala begrepp: egenvård, egenvårdsbehov och egenvårdskrav. Egenvård betyder att individen utför aktiviteter på eget initiativ och utför dessa för sin egen skull för att liv, hälsa och välbefinnande ska upprätthållas. Egenvården delas in i tre faser: värderingsfas, planeringsfas och genomförandefas. I värderingsfasen klagörs de handlingar som behövs för att kroppens struktur och funktion ska regleras och att hälsa säkerställs. I planeringsfasen görs ett systematiskt och kontinuerligt utförande av handlingar och i tredje fasen konkret genomförande av handlingarna. Med alla dessa tre faser bildas en handlingsprocess (Kirkevold, 2000, s. 149-150).

Egenvårdsbehoven tillgodoses med egenvård och fastställs som formulerade insikter om olika handlingar som måste utföras av eller för en individ. Dessa handlingar vet man är nödvändiga för individens funktion och utveckling som människa. Egenvårdsbehoven indelas i tre kategorier: universella behov, vilka hör till antagandet att individen måste ta hand om sin egenvård för att den mänskliga funktionen ska upprätthållas.

Utvecklingsmässiga behov grundar sig i antagandet att människans utveckling pågår från vaggan till graven och för att främja denna utveckling krävs vissa specifika faktorer.

Egenvårdsbehov relaterade till hälsoproblem förekommer hos individer som lider av sjukdom och genomgår diagnostiska procedurer eller behandlingar (Kirkevold, 2000, s. 150-151).

Egenvårdskrav innebär summan av de egenvårdsaktiviteter som måste utföras för att individens universella och utvecklingsmässiga egenvårdsbehov ska tillgodoses, samt behov som har samband med hälsoproblem (Kirkevold, 2000, s. 152). Oavsett om det är frågan om en kort eller långvarig sjukdom har patienten vid ohälsa behov av att anpassa sig till situationen. Terapeutiska egenvårdskrav innebär krav på handling, vad patienten bör göra och vilka är möjligheterna att engagera sig i egenvården (Orem et al. 2001, s. 52-53).

Egenvårdsbrist utgör en beskrivning av och förklaring till varför en person är i behov av omvårdnad. Teorin om egenvårdsbrist indelas i: egenvårdskapacitet och egenvårdsbegränsning. Om egenvårdskapaciteten är mindre än egenvårdskravet uppstår egenvårdsbrist. Individen kan inte själv utföra egenvård som tillgodoser alla egenvårdsbehov. Egenvårdsbrist innebär en obalans mellan individens egenvårdskapacitet och egenvårdskrav och den kan vara partiell eller fullständig. I dessa situationer måste individen få hjälp av andra för att utföra egenvård (Kirkevold, 2000, s. 153). Detta kan enligt Orem kallas för "närstående-omsorg" och innefattar vuxna individer som försör omvårdnad om andra "dependentcare agent" (Orem et al. 2001, s. 42). Finns det ingen anhörig som kan tillgodose egenvårdsbehovet kan individen få professionell vård. Egenvårdsbegränsning innebär begränsningar i individens egenvårdskapacitet (Kirkevold, 2000, s. 153).

Omvårdnadssystem inkluderar omvårdnadskapacitet, hjälpmetoder och olika omvårdnadssystem. Teorin går ut på vissa hypoteser om allmänna kännetecken på hjälpsituationer, bland annat omvårdnadssituationer. Till omvårdnadskapacitet räknas kunskaper, attityder, färdigheter och egenskaper som krävs för utövande av omvårdnad. Till hjälpmetoder räknas handlande, vägledning, stödjande, skapande och undervisning för en annan person. Omvårdnadssystem innebär att något skapas genom sjukskötarens och patientens åtgärder och interaktion i en omvårdnadssituation (Kirkevold, 2000, s. 154).

Omvårdnadens "äkta" patienter definieras av Orem som personer med egenvårdsbrist. De saknar närstående personer som kan hjälpa till med egenvården. Omvårdnad omfattar både att förstärka patientens förmåga att utöva egenvård och också att ta över utförandet av behövliga egenvårdsaktiviteter då patienten inte själv klarar av det (Kirkevold, 2000, s. 157).

Överlag har människor i allmänhet den förmåga och motivation som krävs för målinriktad handling i syfte att behålla och främja sin egen hälsa och förebygga sjukdom. Även att utföra aktiviteter som förhindrar sjukdom. Egenvårdskraven kan dock ibland överstiga individens möjlighet att utföra handlingar som främjar liv, hälsa och välbefinnande. Omvårdnadens ansvar bör då kompensera denna brist och det bör ske på ett sätt så att individen återvinner sin egenvårdskapacitet (Kirkevold, 2000, s. 159).

4.2 Helhetssyn enligt Katie Eriksson

Att vårda är något naturligt för människan. Det är en kärleksgärning. Människan får kraft att utvecklas genom att kunna ge och ta emot kärlek. Kärlek och omtanke bekräftar människan som människa. Kärlekens kraft förmedlas genom närhet, ömhet och ansning. Ansning är en reningsprocedur då man sörjer för den andres välbefinnande till kropp, själ och ande. Genom olika former av ansning, lekande och lärande frambringas ett tillstånd av tillit, tillfredsställelse, kroppslig och andlig belåtenhet samt en känsla av att vara i progress med syftet att förändra hälsoprocesserna (Eriksson, 2018, s. 26-27).

I vårdprocessen möter vårdaren patienten som kropp, själ och ande. Helhetssynen på människan tar hänsyn till alla aspekter av människan även om det aktuella hälsotillståndet fokuseras till någon del. Grunden för vårdarens yrkesskicklighet ligger i ett ständigt fördjupande av kunskap om den unika människan. Individuell vård betyder att man utgår från varje enskild människas speciella särdrag. Vården grundar sig på tilltron till människans egna möjligheter att växa och utvecklas. Helhetssynen omfattar också en helhetssyn på livet. En levande människa är mera än liv i biologisk betydelse. Den levande människan har livsvilja, fantasier, tankar, känslor, drömmar, tro och hopp etc. Den

levande människan vill själv vara med och skapa sitt liv. Dessa livsdimensioner är med i vårdprocessen som bygger på helhetssynen (Eriksson, 2014, s. 28).

Alla människor har olika behov och dessa påverkar handlandet. Bakom behoven finns begär, människans innersta längtan och önskningsar. För att växt och mognad ska vara möjlig måste människan bli bekräftad och accepterad så som hon är. Begäret efter kärlek och begäret efter liv är de mest grundläggande begären. Människan strävar efter mening i livet, att upprätthålla biologisk balans och skydd mot faror.

I vårdprocessen måste man kunna skilja på patientens begär, behov och problem och förhållandet till olika sorters hälsohinder. Behoven utgör den objektiva sidan av begären. Behoven kan vara organiska behov, emotionella behov, sociala behov, utvecklingsbehov och andliga behov (Eriksson, 2014, s. 32-33).

Ett problem kan vara svårt att bemästra. Om de påverkar ens dagliga liv blir de mest påtagliga. Ett problem ska kunna lösas. De problem patienten har måste tas på allvar. Olösta problem är ett hinder för människan att utvecklas som hel människa (Eriksson, 2014, s. 37).

Enligt vårdvetenskapen är hälsa en helhet, att vara något samordnat helt. Hälsan är relativ, man kan inte ange exakta mått på hälsa. Den varierar mellan människor. Hälsan är också personlig. Varje människa är egen referens på sin hälsa.

De faktorer som bidrar till ohälsa kallas hälsohinder. Dessa kan finnas inom människan själv eller i människans omvärld (Eriksson, 2014, s. 41-42). Hälsa är ett samordnat tillstånd av sundhet, friskhet och välbefinnande, men inte nödvändigtvis frånvaro av sjukdom. Dessa utgör substansen i hälsan, dvs. individens kapacitet och inre stöd. Att anse sig ha välbefinnande är en tillräcklig betingelse för hälsa (Eriksson, 2018, s. 151).

Relationen patient – vårdare är grunden i vårdandet. I vårdrelationen mellan vårdare och patient får patienten lära sig att både ta emot och att ge, men inget av dessa får uppfattas som självklart eftersom det är en konst att kunna ta emot. Denna relation bygger på ömsesidighet. Patient – vårdarrelationen kallas för vårdförhållande och förverkligas på många olika nivåer och grundar sig på kunskap. Kontinuitet i vårdförhållandet är viktigt och det innebär att patientens hälsoprocesser utvecklas mot optimal hälsa (Eriksson, 2014, s. 55-56).

Både påverkande och styrande processen bör beaktas vid valet av vårdhandling. Påverkan förändrar människans kognitiva struktur genom inläring. Styrning ändrar människan genom åtgärder där patienten inte deltar aktivt i förändringen av tidigare mönster. Det vanligaste är att båda formerna förekommer samtidigt. En vårdhandling innefattar ett medvetet åstadkommande av förändring i patientens hälsoprocesser. Vårdhandlingen bör definieras utgående från syftet eller förändringen den leder till hos patienten. Det praktiska vårdarbetet delas in i naturlig vård, grundvård och specialvård (Eriksson, 2014, s. 77-79).

Med naturlig vård menas det människan behöver oberoende av grad av hälsa, den naturliga relationen mellan en själv och andra fungerar. Varje individ behöver åtminstone en relation med en annan människa. Även behov av någon form av Gud är viktigt för människan. En människa med ohälsa behöver en högre grad av spontan naturlig vård.

Grundvården utgår från de grundläggande behoven. Grundvård innefattar tillgodoseende av patientens organiska, emotionella, kulturella och sociala, utvecklings- samt andliga behov. Att hjälpa en annan med de grundläggande behoven utgör vårdandets idé och är ett uttryck för barmhärtighet och människokärlek.

Då grundvårdande åtgärder inte räcker till för upprätthållande eller återställande av patientens hälsa behövs specialvård. Det är en form av ersättande vård. Specialvården innebär en mera komplicerad, intensiv och oftast dyrare vård än grundvården. Tanken är att specialistvården tidsmässigt ska vara så kort som möjligt. Man kan aldrig ersätta grundvård med specialvård (Eriksson, 2018, s. 86-91).

I dagens samhälle bör patienten vårdas på ett sätt som visar olika vägar till målet eller hälsa istället för att bära patienten dit. Självvård handlar om en ansvarsfördelning mellan patient och vårdare. Förutsättningen för självvård är kännedom om egna resurser, både fysiska och psykiska och även resurser man har i omgivningen. Förmåga till självvård sker genom mognad och inläring. Vårdarens uppgift är att få patienten medveten om resurserna. Vården bör alltid kompensera brister i självvården (Eriksson, 2014, s. 84-85).

5 Metodbeskrivning

Metoden för respondentens utvecklingsarbete är inspirerad av aktionsforskning. Både kvalitativ och kvantitativ forskningsansats används. Som datainsamlingsmetod har respondenten valt spirometriresultat och enkätundersökning med slutna och öppna frågor. Data kommer sedan att analyseras med innehållsanalys och deskriptiv statistik.

5.1 Aktionsforskning

Metoden i denna studie är inspirerad av aktionsforskning. Aktionsforskning är ett begrepp som återkommer då man talar om att utveckla verksamhet både inom näringsliv och inom offentlig förvaltning. Det kan beskrivas som en strävan som tar utgångspunkt i praktiken, ett samarbete mellan forskare och praktiker och forskningen leder till förändring. Aktionsforskning kan förklaras som en relation mellan tänkandet om praktiken och handlandet i praktiken. Det här betyder att man utvecklar och förändrar verksamheten men även om att skaffa sig kunskap om hur förändringen går till och det som sker under arbetets gång.

Aktionsforskning innebär att man prövar något med avsikten att förändra verksamheten i lämplig riktning. Man startar en process som ingriper i praktiken. Forskaren har de allmänna kunskaperna kring metoder och analysinstrument och praktikern har kunskap kring det unika i det speciella sammanhanget. Det här kan tillsammans skapa intressanta möten som frambringar ny kunskap kring det som studeras (Rönnermann, 2004, s. 13-14).

