



Examensarbete i omvårdnad, 15 hp

Icke farmakologiska metoder vid kronisk obstruktiv lungsjukdom

– En litteraturstudie

Kristina Nilsson

Handledare: Terese Lindberg
Sjuksköterskeprogrammet, kurs: OM1434

Blekinge Tekniska Högskola, Institutionen för hälsa

Karlskrona Maj 2015

Icke farmakologiska metoder vid kronisk obstruktiv lungsjukdom

Kristina Nilsson

Sammanfattning

Bakgrund: Kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) är en långsam progressiv lungsjukdom. Sjukdomen karakteriseras av luftvägsobstruktion. Den centrala faktorn för sjukdomens utveckling är tobaksrök. I Sverige lider ca 8 -10 procent över 50 år av KOL vilket motsvarar ca 400 000 människor. Av dessa är 20 procent icke rökare och har utvecklat sjukdomen av andra orsaker. Vanliga tillstånd som ingår i KOL är kronisk bronkit, kronisk hosta, emfysem och ökad slemproduktion. KOL medför oro och ångest samt begränsningar i det vardagliga livet och kan leda till social isolering. Med icke farmakologiska metoder (IFM) menas en metod eller en behandling som kan användas i och som ett komplement till farmakologisk behandling i omvårdnaden. Vid användning av IFM är det viktigt att metoden är anpassad efter individen och dennes behov. Grundinställningen med IFM är att behålla eller förbättra individens förmågor och förutsättningar för att klara sin vardag på bästa sätt. IFM kan vara allt från kostråd till massage.

Syfte: Syftet med studien var att sammanställa aktuell forskning gällande icke farmakologiska metoder (IFM) i omvårdnaden av patienter med kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL)

Metod: En litteraturstudie genomfördes baserade på kvalitativa och kvantitativa vetenskapliga artiklar. Artikelsökningen utfördes i sökdatabaserna Cinhal och Medline. Totalt nio artiklar kvalitetsgranskades och sammanställdes i resultatet för att få en överblick över ämnesområdet angående vilka metoder som används i omvårdnaden av patienter med KOL.

Resultat: Fem kategorier med underkategorier framkom i sammanställningen, lungrehabiliteringsprogram, utbildning och egenvård, oro och depression, sömn och fatigue och nutrition. Det visar sig att lungrehabilitering är ett framtaget evidensbaserat och tvärvetenskapligt program innehållande icke farmakologiska metoder som påverkar patienter med KOL på flera områden.

Slutsats: IFM är ett effektivt komplement till den farmakologiska behandlingen samt inom personcentrerad vård och kan främja patienternas hälsa och har visat sig vara kostnadssparande för sjukvården. Det finns ökat intresse för IFM vid behandling av KOL då tidigare studier visar på att IFM har positiva effekter vid behandling av KOL men det behövs mer forskning inom området.

Nyckelord: Kronisk obstruktiv lungsjukdom, icke farmakologiska metoder

Innehållsförteckning

Inledning	1
Bakgrund	2
Sjukdomen KOL	2
Etiologi	2
Patofysiologi	2
Icke farmakologiska metoder	4
Teoretisk förankring	5
Syfte	8
Metod	8
Datainsamling	9
Inklusions- och exklusionskriterier	9
Analys	10
Etiskt övervägande	11
Resultat	11
Lungrehabiliteringsprogram	12
Utbildning & Egenvård	12
Rökavvänjning	12
Patientutbildning	12
Oro & depression	13
Sömn & fatigue	13
Nutrition	14
Diskussion	14
Metoddiskussion	14
Resultatdiskussion	16
Självständighet	20
Slutsats	20
Referenser	21
Bilagor	1

Inledning

Enligt Kennedy (2011) är kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) en rökrelaterad progressiv sjukdom som leder till begränsningar i patientens liv inom de fysiologiska, psykologiska, sociala och existentiella områden.

Studier har visat att farmakologiska behandlingsmetoder som t.ex. antikolinergika, långverkande och kortverkande beta-2-agonister, inhalationssteroider, roflumilast samt bi-PAP (Ericson & Ericson, 2012) inte är tillräckliga vid andnöd inom respiratoriska sjukdomar. Därför är det viktigt att fokusera på mer forskning om kompletterande och alternativa behandlingsformer så som icke farmakologiska metoder (Deng et al., 2013).

Enligt Barnett (2008) finns inte något botemedel mot KOL men det finns en hel del som sjuksköterskor kan erbjuda patienten förutom läkemedel, för att bidra till minskad progression av sjukdomen, förebygga exacerbationer och bidra till att ge betydande förbättringar hos den enskilda patienten.

Enligt Stellar (2007) finns det ett antal icke farmakologiska metoder som handskas med fysiska, sociala och psykologiska aspekter för att förbättra för patienter och som kan användas som ett komplement till den farmakologiska behandlingen. Shu et al. (2013) menar att utvecklingen av icke farmakologiska metoder har uppmärksammats för att förbättra hälsotillstånd, livskvalitet, minskning av vårdutnyttjande och kostnader för sjukvården. Icke farmakologiska metoder visar potential men behöver ytterligare underlag enligt Shu et al. (2013).

Det behövs fler studier om användning av icke farmakologiska metoder vid KOL och området behöver uppmärksammas. Varierade integrerade interventionsstrategier behövs som en del i det optimala behandlingsprogrammet för patienter med svår KOL. Studier har visat att farmakologiska behandlingsmetoder inte är tillräckliga vid andnöd inom respiratoriska sjukdomar. Därför är det viktigt att fokusera på mer forskning om lovande icke farmakologiska metoder (Deng et al., 2013). Denna litteraturstudie kan ge ytterligare kunskap om icke farmakologiska metoder som kan användas i omvårdnaden av patienter med KOL.