Sammanfattningsvis kännetecknas aktionsforskning enligt Rönnermann (2004, s. 24) av att praktikerns frågor leder processen, vilken innebär att en handling startar, man följer den systematiskt och reflekterar tillsammans med en forskare. Det finns en öppenhet mot val av metoder och lösningar i denna process. Inga metoder kan anses vara de "rätta". Möjlighet att konfrontera olika bilder med varandra utifrån erfarenhet och teori finns i analysen.

Då man gör en aktionsforskning kan verktygen för datainsamling vara dagböcker, handledning och observation. Dessa bör ses som varandras förutsättningar för att en utveckling sker och behöver inte vara så tydligt uppdelade.

5.1.1 Kvalitativ metod

Att använda sig av kvalitativ metod innebär ett försök att överskrida naturvetenskapens subjekt och objektförhållande mellan forskare och undersökningsenhet. Man tar sig an problemen metodiskt och förutsättningen till detta rör fysisk närhet, ömsesidig tillit och förståelse mellan forskare och personerna som undersöks. Med närhet och förståelse följer också speciella förväntningar. De som undersöks får fort ett speciellt intryck av forskaren. Detta kan leda till att de försöker leva upp till förväntningar som de tror att forskaren har på dem. Den egna uppfattningen kommer härmed kanske inte alltid fram. Här har forskaren ett stort ansvar för att försöka få personerna att delge sina egna uppfattningar och inte det vad de tror forskaren vill höra. Genom att gå in i rollen som en intresserad lyssnare kan detta uppnås. Förutsättningar av värderingsmässig och kunskapsmässig karaktär som finns i forskningsmiljön grundar sig den kvalitativa forskningsprocessen på. Forskningsprocessen och uppkomsten av resultat sker i ständig växelverkan mellan teori och empiri mellan de som undersöks och forskaren. Här spelar normativa och kognitiva delar i personens uppfattningar in (Holme & Solvang, 1997, s. 98).

Då forskaren vill veta mera om mänskliga egenskaper kan den kvalitativa metoden användas. Till exempel då man vill veta mera om erfarenheter, upplevelser, tankar, förväntningar, motiv och attityder. Den kvalitativa metoden söker svar på varför människor beter sig som de gör i vissa situationer. Förförståelsen hos forskaren är av betydelse i denna process (Holme & Solvang, 1997, s. 92-95). Den kvalitativa metoden går mer på djupet. I den kvalitativa metoden är det vanligt att man har information från ett mindre antal källor, man har färre personer som undersöks men information om fler faktorer om personerna (Backman, Gardelli & Gardelli, 2012, s. 298-299).

Kvalitativ metod rekommenderas när man studerar nya tidigare utforskade fenomen, men kan också användas vid så kallade fallstudier, som är en speciell användbar metod vid studier av sällsynta syndrom där man inte kan undersöka större grupper (Björkqvist, 2012, s. 27).

5.1.2 Kvantitativ metod

Att göra en kvantitativ forskning innebär att man undersöker det som är mätbart. Man kan kalla detta med annat ord "kvantifierbart". Data som samlas in ska vara mät- och räkningsbart, man ska kunna representera resultat i siffror. Frågor som hur mycket eller hur många besvaras. Den kvantitativa forskningens mål är att förklara eller förutsäga skeenden (Backman et al. 2012, s. 297-298).

Den kvantitativa metoden går ut på att behandla många enheter och forskaren har i förväg definierat vilken information som ska samlas in. Syftet med denna metod är att få in information som man sedan ska kunna systematisera och läggas in i ett dataprogram i standardiserad form, detta för att kunna analysera många enheter. Allt material måste alltså standardiseras. Varje enhet bör behandlas lika och tvingas in i på förhand definierade kategorier och fack. Det här är både svaghet och styrka för den kvantitativa forskningen. Enkät med fasta svarsalternativ är den metod som används mest för insamling av primärdata. Några frågor ställs av forskaren och enheten tvingas in i svarskategorier av typen "ja", "nej", "instämmer helt" och "väldigt positivt" (Jacobsen, 2012, s. 185).

Enligt Holme och Solvang (1997) träffar den kvantitativa metoden ständigt rätt då det gäller beskrivning av olika samhällsliga förhållanden. Man bör dock betona att ett undersökningsresultat inte är det samma som verkligheten, utan en bild av vissa aspekter hon det undersökta fenomenet. Då det gäller val av metoder finns det ingen grund för att ett visst angreppssätt skulle vara det enda rätta utan det kan finnas en hel del att vinna genom att kombinera kvalitativa och kvantitativa metoder.

5.2 Datainsamlingsmetod

Genom datainsamling skaffar man rimliga premisser och argument för de slutsatser man har (Backman, 2012, s. 301). Som datainsamlingsmetod har respondenten analyserat enkät med öppna och slutna frågor samt uppföljning av klinisk data som spirometri. Informanten fyllde i enkät före första och andra besöket. Uppföljning av klinisk data gjordes på första och andra besöket. Syftet med forskningen är enligt Trost (2005) avgörande för vilken metod man väljer. Man kan i samma forskning använda sig av både kvalitativa och kvantitativa data med enkät. Om det är öppna frågor är det en kvalitativ undersökning. Då kan informanterna fritt formulera svaren. I en kvantitativ undersökning bör frågorna vara standardiserade, den har alltså fasta svarsalternativ.

En fördel med enkät är att man kan få stora mängder data, man har möjlighet att skicka ut åt många. Frågorna är också de samma och enkäter ser likadana ut. Frågorna i enkät kan dock ibland misstolkas och de förstås inte på just det sätt man själv eftersträvas. Därför är det viktigt att enkäter utformas noggrant (Backman et al. 2012, s. 305).

Det är enligt Holme och Solvang (1997) viktigt att personerna som ska svara på enkäten blir motiverade och utformningen av formuläret, uppställning av frågor och svarsalternativ, är viktigt. Om frågeformuläret är för stort ökar bortfallet kraftigt.

Ett minus med enkätundersökning är att det inte finns möjlighet för respondenten att ställa kompletterande frågor. Man kan alltså inte korrigera svar som grundas på tydliga missuppfattningar. Möjlighet till komplicerade frågor eller icke planerade följdfrågor ges inte med enkät. Frågor och svarsalternativ bör härmed vara klara och väl genomarbetade. För att göra en bra enkätundersökning är det viktigt att lägga ner ett omsorgsfullt arbete på både förberedelser och att utforma enkäten med frågor och svarsalternativ på ett så bra sätt som möjligt (Ejlertsson, 2014, s. 12-13).

5.2.1 Urval

Informanterna för denna studie valdes slumpmässigt ut från den aktuella hälsovårdscentralens register över patienter med astmadiagnos. Kriterier för val av informanter var att de skulle ha haft astmadiagnos minst ett år och vara i åldern 20-75 år. Fem män och nio kvinnor i åldern 20-75 år deltog i studien. Sex personer valde att inte delta och en person lämnade inte in enkät och föll därmed bort. Endast svenskspråkiga patienter valdes ut. Ingen av de fjorton informanterna avbröt sitt deltagande. Alla informanter har ett vårdförhållande till ifråga varande hälsovårdscentral. Inför ställningstagande till deltagande kom det tydligt fram att informanterna får fortsatt vård även om de valde att inte delta i studien.

5.3 Utarbetande av instrument för genomförandet

Instrumentet för genomförandet består av en enkät med kvalitativa och kvantitativa frågor (bilaga 1 och 2). Med enkäten ville respondenten få fram möjliga förändringar i skötseln av sin astma efter deltagande i interventionen. Då enkäten utformades använde respondenten sig av relevant litteratur om astma. Andra enkät har också varit som stöd till utformningen av enkäten. Ingen pilotstudie gjordes.

5.4 Undersökningens genomförande

För denna studie skickades sammanlagt 21 inbjudningar ut (bilaga 3) per post. Brevet innehöll förutom inbjudan även information om syftet med studien och informanternas individuella tid på mottagningen, vad som kommer att göras, information om spirometri samt enkät 1 (bilaga 1). Alla enkät kodades. Även deltagarnas samtycke skrevs under (bilaga 4).

Enkät nr 1 returnerades vid det första mottagningsbesöket av alla deltagare. Inför det andra individuella besöket, efter interventionens slut, skickades enkät del 2 (bilaga 2) ut till informanterna och även ny information om spirometri och tiden för nytt besök på mottagningen hem till deltagarna. Enkäten returnerades vid uppföljningsbesöket eller i bifogat kuvert. En deltagare lämnade inte in enkät 2 och föll därmed bort från undersökningen.

Interventionen bestod av ett individuellt besök på mottagningen och uppföljning en till två månader efteråt, även då ett besök på mottagningen. Interventionstillfället innehöll handledning om astma och diskussion om eventuella problem i frågor som berör egenvården av astma. Under interventionen behandlades olika ämnen: den rätta tekniken av astmamedicinerna, syfte och målsättning med medicinering, hur fysisk ansträngning, allergier och försämringsperioder påverkar astman. Informanterna fick visa hur de gör då de tar sina mediciner. Detta kontrollerades också med en engångsinhalator som inte innehåller medicin. De fick testa flera gånger och fick ta med sig övningsinhalatorn hem för att repetera. Även en mätare användes för att kontrollera den rätta indragningen av medicin (bra teknik om värdet är minst 30L/min, men gärna kring 60L/min). Alla informanter upplevde detta som positivt. Spirometri gjordes både före och efter interventionen. Spirometri var inget nytt för informanterna, de hade alla blåst flera gånger tidigare.

Uppföljning på mottagningen gjordes 1-2 månader efter interventionen. Ny datainsamling gjordes genom spirometri samt genom enkät 2. Enkäten bifogades till mottagningen och några skickades i bifogat kuvert senare. Enkät 2 inlämnades av 14 informanter. Alla har också varit på uppföljningsbesök hos astmaskötaren.

5.5 Dataanalysmetod

Syftet med analys av data är att göra något med rådata för att omvandla dem på något sätt. Det här görs för att man ska bättre förstå, förutsäga och uppvisa data på skäligt sätt för läsarna. Man hittar mönster och systematik i data, man letar orsakssamband,

korrelationer och hittar underliggande struktur och mening (Backman et al. 2012, s. 315). Respondenten har valt att använda sig av kvalitativ innehållsanalys och deskriptiv statistik.

5.5.1 Innehållsanalys

Innehållsanalys innebär att man i hög grad observerar verkligheten som bestående av ett antal relativt stabila teman (Jacobsen, 2012, s. 152). Data delas in i teman eller kategorier och man försöker hitta samband mellan kategorierna (Jacobsen, 2012, s. 142). Syftet med innehållsanalys är att både förenkla och berika data. Man följer vanligtvis skilda faser i analyskedet. I den första omgången förenklas data för att skapa tydlighet. I den andra omgången placeras data in i större sammanhang. Genom att tematisera förenklas och struktureras texten, flera ord, meningar och avsnitt skapar en meningsfull enhet inom ramen för texten som helhet. Text reduceras till en uppsättning tematiska enheter.

Därefter söker man efter vettiga kategorier som kan skapa struktur i texten. Man samlar teman i grupper. Kategoriseringen är en förenkling av komplicerade, detaljerade och omfattande data. Man hänför ord, meningar och texter till en kategori utifrån vissa kriterier. Då kan man förhålla sig till ett fåtal kategorier snarare än till en mängd teman. En kategorisering är en förutsättning för att man ska kunna jämföra texter från till exempel olika intervjuer. Man kan skapa kategorierna direkt från de data som kommer fram. Kategorierna kan också ha bestämts av undersökaren på förhand, utifrån tidigare undersökningar på temat.

I följande fas fyller man kategorierna med innehåll. Man gör ett urval av citaten och lyfter fram en persons åsikt om den definierade kategorin, med hjälp av till exempel en tabell. Därefter räknar man hur många åsikter som hör till de olika kategorierna. I de två sista faserna av innehållsanalysen jämför man till exempel flera intervjuer med varandra (Jacobsen, 2012, s. 146-152).

5.5.2 Deskriptiv analys

Deskriptiv (beskrivande) statistik betyder att man beskriver insamlad data genom att använda siffror. På detta sätt belyser man forskningsproblemet. Deskriptiva undersökningar är vanligtvis kvantitativa. När man bearbetar materialet statistiskt samlar och ordnar man rådata i en frekvenstabell. För att göra detta används olika statistiska diagram, tabeller och grafer. I en grafisk framställning lägger man materialet i en tabell och observationerna är systematiskt ordnade. Man kan förklara en fördelning grafiskt på flera olika sätt. Stolpdigram används oftast då det är frågan om en diskret variabel med ett begränsat antal värden. Staplarna har samma bredd för variabelvärdena och höjden uttrycker frekvensen. Det ger en bra uppfattning om hur enheterna fördelar sig på de värden variabeln har. Även histogram kan väljas om variabeln är kontinuerlig. Då man vill redovisa flera variabler ska man välja korstabell t.ex. fyrfältstabell (Patel & Davidson 2011, s. 111-119). Diskreta variabler kan delas upp i ett bestämt antal variabler t.ex. antal familjemedlemmar. Kontinuerliga variabler kan delas upp i så många värden man vill t.ex. ålder (Holme & Solvang, 2008, s. 49).

Egenskapen som studeras i en kvantitativ undersökning är en variabel som kan ha olika egenskaper och befinna sig på olika mätnivåer. Nominalskala, ordinalskala, intervallskala och kvotskala är de fyra olika mätnivåer som används (Holme & Solvang, 2008, s. 169-172).

5.6 Etiska ställningstaganden

Inom forskning finns det inget som kan vara så väsentligt att man bryter de etiska kraven. Etiska frågor bör vid all forskning sättas i fokus. Informanterna ska ha rätt till sin egen integritet och värdighet. Detta gäller inte endast då data samlas in utan också då materialet förvaras. Det är viktigt att informanterna ger sitt samtycke (Trost, 2005, s. 103-104).

Det frivilliga samtycket är en nödvändighet inom forskning. Det bör vara fritt och ske utan tvång, bedrägeri eller hot. Informanterna väljer själva att vara med eller inte.

Informationen bör vara korrekt och tillräcklig för att informanten ska kunna välja. Beslut som fattas måste baseras på förståelse och informanten behöver vara tillräckligt upplyst (Backman et al. 2012, s. 220).

Respondenten har i denna studie beaktat de etiska riktlinjerna. Målet är god etisk praxis. I ett kallelsebrev som skickades ut i god tid före fick informanterna en inbjudan till deltagande i studien. Brevet innehöll inbjudan, information om syfte och målsättning med studien och en enkät. Respondenten använde sig av enkät före interventionen för att kartlägga personligt hälsotillstånd, bakgrundsinformation om deltagarna och läkemedelsbehovet. Efter interventionen fylldes igen i en enkät för att se om det skett förändringar i hälsotillståndet och läkemedelsbehovet. Enkäten innehöll frågor med färdiga svarsalternativ och öppna frågor.

Eftersom mottagningsbesöket skedde individuellt kunde individens anonymitet garanteras. Svaren från enkäten behandlades konfidentiellt och inga resultat kunde avslöja vem som var med. Eftersom informanterna var patienter från tidigare var det viktigt att de inte skulle behöva känna att de måste delta utan studien var helt och hållet frivillig. Att välja att inte delta fick inte påverka fortsatt möjlighet till vård. De som valde att delta i studien kunde när som helt kunna avbryta deltagandet om de så önskade.

6 Resultatredovisning

I detta kapitel redovisas resultat från studien. De kvalitativa och kvantitativa svaren presenteras skilt.

Idén till studien fick respondenten från sitt jobb på astmamottagningen på Korsholms hvc. Att fördjupa sig i patienternas intresse och förståelse för sin astma har börjat intressera mer. Hur kan astman fås i bästa möjliga balans?

Enkät med både öppna och slutna frågor och spirometriresultat från mottagningsbesöken har använts som datainsamlingsmetoder. Innehållsanalys och deskriptiv statistik har använts som dataanalysmetoder.

I studien har totalt 14 personer deltagit, 5 män och 9 kvinnor, i åldern 20-75 år (m = 60,9) och med en sjukdomsduration på 1-30 år. Alla resultat redogörs på gruppnivå.

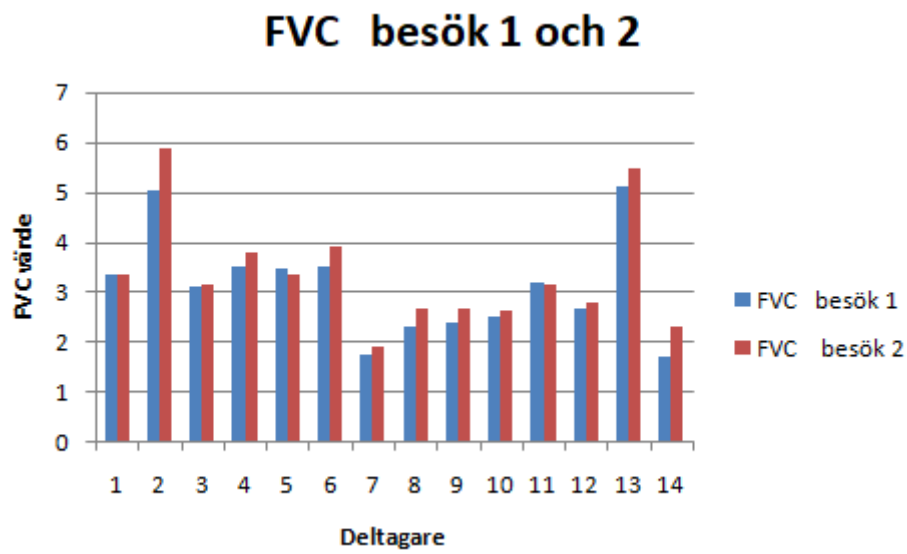
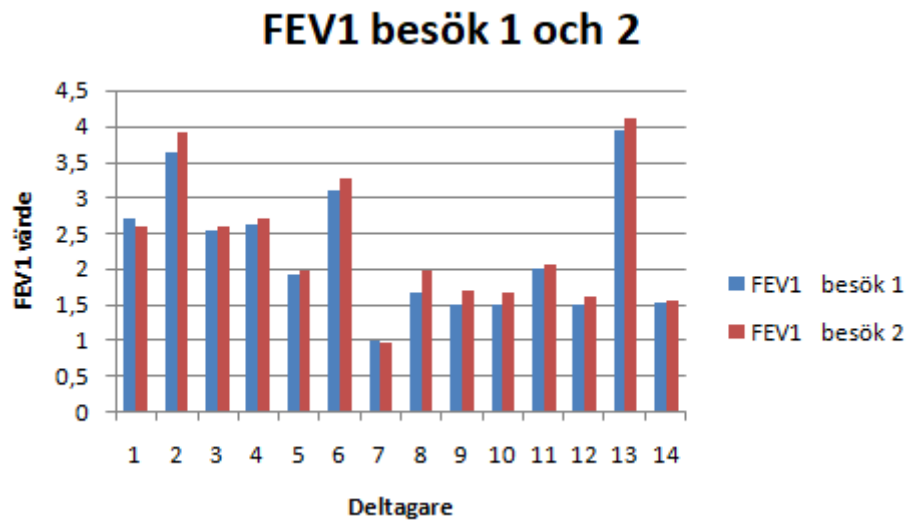
Kvantitativ data presenteras i diagramform. Inget signifikansvärde har räknats ut eftersom studien inte innehöll så många informanter.

6.1 Redovisning av bakgrundsfaktorer

I studien deltog fem män och nio kvinnor i åldern 20-75 år (m=60,9). Alla hade en astmadiagnos med en duration på ett till trettio år. Av deltagarna var elva gifta/sambo, två var frånskilda och en var änka/änkling. Majoriteten av deltagarna var pensionärer (tio stycken), två var i arbete och två av andra orsaker inte i arbete. Alla använde inflammationsdämpande astmamedicin regelbundet och även luftrörsvidgande medicin vid behov. Nio deltagare hade aldrig rökt och fem hade rökt men slutat. Elva av deltagarna var allergiska.

6.2 Redovisning av spirometriresultat

Resultaten av informanternas spirometriresultat före och efter interventionen redogörs i tabellerna nedan (tabell 1 och 2). En sammanställning är gjord av de viktigaste värdena FVC och FEV1 i spirometrin på besök 1 (interventionen) och på besök 2. Vid uppföljningsbesöket en till två månader efter interventionen var värdena för de flesta bättre. Resultatet visar att två deltagare hade lägre FVC värde och för tolv hade värdet ökat. FEV1 värdet var också aningen lägre för två deltagare och hade ökat för tolv. Försämringen av FVC och FEV1 värdena var inte hos samma personer.

Tabell 1. *FVC resultat före (1)och efter(2) interventionen*Tabell 2. *FEV1 resultat före (1)och efter(2) interventionen*

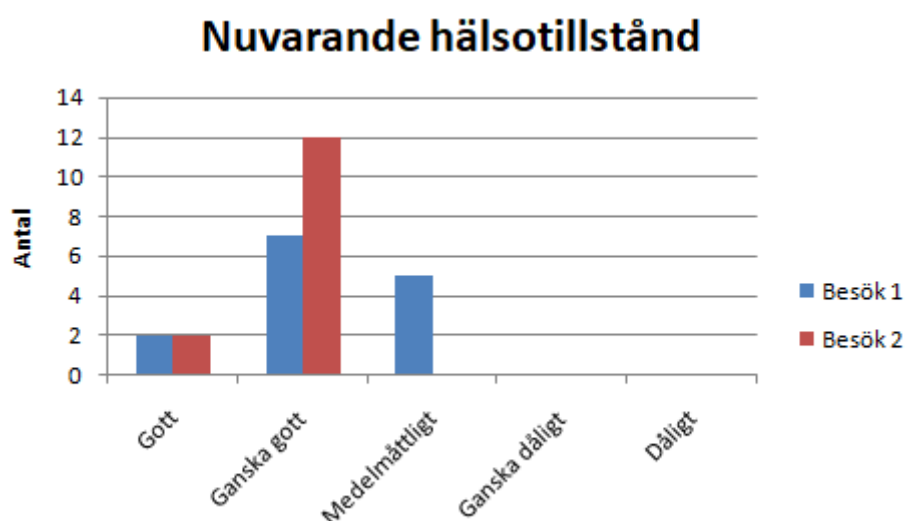
6.3 Redovisning av enkät 1 och enkät 2

Förändringarna i gruppens mående och i det personliga hälsotillståndet före och efter interventionen presenteras här. Svar från båda enkäten behandlas. Endast 14 deltagare har varit med i studien och svaren har varit rätt så kortfattade.

Personligt hälsotillstånd

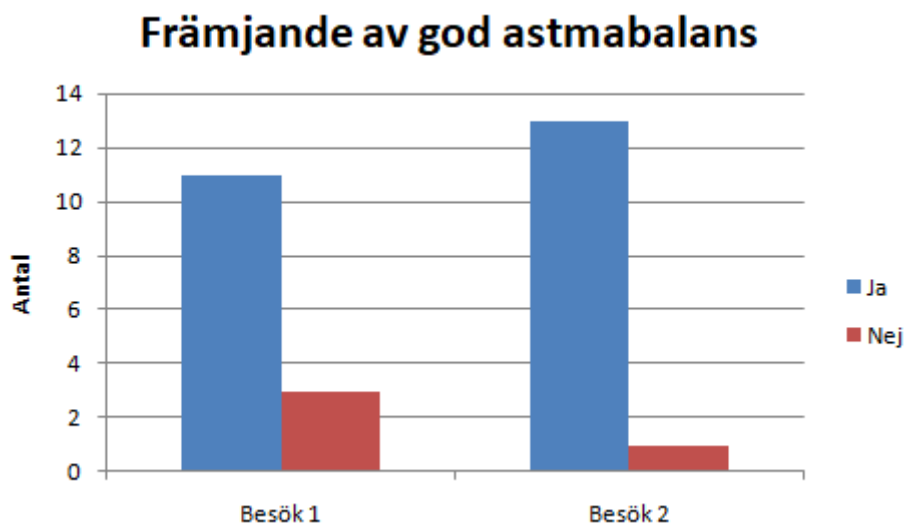
Nuvarande hälsotillstånd uppgav sju deltagare vara ganska gott före interventionen. Två uppgav gott hälsotillstånd och fem medelmåttligt hälsotillstånd. Efter interventionen var det tolv deltagare som ansåg sig ha ganska gott hälsotillstånd och två deltagare ansåg sig ha gott hälsotillstånd. Ingen ansåg sig ha ganska dåligt eller dåligt hälsotillstånd varken före eller efter interventionen (figur 1).

Figur 1



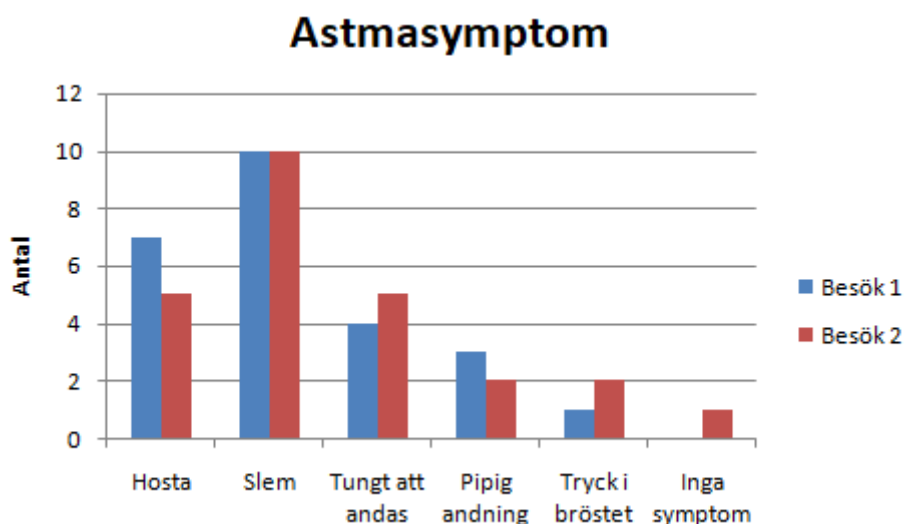
Före interventionen uppgav elva att de ansåg att deras nuvarande livsstil främjar en god astmabalans och tre ansåg att deras livsstil inte gör det. Efter interventionen var det tretton deltagare som ansåg att livsstilen främjar en god astmabalans och en ansåg att deras livsstil inte gör det (figur 2).

Figur 2



Astmasymptom som besvärade deltagarna före interventionen var slem hos tio, hosta hos sju, tungt att andas hos fyra, pipig andning hos tre och tryck i bröstet hos en. De flesta deltagare hade inte endast ett symptom utan flera. Efter interventionen hade samma antal slem, men två färre hade hosta, en mer hade tungt att andas och tryck i bröstet. Pipig andning hade två deltagare och en hade inga symptom alls (figur 3).

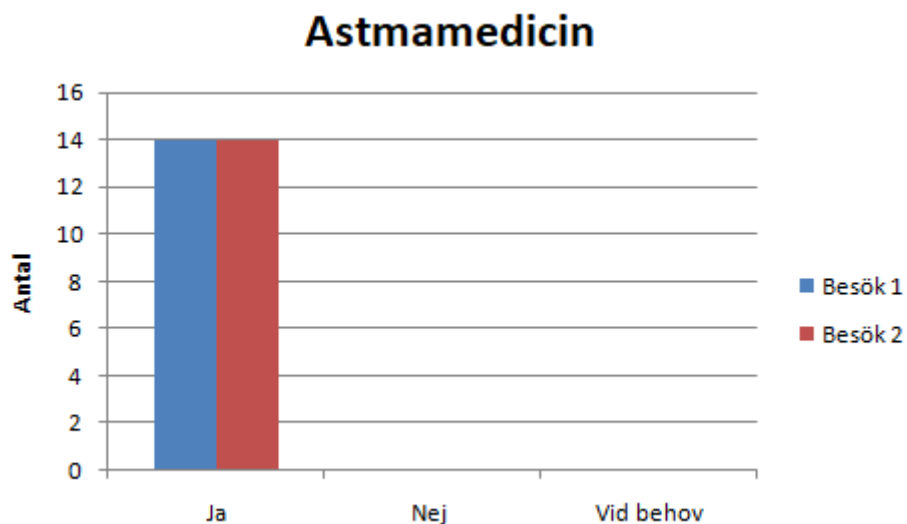
Figur 3



Astmamedicineringen

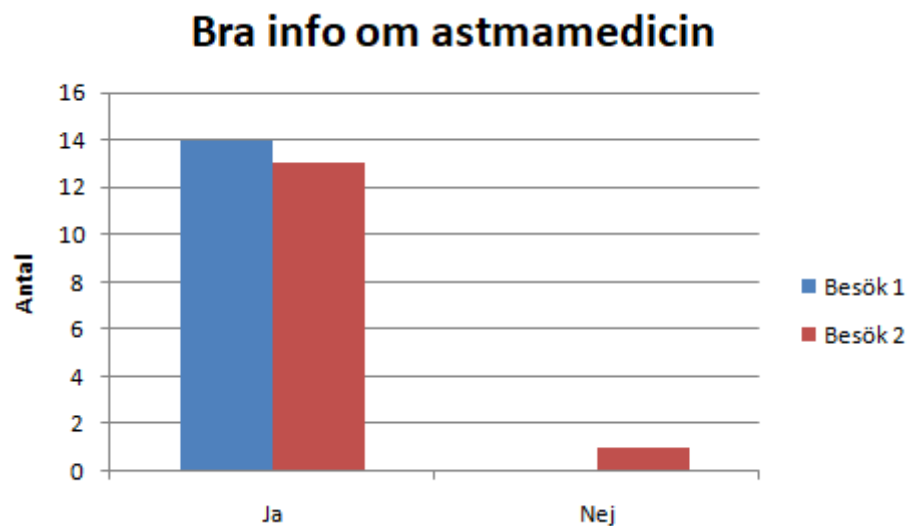
Både före och efter interventionen använde alla deltagare astmamedicin regelbundet (figur 4).

Figur 4



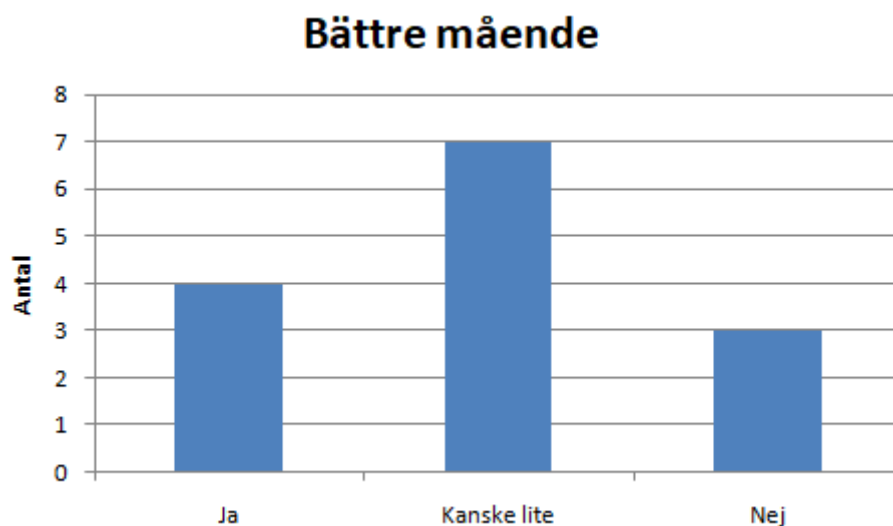
De flesta deltagare anser att de fått bra info om sina astmamediciner, både före och efter interventionen. En ansåg att infon inte var bra efter interventionen eftersom medicinbyte gjorts strax efter interventionen (figur 5).

Figur 5



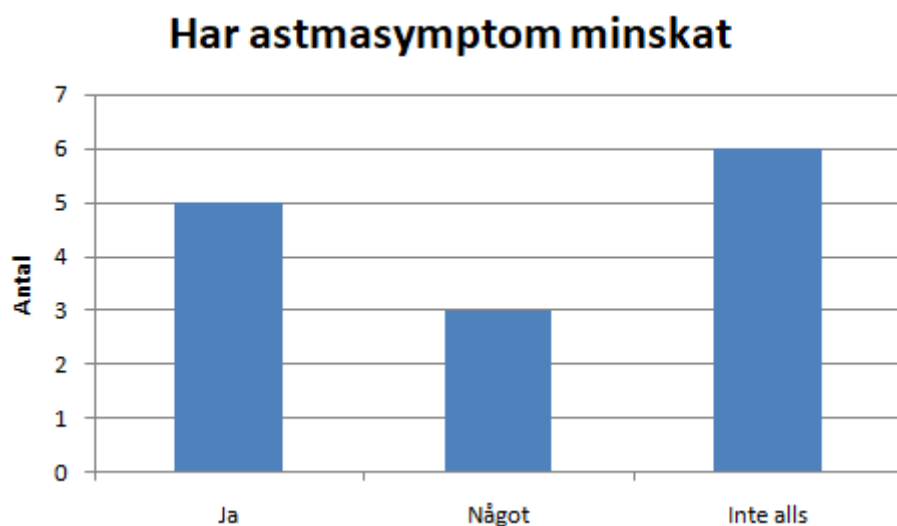
Efter interventionen ansåg fyra deltagare att deras mående var bättre. Kanske lite bättre tyckte de flesta, sju deltagare. Tre ansåg inte att de märkt någon förbättring på måendet (figur 6).

Figur 6



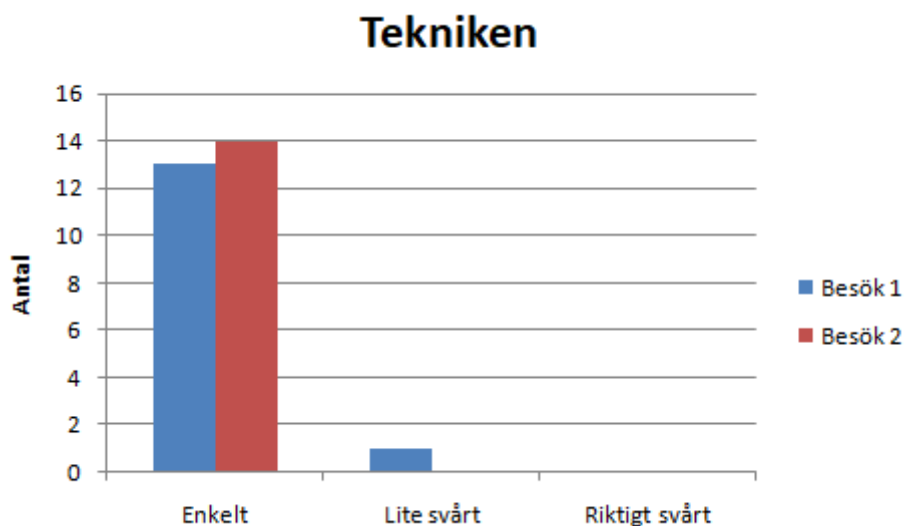
Fem deltagare ansåg att astmasymptomen minskat efter interventionen. För tre deltagare hade symptomen minskat något och för sex deltagare hade astmasymptomen inte minskat alls (figur 7).

Figur 7



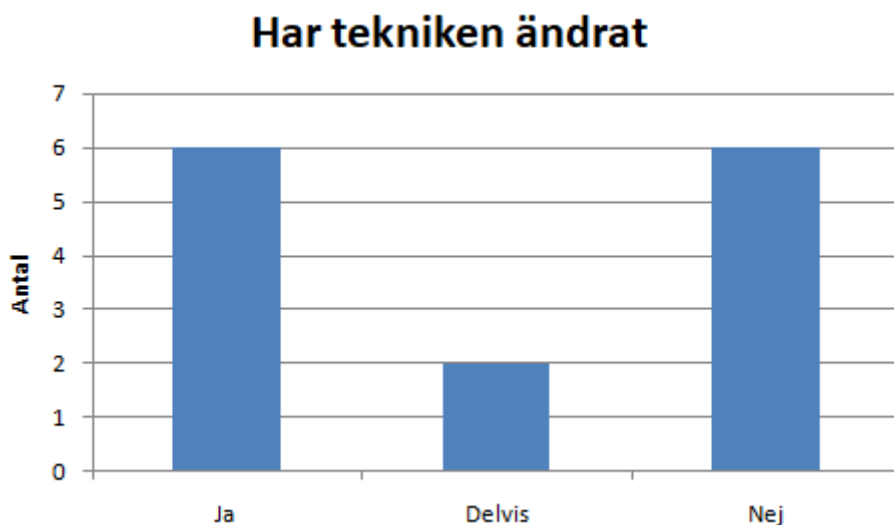
På frågan om deltagarna tycker att det är enkelt, lite svårt eller riktigt svårt att ta astmamedicin svarade de flesta att det är enkelt. Ingen ansåg det vara riktigt svårt (figur 8).

Figur 8



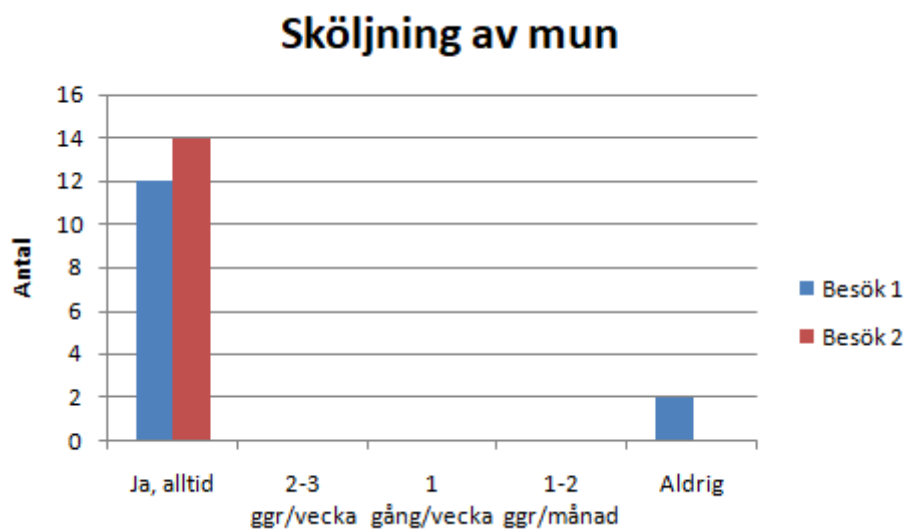
Efter interventionen ansåg sex deltagare att tekniken hade ändrat. Det hade kommit fram på mottagningen att deras teknik inte var helt rätt och de hade lärt sig rätta tekniken. För sex personer hade tekniken inte ändrat alls. För två deltagare hade tekniken ändrat delvis (figur 9).

Figur 9



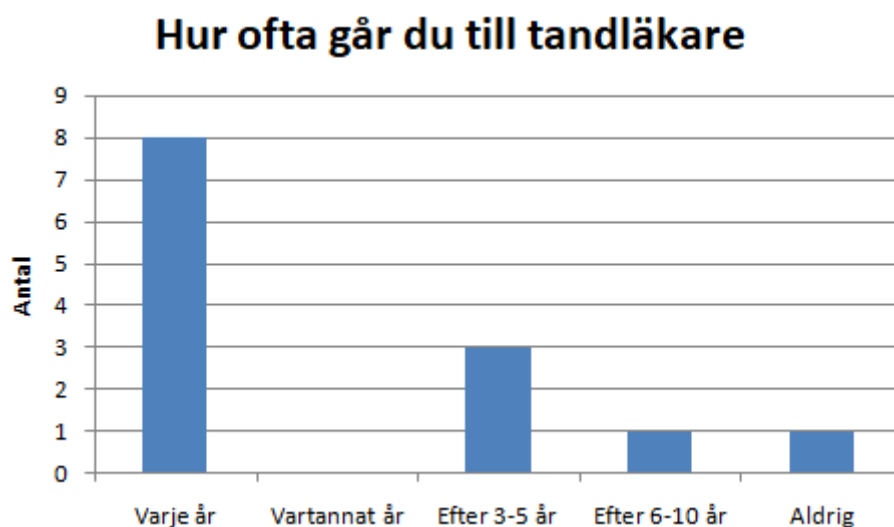
Tolv deltagare sköljer munnen dagligen och två aldrig före interventionen och efter interventionen sköljer alla munnen dagligen (figur 10).

Figur 10



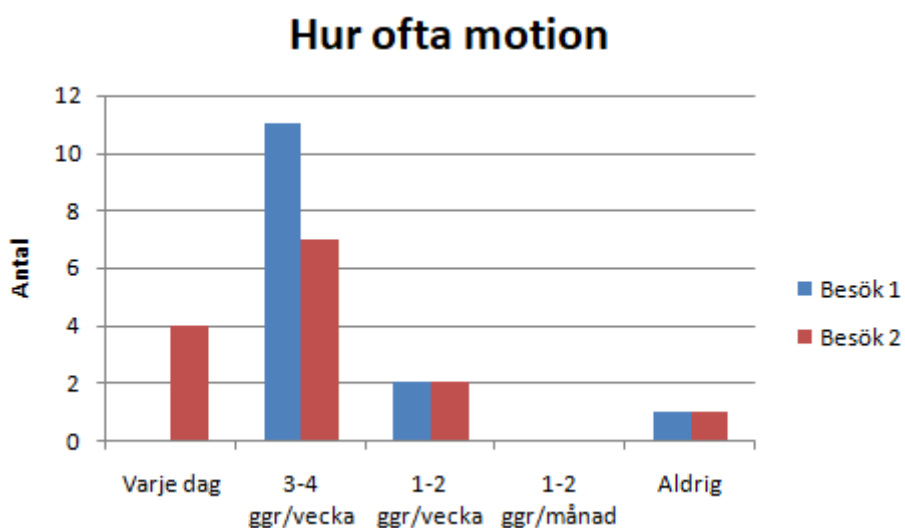
I tabellen nedan framkommer hur ofta deltagarna går till tandläkare (figur 11). Att gå regelbundet till tandläkare ger förståelse för ev. komplikationer och vikten av egenvård.

Figur 11



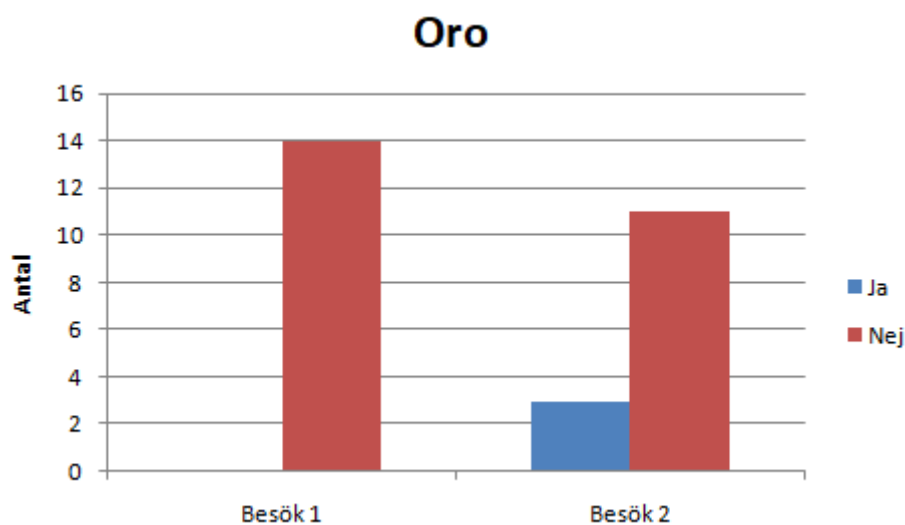
Av deltagarna motionerar de flesta regelbundet, varje dag eller 3-4 gånger per vecka. En deltagare motionerar aldrig, men utför istället annan fysisk aktivitet via jobbet dagligen (figur 12).

Figur 12



Fjorton deltagare känner ingen oro för sitt nuvarande hälsotillstånd före interventionen och efter interventionen kände tre deltagare oro (figur 13). Astma är en livslång sjukdom och man inte vet hur den utvecklas. Även om man har mera astmasymptom så ökar också oron.

Figur 13



6.4 Studiens kvalitativa resultat

Ur de öppna frågorna i enkäten som berör hela gruppen har kategorier tagits fram med innehållsanalys. Kategorierna beskrivs med fet kursiverad stil och citat med kursiverad stil och citationstecken.

Nuvarande hälsotillstånd

Vid första besöket anser deltagarna att de mår rätt så bra. Astman är i rätt god balans för de flesta. Flera av deltagarna har haft sjukdomen länge och lärt sig leva med den. En deltagare har svarat att *"måendet skulle vara bra om kroppen skulle vara mindre stel"*. Andra besvär verkar påverka helhetshälsan till en del, det är inte endast astmasymptom som besvärar. En har svarat att det dagligen är tungt att andas. Behöver luftvägsöppnande astmamedicin dagligen och även vissa nätter. Även besvär på arbetsplatsen med mögel eller inomhusluftproblem på arbetsplatsen är sådant som påverkar.

"På det stora hela mår jag bra"

"Jag äter anti-inflammatorisk kost och gått ner i vikt. Rör på mig regelbundet"

"Sköter min hälsa med kost, motion och sömn så gott det går"

Främjande av god astmabalans

Olika faktorer som påverkar astman nämndes. Vid första besöket ansåg flera att mängden vardagsmotionen borde vara mer. Stress verkar också få deltagare att må sämre, de får tyngre att andas då de stressar. Även allergier påverkar måendet. Under allergiperioder hade flera betydligt sämre mående. Så även i samband med förkylning. Dessa faktorer kan deltagarna inte alltid påverka själva.

"Borde få mera vardagsmotion"

"Mina astmasymptom förhindrar och försvårar minsta lilla vardagsmotion"

"Ibland går det upp och ner"

”Borde få upp lungkapaciteten, blir lätt andfådd”

”Allergier påverkar måendet”

”Förkylningar gör att jag mår sämre, hostar mera”

Kunskap om egenvården kring astma

De flesta av deltagarna har fått kunskap om sin sjukdom och medicinering av astmaskötare, läkare och apotekspersonal. En svarade att reumaläkare skrivit ut astmamedicin. En minns inte vem som berättat om sjukdomen. En svarade att all kunskap fått från lungpolikliniken på Vasa Centralsjukhus.

Då man använder astmamedicin är det viktigt att skölja munnen efteråt. Att komma ihåg att skölja munnen efter medicinintag blir inte alltid gjort. En del av läkemedlet lämnar i mun och hals och detta kan leda till biverkningar. Efter läkemedelsintag är det viktigt att skölja munnen med vatten för att få bort läkemedelsrester ur munhålan. På frågan om de sköljer munnen efter medicintag svarade en ” det blir inte av på grund av slöhet” och en annan svarade ” jag slarvar och glömmar tyvärr ibland”. Alla var i alla fall medvetna om att det är viktigt att skölja munnen med vatten.

Alla svarade i enkät 1 att de anser sig behärska tekniken vad gäller medicinintag, men en svarade ”lämnar allt i munnen eller far det vidare?”. ”Tror att jag behärskar tekniken” svarade en annan deltagare. Alla deltagare anser att det inte är svårt att ta astmamedicin.

Angående kunskapen om sin astma och medicinering tycker deltagarna att påminnelse ibland är viktigt. Överlag var de nöjda med det som de fått lära sig.

Anpassning till sin sjukdom

Alla deltagare har haft astma under minst ett års tid. Några betydligt längre. De flesta upplever livskvalitet i vardagen. Perioder då de mår sämre verkar alla deltagare drabbas av ibland. Även att hitta den rätta medicinen eller rätt mängd medicin har några besvär med. Att anpassa sig till sin sjukdom innebär att uppleva sjukdomen som en följeslagare, vilken man måste komma överens med. Sjukdomen får inte vara hela livet. Det är viktigt att försöka leva så normalt som möjligt. Att fokusera på vad man kan göra och vad nytt man

kan lära sig. En deltagare svarade att "jag har anpassat mig bra till min sjukdom och känner att den inte stör mig så ofta". Även andra åsikter kom fram:

"Jag klarar av att göra allt jag vill"

"Tycker inte medicin hjälper längre"

"Är överlag rätt så nöjd, men måste vara mera noggrann då jag får förkylningssymptom för då hostar jag mera"

"Bara jag skulle slippa hosta och slem skulle jag må väldigt bra"

"Mera symptom vid fuktig väderlek"

"Har inga problem bara jag inte utsätts för allergener"

"Mina astmamediciner räcker bra till i normalt läge, men vid akut flunsa måste jag ta mera"

7 Diskussion och tolkning

I detta kapitel tolkas skribentens resultat från studien mot tidigare forskning och teoretiska utgångspunkterna.

Resultatet från studien visar att astma är en mångfacetterad sjukdom och man måste ta hänsyn till många olika faktorer om man vill uppnå gott välbefinnande. Kunskap och livsstilsförändringar, stöd och olika problem måste tas i beaktande. Det är viktigt med kontinuerligt livslångt stöd för astmapatienterna. Den avancerade kliniska sjukskötaren har en viktig roll i ökandet av välbefinnandet hos astmapatienterna. Enligt Orem kan välbefinnande uppnås genom egenvård. Det är upp till patienten själv att ta ansvar för att utveckla goda vanor och främjande av hälsa, men en sjukskötare bör stötta och undervisa patienten.

I spirometriresultatet framkom det att värdena var bättre för de flesta efter interventionen. Två deltagare hade lägre FVC värde och för tolv hade värdet ökat. FEV1 värdet var också

ningen lägre för två deltagare och hade ökat för tolv. Förbättringarna är dock inte så stora, men lite bättre i alla fall. Samma med försämringarna, endast något lägre.

I resultatet ansåg ingen sig ha ganska dåligt eller dåligt hälsotillstånd varken före eller efter interventionen utan alla upplevde sig ha ganska gott eller gott hälsotillstånd. Efter interventionen upplevde dock något fler ha ganska gott hälsotillstånd. Även de flesta ansåg att deras nuvarande livsstil främjar en god astmabalans både före och efter interventionen. Orem menar att oavsett om det är frågan om en kort eller långvarig sjukdom har patienten vid ohälsa behov av att anpassa sig till situationen (Orem et al. 2001, s. 52-53).

Ett viktigt syfte med astmavård är enligt Kabengele et al. (2019) att ge varje patient kontroll över sitt eget hälsotillstånd. En personlig plan bidrar till denna strävan. En plan innehåller individuella instruktioner för egenvård som utarbetats tillsammans med patienterna för att bevara astmakontroll och återfå kontroll i händelse av en försämringsperiod.

Grunden för vårdarens yrkesskicklighet ligger enligt Eriksson (2014, s. 28) i ett ständigt fördjupande av kunskap om den unika människan. Individuell vård betyder att man utgår från varje enskild människas speciella särdrag. Vården grundar sig på tilltron till människans egna möjligheter att växa och utvecklas. Helhetssynen omfattar också en helhetssyn på livet. Alla människor har olika behov och dessa påverkar handlandet.

Enligt Murray et al. (2018) har en plan för hur man ska hantera sin astma visat sig vara en viktig del i egenvården av astma. Dessutom är det mycket viktigt med rätt teknik av astmamedicinerna. För effektiv egenvård krävs god information och förståelse för sin astma. Alla deltagare använder redan från tidigare astmamedicin regelbundet så där framkom ingen förändring efter interventionen. Däremot hade sättet att ta medicin (tekniken) ändrat eller delvis ändrat för mer än hälften. Efter interventionen var det fler som gjorde på rätt sätt. Sköljning av munnen efter medicinintag gjorde också alla efter interventionen. Även där en ökning. De flesta går också regelbundet till tandläkare.

Smith et al. (2017, s. 186-191) menar att patientens övertygelse om sin sjukdom och behandling har ett starkt inflytande på egenvården. Patienter som tror att medicineringen är nödvändig för deras nuvarande och framtida hälsa, förhindrande av förvärring av sjukdomen, är mer benägna att få astman väl kontrollerad.

Efter interventionen ansåg de flesta att deras mående förbättrats. Dels för att de hade motionerat mera och för att allergi hade påverkat mindre. Även förändringar i väderleken hade påverkat deltagare. De flesta deltagare har astmasymptom dagligen, men för flera hade symptomen faktiskt minskat något efter interventionen. Däremot var det fortfarande några som inte alls märkte någon skillnad på måendet. Oron för sjukdomen hade ökat efter interventionen för tre deltagare. Med motiveringen att astma är en livslång sjukdom och man inte vet hur den utvecklas. Även om mera astmasymptom besväras så ökar också oron. Egenvårdsbrist innebär enligt Orem en obalans mellan individens egenvårdskapacitet och egenvårdskrav och den kan vara partiell eller fullständig. I dessa situationer måste individen få hjälp av andra för att utföra egenvård (Kirkevold, 2000, s. 153).

Alla deltagare ansåg att de har fått bra information om sina astmamediciner. En del hade fått kunskap för många år sedan. Någon nämnde att påminnelse eller repetition ändå är bra ibland. Patient – vårdarrelationen kallas för vårdförhållande och förverkligas på många olika nivåer och grundar sig på kunskap. Kontinuitet i vårdförhållandet är viktigt och det innebär att patientens hälsoprocesser utvecklas mot optimal hälsa (Eriksson, 2014, s. 55-56).

Att stödja till egenvård kan minska på behovet av sjukvård och förbättra astmakontrollen. Att lära ut egenvård i det praktiska kliniska vårdarbetet är viktigt (Pinnock et al. 2017). Omvårdnadens mål är att så långt som möjligt hjälpa patienterna till självständighet i aktiviteter (egenvårdskrav). Detta för främjande av funktion och hälsa (Kirkevold, 2000, s. 148-149).

Enligt vårdvetenskapen är hälsa en helhet, att vara något samordnat helt. Hälsan är relativ, man kan inte ange exakta mått på hälsa. Den varierar mellan människor. Hälsan är också personlig. Varje människa är egen referens på sin hälsa (Eriksson, 2014, s. 41-42).

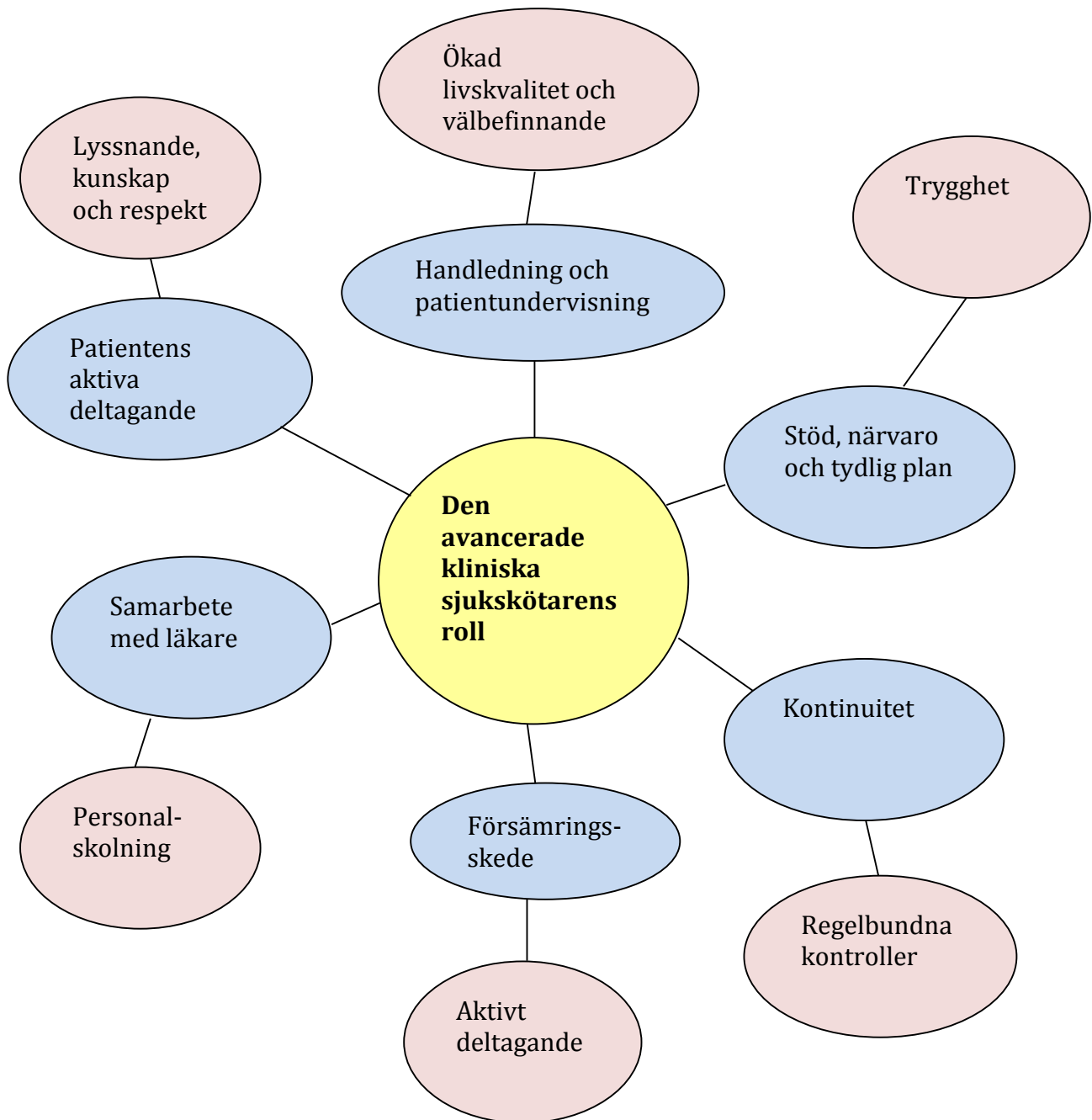
Sammanfattningsvis kan konstateras att astma är en sjukdom som kan påverkas av många olika faktorer och dessa har väldigt stor betydelse för välbefinnandet. Genom tydlig och regelbunden information av den avancerade kliniska sjukskötaren blir patienterna påminda om egenvårdens betydelse. Detta kan göra dem mera motiverade att försöka sköta sig på bästa sätt. Det kommer fram även i denna studie. De som före interventionen hade gjort fel i sättet att ta sina mediciner hade efter interventionen förbättrat tekniken och många tyckte att de mådde bättre och detta kunde även ses i spirometriresultatet.

Försämringsperioderna verkar enligt denna studie vara sådant som påverkar astmapatienternas mående mest.

8 Astmahanteringsplan

Utgående från resultat och egen tolkning har en astmahanteringsplan för den avancerade kliniska sjukskötaren gjorts (figur 14). På astmamottagningen måste man klara av att jobba självständigt och rollen man har är viktig och betydelsefull för astmapatienterna.Handledning och patientundervisning, stöd och närvaro, kontinuitet, samarbete med läkare, ställningstagande till försämring och att få patienterna delaktiga är en stor del av den avancerade kliniska sjukskötarens jobb. Detta för ökad livskvalitet och välbefinnande, trygghet och aktivt deltagande.

Figur 14



9 Kritiska granskning

I denna studie har enkät med öppna och slutna frågor samt spirometriresultat använts som datainsamlingsmetoder. Deskriptiv statistik samt innehållsanalys har använts som dataanalysmetoder. Syftet med studien var att öka förståelsen om astmapatienten i åldern 20-75 år som bor hemma och kommer på astmakontroll.

Enligt Starrin och Svensson (2009, s. 165-170) är perspektivmedvetenhet viktigt. Det finns alltid en tolkning i det meningsfulla tänkandet, "fakta" är perspektivberoende. Redan vid första överläggningen med det som ska tolkas har man en tanke om vad det betyder, man har en förförståelse. Denna förförståelse förändras sedan i tolkningsprocessen. Forskning ska vara tillgänglig för kritisk granskning. Respondenten har jobbat flera år som astmaskötare och har därmed kunskap om och förståelse för astmapatienterna. Det har varit lätt att sätta sig in i deras situation. Att hitta helheten i svaren från enkäten har varit ganska lätt. Förförståelsen kan också ha varit till nackdel eftersom informanterna och respondenten känner varandra sedan tidigare och viktig information kan därför ha lämnats bort, sådant som kan ha varit av värde för studien.

Det bör råda harmoni mellan forskningsfrågor, datainsamling och analysteknik. Denna harmoni bygger på den estetiska principen att vetenskapligt arbete ska vara ett slutet system. Det finns inga absoluta sanningar i kvalitativa studier. Resultatet är mer eller mindre sannolikt. Respondenten har försökt redogöra resultatet så ärligt som möjligt. I denna studie valdes kvalitativ och kvantitativ ansats och den är enligt respondenten relevant för studiens syfte och frågeställningar. Antalet informanter är i denna studie lågt men resultatet genom den kvalitativa och kvantitativa studien och spirometriresultat är varierat och ger en informativ innebörd. Genom att spirometri gjordes före och efter interventionen kunde jämförelse göras i resultaten. Som dataanalysmetod användes innehållsanalys och deskriptiv statistik. Studiens resultat ger svar på forskningsfrågorna och detta visar att den interna logiken har fungerat.

Ett viktigt perspektiv av en vetenskaplig studie är om den uppvisar god etik. Intresset att få ny kunskap bör vägas mot kravet på skydd av individer. Individer, platser eller institutioner ska anonymiseras så att ingen kan identifiera dem. Värdet i vetenskapliga arbeten räknar med att inget fusk görs med det man själv anser vara sant (Starrin & Svensson 2009, s. 171). Etiskt värde har i denna studie garanterats enligt respondenten eftersom alla deltagare fått

skriftlig information om studiens syfte och målsättning och de har gett skriftligt medgivande till att delta. Deltagandet var frivilligt och de kunde när som helst avbryta om de så önskade. All information har behandlats konfidentiellt. Respondenten har inte gett ut någons identitet. Eftersom resultatet presenteras på gruppnivå försäkras den enskilda individens anonymitet. Svaren presenteras inte så att någon kan kännas igen. Tillstånd för studien har beviljats av överskötare på Korsholms hälsovårdscentral (bilaga 5 och 6).

Med validitet menas om man undersöker det som man avser att undersöka, om studien är giltig. Man kan åstadkomma innehållsvaliditet genom logisk analys av innehåll i instrumentet och den kopplas ofta till den teoretiska ramen för undersökningen. Annat sätt att säkerställa validiteten är att jämföra utfallet på någon grupp som liknar den grupp som instrumentet är avsett för (Patel & Davidson, 2011, s. 102-103). Vid enkätundersökning bör frågorna i formuläret utformas noggrant så att de ställs på ett sätt som verkligen mäter det som ska mätas. Den teoretiska basen utgör bakgrunden till frågorna (Ejlertsson, 2019, s. 118-119). I denna studie har enkät 1 och 2 utformats med de teoretiska utgångspunkterna och tidigare forskning som grund.

Reliabilitet handlar om ifall undersökningen är pålitlig, om den kan upprepas med samma resultat. Desto mera man litar på att resultatet går att upprepa, desto högre är reliabiliteten. Andra bör kunna kontrollera data som undersökningen bygger på. Om detta inte är möjligt kan undersökningens vetenskapliga trovärdighet ifrågasättas (Eliasson, 2018, s. 14-15). I enkät är alla frågor beroende av att frågorna ställs på rätt sätt. Om frågorna är dåligt konstruerade kan det bli stor slumpvariation i svaren och därmed en låg reliabilitet (Ejlertsson, 2019, s. 121). Som mätinstrument i denna studie användes enkätfrågor. Respondenten ville på detta sätt få reda på om det skett förändringar i måendet hos informanterna efter interventionen. Ingen pilotstudie gjordes och kunde ha gjorts för att kontrollera förståelsen för enkäterna. På första besöket hade informanterna besvarat enkät 1 och på besöket efter interventionen besvarades enkät 2. En del av frågorna var samma i båda enkäten och några nya frågor fanns med i enkät 2. Båda enkäten innehöll öppna frågor. Frågorna i enkäten kan respondenten inte vara säker på att informanterna skulle svara likadant på om tidpunkten var en annan.

Vedungs (2009, s. 91-93) mål-resultatmodell bedömer om interventionens direkta eller indirekta effekter i resultatet kan jämföras med de resultat eller effektmål vilka man satt

upp. Måluppfyllelseanalysen består av två tillvägagångssätt: en beskrivande måluppfyllelseanalys, vilket innebär en prövning av målöverensstämmelse och en förklarande måluppfyllelseanalys, vilket innebär en effektmätning. Man frågar sig om utfallet stämmer överens med beslutande utfallsmål. I denna studie var målet med interventionen att se om deltagarnas välbefinnande ökade. Då enkäten utformades använde sig respondenten av relevant litteratur om astma. Man kan i resultatet av enkät och spirometri se att förbättring har skett hos en del av deltagarna. Utfallet stämmer därmed överens med målet för interventionen. Med förklarande måluppfyllelseanalys undrar Vedung om de uppnådda resultaten kan bero på insatsen, dvs. har insatsen förorsakat de uppnådda resultaten och om dessa resultat i nöjaktig grad stämmer överens med satta utfallsmål. Vid interventionstillfället fick deltagarna kunskap, motivation och verktyg och detta har resulterat i ökat välbefinnande. Respondenten anser att resultaten av interventionen stämmer överens med målet för interventionen.

10 Slutsats

Att insjukna i en kronisk sjukdom som astma kan vara en utmaning. För respondenten har intresset för patientundervisning ökat på jobbet som astmaskötare. Att utveckla sättet att stöda, undervisa och handleda patienterna för ökad livskvalitet och välbefinnande är viktigt. Syftet med studien var att öka kunskapen och förståelsen om astmapatienten. Målet var att skapa en astmahanteringsplan som den allmän kliniska sjukskötaren kan använda.

Planeringen och genomförandet av interventionen har varit väldigt intressant. Att se intresset till deltagande överraskade. Med interventionen fick respondenten ny kunskap och erfarenhet om astmapatienterna. Det var väldigt intressant att träffa var och en av deltagarna individuellt och att undervisa, diskutera och hitta en lösning på problem tillsammans. Det har gett respondenten mycket värdefull information och kunskap som kommer att vara till nytta även framöver på astmamottagningen. Det var intressant att se att deltagarnas motivation och intresse till förändring ökade efter interventionen.

De som deltog i studien hade astman sedan tidigare i rätt god balans. Alla var duktiga med att ta medicin regelbundet enligt läkares ordination. Alla hade fått rätt bra information om egenvården och astman också i tidigare vårdkontakter. Det som deltagarna uppskattade mest var den rätta medicinteknikens betydelse för ett gott välbefinnande. Genom att få testa mätare och se om de gjort rätt fick de motivation att framöver försöka göra rätt. Även att se bättre resultat i spirometri påverkade dem positivt.

Det överraskade respondenten att se att flera deltagare trots långvarig diagnos tog astmamedicin på fel sätt. Alla ansåg att det var lätt att ta astmamedicin, men de gjorde ändå fel vid granskning. Efter interventionen hade tekniken ändrat. Detta var för både deltagare och respondent väldigt lärorikt att se.

Resultatet av studien visar att bra kunskap om sjukdomen och påminnelse eller repetition ibland är viktigt för att patienterna ska må så bra som möjligt. Den avancerade kliniska sjukskötaren har en viktig roll i ökad kunskap och kan vara ett bra stöd för patienterna. Regelbundna kontakter till vården är viktigt.

Nya idéer väcktes under denna process. Förslag till fortsatt forskning kunde vara att studera mera ingående om astmapatienternas åsikter om vården de får och kanske ha med flera yngre astmapatienter i studien. Denna studie var en liten forskning med få deltagare.

KÄLLFÖRTECKNING

Backman, Y., Gardelli, T., Gardelli, V., Persson, A., 2012. *Vetenskapliga tankeverktyg*. Lund: Studentlitteratur.

Bergbom, I., Nilsson, M., 2000. *Vård av patienter med andningsproblem*. Lund: Studentlitteratur.

Björkqvist, K., 2012. *Vetenskapsteori och forskningsmetodik för beteendevetenskaper*. Lund: Studentlitteratur.

Dingwall, L., 2014. *Patientens personliga hygien*. Lund: Studentlitteratur.

Ejlertsson, G., 2014. *Enkäten i praktiken*. Lund: Studentlitteratur.

Eliasson, A., 2018. *Kvalitativ metod från början*. Lund: Studentlitteratur.

Eriksson, K., 2014. *Vårdprocessen*. Stockholm: Liber AB.

Eriksson, K., 2018. *Vårdvetenskap*. Stockholm: Liber AB.

Friberg, F. Öhlén, J., 2014. *Omvårdnadens grunder*. Studentlitteratur.

Holme, I.M., Solvang, B.K., 1997. *Forskningsmetodik*. Studentlitteratur.

Holmner, E., Sundberg, R., 2000. *Omvårdnad vid astma*. Lund: Studentlitteratur.

Jaatinen, T.K.M., Raudasoja J., 2018. *Suomalaistensairaudet*: Sanoma pro.

Jacobsen, D.I., 2012. *Förståelse, beskrivning och förklaring*. Lund: Studentlitteratur.

Kaarteenaho, R., Brander, P., Halme, M., Kinnula, V., 2013. *Keuhkosairaudet*. Duodecim, Saarijärvi.

Kabengele, B.O., Kayembe J-M.N., Kayembe, P.K., Kashongue, Z.M., Kaba, D.K., Akilimali, P.Z., 2019. *Factors associated with uncontrolled asthma in adult asthmatics in Kinshasa, Democratic Republic of Congo*. PlosOne.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0215530> (hämtad 2021-01-10)

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

Kirkevold, M., 2000. *Omvårdnadsteorier*. Lund: Studentlitteratur.

Klang-Söderqvist, B., Kneck, Å., 2008. *Patientundervisning*. Lund: Studentlitteratur.

Käypähoito, Astma 2012. (Online). Hämtad 2020-12-11.

Murray, B., & O'Neill, M., 2018. *Supporting self-management of asthma through patient education*. British Journal of Nursing, 27(7), 396-401.

<https://doi.org.ezproxy.novia.fi/10.12968/bjon.2018.27.7.396>. (hämtad2021-03-29)

Myriam, E., Gagne, A., France, LeAgareA., Jocelyne, M., Boulet, L-P., 2017. *Impact of Adding a Decision Aid to Patient Education in Adults with Asthma: A Randomized Clinical Trial*. PlosOne. <http://doi:10.1371/journal.pone.0170055> (hämtad 2021-04-06)

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

Patel, R., Davidson, B., 2011. *Forskningsmetodikens grunder*. Lund: Studentlitteratur.

Pelkonen, O., Ruskoaho, H., 2014. *Lääketieteellinenfarmakologia ja toksikologia*. Duodecim.

Pinnock, H., 2015. *Supported self-management for asthma*. European Respiratory Journal. Vol.11, NO. 2, 100-107. <http://doi:10.1183/20734735.015614> (hämtad 2021-04-06).

Pinnock, H., Parke, H.L., Panagioti, M., Daines, L., Pearce, G., Epiphaniou, E., Bower, P., Sheikh, A., Griffiths, C.J., Taylor, S.J., 2017. *Systematic meta-review of supported self-management for asthma: a healthcare perspective*. National Library of Medicine. <http://doi:10.1186/s12916-017-0823-7> (hämtad 2020-11-17).

Rothe, T., Spagnole, P., Bridevaux, P-O., Clarenbach, C., Eich-Wanger, C., Meyer, F., Miedinger D., Möller, A., Nicod, L.P., Nicolet-Chatelain, G., Sauty, A., Steurer-Stey, A., Leuppi, J.D., 2018. *Diagnosis and Management of Asthma - The Swiss Guideline*. Karger Journals, Vol. 95, NO. 5, 364-380. <https://doi:10.1159/000486797> (hämtad 2021-04-06).

Rönnerman, K., 2004. *Aktionsforskning i praktiken*. Lund: Studentlitteratur.

Sandström, T., Eklund, R., 2009. *Lungmedicin*. Lund: Studentlitteratur.

Smits, D., Brigis, G., Pavare, J., Maurina, B., Barengo, N.C, 2017. *Factors related to poor asthma control in Latvian asthma patients between 2013 and 2015*. Scandinavian Journal of Primary Health Care, Vol. 35, NO. 2, 186-191. <https://doi.org/10.1080/02813432.2017.1333302> (hämtad 2020-11-17).

Starrin, B., Svensson, P-G., 2009. *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*. Lund: Studentlitteratur.

Terveysportti, Astma 2020. (Online). Hämtad 2021-01-10.

Trost, J., 2005. *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.

Vedung, E., 2009. *Utvärdering i politik och förvaltning*. Lund: Studentlitteratur.

ENKÄT 1

1. BAKGRUNDSINFORMATION

Man Kvinna

Civilstånd:

Gift/sambo ogift frångild änka/änkling

Sysselsättning:

I arbete permitterad arbetslös

långvarig sjukledighet pensionär deltidspensionär

studerande av andra orsaker ej i arbetslivet

2. PERSONLIGT HÄLSOTILLSTÅND

Hur anser du att ditt nuvarande hälsotillstånd är:

Gott Ganska gott Medelmåttligt Ganska dåligt

Dåligt

Om dåligt, motivera:

Ger ditt nuvarande hälsotillstånd upphov till oro?

Nej Ja

Om ja, motivera:

Är du nöjd med din egenvård och hälsa?

Ja Nej

Motivera varför

Anser du att din nuvarande livsstil främjar en god astmabalans?

Ja Nej

Om nej, motivera varför:

Har du astmasymptom?

hosta slem tungt att andas pipig andning tryck i
bröstet Nej, har inga symptom

Hur ofta motionerar du?

Regelbundet Oregelbundet Knappt något alls

Har du enligt egen uppfattning god kondition?

Ja Nej

3.ASTMAMEDICINERING

Använder du astmamedicin?

Ja, varje dag Nej vid behov

Hur länge har du haft astmamedicin?

>1år >5år >10år

Sköljer du alltid munnen efter medicinintag?

Ja Nej

Om nej, motivera

varför _____

Har någon visat dej hur du ska ta din astmamedicin?

Ja Nej

Om ja, vem? _____

Tycker du att det är svårt att ta astmamedicin (tekniken)?

Nej Ja

Om ja, motivera varför:

Har du fått bra information om dina astmamediciner?

Ja Nej

Motivera gärna ditt

svar

Är du nöjd med din astmamedicinering för tillfället?

Ja Nej

Motivera

gärna

TACK!

ENKÄT 2

BAKGRUNDSINFORMATION

1. Vilket kön har du?

Man Kvinna

2. Hur gammal är du?

20-29år 30-39år 40-49år 50-59år 60-75år

PERSONLIGT HÄLSOTILLSTÅND

3. Hur anser du att ditt nuvarande hälsotillstånd är?

Gott Ganska gott Ganska dåligt Dåligt

4. Ger ditt nuvarande hälsotillstånd upphov till oro?

Nej Ja

Motivera:

5. Anser du att din nuvarande livsstil främjar en god astmabalans?

Ja Nej

Motivera:

6. Röker du?

Ja Nej, har aldrig rökt Jag har slutat röka, efter att ha rökt i _____år

7. Är du allergisk?

Ja Nej

Om, ja – mot vad?

8. Hur ofta motionerar du?

Varje dag 3-4ggr/vecka 1-2ggr/vecka 1-2ggr/månad Aldrig

9. Hur god kondition har du?

Riktigt dålig Dålig Medelmåttlig Bra Riktigt bra

10. Hur länge har du haft astma?

1-5år 5-10år 10-20år >20år

11. Har du astmasymptom?

hosta slem tungt att andas
pipig andning tryck i bröstet Nej, har inga symptom

**Annat,
vad:** _____

ASTMAMEDICINERING

12. Använder du astmamedicin?

Ja, varje dag Nej Vid behov

**Vilken/vilka sorter
använderdu?** _____

13. Sköljer du munnen efter medicinintag?

Ja, alltid 2-3ggr/vecka 1gång/vecka 1-2ggr/månad

Aldrig

14. Hur ofta går du till tandläkare?

Varje år Vartannat år Efter 3-5 år Efter 6-10 år

Aldrig

15. Hur är det att ta astmamedicin (tekniken)

Enkelt Lite svårt Riktigt svårt

16. Har du fått bra information om dina astmamediciner?

Ja Nej

Motivera ditt svar:

17. Har ditt sätt att ta astmamedicin ändrat sedan förra mottagningsbesöket hos astmaskötare? (tekniken)

Ja Delvis Nej

Beskriv på vilket sätt:

18. Har dina astmasymtom minskat sedan besöket hos astmaskötare?

Ja Något Inte alls

19. Har mottagningsbesöket hjälpt dej till ett bättre mående?

Ja Kanske lite Nej

20. Vilka förändringar har du gjort?

21. Vad anser du om din astmamedicinering för tillfället?

Övriga kommentarer:

TACK!

INBJUDAN

Jag inbjuder dig till att delta i en studie i betydelsen av rätt inhalationsteknik av astmamediciner och vad det har för betydelse för ditt mående och resultat i spirometri.

Syftet med studien är att undersöka den vuxna astmapatientens intresse för egenvård och om inhalationstekniken påverkar astmabalansen. Har mottagningsbesöket hos astmaskötare någon betydelse på förverkligandet av att ta mediciner rätt?

Studien ingår i mitt utvecklingsarbete för mina studier vid Yrkehögskolan Novia (Högre YH- avancerad klinisk vård).

Du är en av 21 utvalda personer med astma som inbjuds att delta. Studien består av två individuella besök på astmamottagningen. Du kommer att få blåsa spirometri och fylla i frågeformulär i början och i slutet av studien. Alla svar och resultat kommer att behandlas konfidentiellt. Ingen person kommer kunna kännas igen då resultaten sammanställs.

På mottagningsbesöket kommer du att få info om den rätta tekniken då du tar dina astmamediciner. Vi kommer tillsammans se hur du gör. Tillfälle till övning ges.

Jag hoppas att du gärna deltar. Deltagandet är frivilligt. Om du inte har möjlighet att delta i studien önskar jag att du meddelar mig så fort som möjligt. Du har möjlighet att komma på kontroll trots att du väljer att inte delta i studien.

Varmt välkommen!

Korsholm 14.12.2020

Astmaskötare Maria Nordlund

Astmamottagningen Korsholms HVC

Tel: 06-3277475 E-mail: maria.nordlund@korsholm.fi

SAMTYCKE

Jag har med ett skriftligt brev fått information om studien och studiens syfte. Jag är medveten om att allt material behandlas konfidentiellt. Jag har fått information om antalet besök och om vad som görs.

Jag har även informerats om att mitt deltagande är frivilligt.

Plats och tid: _____

Deltagare: _____

Namnförtydligande: _____

Studerande: Maria Nordlund

Astmamottagningen Korsholms Hvc

Adress: Gamla Karperövägen 17 B, 65610 Korsholm

E-mail: maria.nordlund@korsholm.fi

Tel: 06-3277475

Bilaga 5

Uppdragsavtal 1(2)

YRKESHÖGSKOLAN
NOVIA

**UPPDRAGSAVTAL FÖR EXAMENSARBETE
MELLAN STUDERANDE OCH UPPDRAGSGIVARE**

UPPGIFTER OM STUDERANDE

Namn Maria Nordlund

Adress [REDACTED]

Telefon [REDACTED]

E-post maria.nordlund@korsholm.fi

Utbildningsprogram HYH avancerad klinisk vård

EXAMENSARBETE

Arbetsnamn Betydelsen av rätt inhalationsteknik. Den vuxna astmapatientens intresse för egenvård.

Tidtabell 2020-2021

UPPDRAGSGIVARE

Företag/organisation Korsholms hvc

Handledare/kontaktperson Ledande skötare Susann Granlund

Adress Gamla Karperövägen 17 B, 65610 Korsholm

Telefon 06-3277411 E-post _____

HANDLEDARE FRÅN YRKESHÖGSKOLAN NOVIA

Handledande lärare Rika Levy-Malmberg

Telefon _____ E-post _____

Uppdragsgivaren godkänner att Yrkehögskolan Novia upprätthåller kontaktinformation till företaget/organisationen. Uppgifterna lagras i högskolans CRM databas "Novia Network" och hanteras i enlighet med GDPR förordningens krav.

Yrkehögskolan Novia
PB 6, Wolffskavägen 31
65201 Vasa
Tfn (06) 328 5000 (växel)
www.novia.fi

Avtalsvillkor för examensarbete

Avtal mellan studerande och uppdragsgivare.

1.Handledning och ansvarsfördeining

Studerande ansvarar för examensarbetets genomförande och resultat. Yrkehögskolan Novia ansvarar för att studerande får såväl ämnesmässig som vetenskaplig handledning. Ifall uppdragsgivaren önskar konsultation av handledaren kommer man överens om detta separat. Uppdragsgivaren ansvarar för att studerande får behövligt material, information och eventuellt övrigt stöd som behövs i processen.

2. Upphovsrätt

Studerande har upphovsrätt till sitt examensarbete i enlighet med Lagen om upphovsrätt (8.7.1961/404).

3. Offentlighet samt affärs- och yrkeshemligheter

Ett godkänt examensarbete är offentligt och bör sammanställas så att det inte innehåller affärs- och yrkeshemligheter eller andra sekretessbelagda myndighetshandlingar enligt Lagen om offentlighet i myndigheternas verksamhet (21.5.1999/621). Affärs- och yrkeshemligheter samt sekretessbelagda uppgifter ska sparas som bakgrundsmaterial (bilaga) så att man vid vitsordsbedömning kan beakta såväl den offentliga som den sekretessbelagda delen av examensarbetet.

Studeranden och uppdragsgivaren förbinder sig att hemlighålla all sådan konfidentiell information samt alla sådana affärs- och yrkeshemligheter som

framkommit såväl före, under och efter uppdraget. Sekretessen gäller även dokument och myndighetshandlingar. Sekretessplikten gäller i 5 år.

Studerande har ansvar för att uppdragsgivaren bereds tillfälle att bekanta sig med det färdiga examensarbetet minst 14 dagar före publicering. På basen av denna förhandsgranskning ska uppdragsgivaren avge en skriftlig redogörelse för de delar i examensarbetet som inte får publiceras.

Presentationstillfället för examensarbetet är offentligt. Studerande ansvarar för presentationens innehåll.

Studerande bär ansvar för att det godkända examensarbetet överläts till uppdragsgivaren i önskat format samt att examensarbetet lämnas in i elektronisk format till Novias bibliotek för uppladdning till yrkehögskolornas webbblotek Theseus.

4. Arbetsförhållande och ersättning

Om uppdraget innefattar ett eventuellt arbets-avtalsförhållande med tillhörande lön och/eller annan ersättning, bör studerande och uppdragsgivare avtala separat om detta. Ifall det inte finns ett arbetsavtalsförhållande med uppdragsgivaren har den studerande en olycksfallsförsäkring via Yrkehögskolan Novia.

5. Tillämpad lag och konfliktlösning

Tillämpning av detta avtal enligt gällande lag i Finland och tvist rörande tolkning och/eller tillämpning av detta avtal avgörs av

_____ tingsrätt.

VI HAR GEMENSAMT KOMMIT ÖVERENS OM EXAMENSARBETET FÖRVERKLIGAS PÅ DET SÄTT SOM BESKRIVS OVAN

23 / 11 20 20

Maria Nordlund
Studerande

8 / 12 20 20

Lisamu Granlund, överköpare
Uppdragsgivare

BILAGA/ARBETSPLAN FÖR EXAMENSARBETE



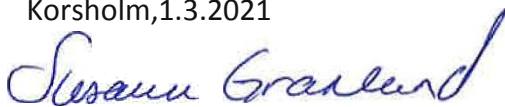
Etiskt godkännande till examensarbete

Studera nde: Maria Nordlund

Examensarbetets arbetsrubrik: "Betydelsen av rättningshalationsteknik. Den vuxna astmapatientens intresse för egen vård"

Ett uppdragsavtal för examensarbete har uppgjorts mellan Maria Nordlund och arbetsgivarens representant (överskötare) och är undertecknat 23.11.2020 av Maria Nordlund och 8.12.2020 av överskötare Susann Granlund. Från arbetsgivarens håll ingår beaktande av forskningens etiska ställningstagande vid beviljandet av forskningslov. Uppdragsavtal undertecknas inte om de etiska aspekterna är tillräckligt väl beskrivna. Härmed intygas alltså att Maria Nordlund fått ett etiskt godkännande att utföra sitt examensarbete hos oss den 8.12.2020.

Korsholm, 1.3.2021



Susann Granlund, överskötare