Bakgrund

Sjukdomen KOL

Etiologi

Enligt World Health Organisation (WHO, 2015) har KOL en stor betydelse för folkhälsan. WHO uppskattar att år 2005 dog 5,4 miljoner människor pga. tobaksbruk. Tobaksrelaterade dödsfall beräknas öka till 8,3 miljoner dödsfall per år fram till år 2030. Enligt Verbrugge, De Boer and Georges (2013) var KOL rankad som den sjätte dödsorsaken i världen 1990 men både enligt nämnda författare och Deng, Liu, Zhong, Chen, Yang och He (2013) menar WHO att KOL kommer att vara den tredje största orsaken i världen till funktionsnedsättning år 2020.

Enligt Kennedy (2011) är KOL en kronisk progressiv lungsjukdom som orsakas främst av rökning. Ericson och Ericson (2012) beskriver att KOL huvudsakligen drabbar rökare och ca en tredjedel av alla rökare har vid 50 års ålder utvecklat KOL. KOL är den fjärde vanligaste dödsorsaken hos vuxna i USA (ibid). Enligt Ericson och Ericson (2012) lider ca 8 -10 procent av befolkningen i Sverige av KOL som motsvarar ca 400 000 människor. Detta stärker Efraimsson, Hillervik och Ehrenberg (2008) som beskriver att i Sverige uppskattas 8 % av befolkningen över 50 år lida av KOL. 25 % -30 % av rökarna utvecklar sjukdomen, med ökad risk i högre åldrar. Cirka 50 % av rökarna över 75 år ålder påverkas av KOL. Sjukdomen kostar svenska samhället mer än 1,1 miljarder USD per år. Enligt Ericson och Ericson (2012) är det bara ca 40 % av de 8 % -10 % som är kända inom sjukvården. 20 % av de som lider av KOL är icke rökare och har utvecklat sjukdomen av andra orsaker som t.ex. upprepade luftvägsinfektioner som barn, långvarig exposition av passiv rökning, luftföroreningar samt genetiska orsaker (ibid).

I Sverige avlider ca 2000 människor varje år till följd av sin KOL (Ericson & Ericson, 2012). WHO (2015) beskriver att i hög- och medelinkomstländer är tobaksrök den största riskfaktorn för utveckling av KOL och i låginkomstländer är det exponering för luftföroreningar och användning av biobränslen som orsakar KOL.

Patofysiologi

Akut exacerbation hos patienter med KOL, är en plötslig försämring av luftvägsfunktionen

och medför respiratoriska symtom (Deng et al., 2013). Sjukdomens luftvägsobstruktion leder till fysiska och psykosociala förändringar som t.ex. försämrat välbefinnande, oförmågan att utföra dagliga aktiviteter, oro och ångest (Heslop, 2014). Konsekvenserna av det leder till symtom som dyspné, fatigue, oro, depression och sömnproblem. De vanligaste symtomen är dyspné och fatigue (Deng et al., 2013).

Ericson och Ericson (2012) beskriver kronisk bronkit som kronisk inflammation i bronkialslemhinnan med hosta och upphostningar. Som följd av den pågående inflammationen i bronkerna utvecklas emfysem, förstörade luftrum som uppkommer när alveolernas väggar brister och bildar större luftblåsor. Det leder till förlust av fungerande lungvävnad och reducerad andningsyta som leder till nedsatt gasutbyte (ibid). När tobaksröken når ner i bronkerna aktiveras makrofager i bronkialslemhinnan. De försöker eliminera rökens skadliga substanser. Slemhinnans mastceller aktiveras och utlöser en inflammation i luftvägarna och i lungvävnadens stödjevävnad vilket lockar till sig makrofager, neutrofiler och cytotoxiska Tc-lymfocyter. Inflammationen i bronkialslemhinnan blir kronisk och leder till fibrosbildning. När neutrofilerna infiltrerar bronkialslemhinnan frisätts enzymet elastas som bryter ner stödjevävnaden elastin i lungparenkymet. Slemhinnans ciliebärande celler skadas och försämrar sekrettransporten vilket medför att sekretet ansamlas i bronker och bronkioler vilket ger uppkomst för luftvägsinfektioner (Ericson & Ericson 2012).

Hur prognosen är för en person som drabbats av KOL beror på när sjukdomen upptäcks, om rökstopp kan uppnås, samt om det finns övriga negativa prognosfaktorer som t.ex. undervikt, hosta och slem, takykardi, lågt pO₂ och högt pCO₂ samt förekomst av samtidig hjärtsjukdom (Nationellt vårdprogram för palliativ vård 2012–2014). Enligt Ericson och Ericson (2012) diagnostiseras KOL med användning av spirometri, PEF-mätning, blodgasanalys, syremättnadsmätning med pulsoximeter, HB och EPO och lungröntgen. Vid spirometri mäts vitalkapaciteten (VC) och FEV₁ (forcerad expiratorisk volym) som är sänkt vid KOL. FEV₁ är en viktig prognosfaktor i diagnostiken av KOL (Nationellt vårdprogram för palliativ vård 2012–2014).

Enligt Kennedy (2011) är rökavvänjning den viktigaste interventionen i att hantera KOL. Kennedy menar även att det finns bevis för att en person har lättare att sluta röka om nikotinersättning används. Det finns studier som visar att patienter som fortsätter röka har

snabbare försämring av lungfunktionen än de som slutar att röka. Enligt Lou et al. (2015) kännetecknas KOL som en systematisk sjukdom. Genom att enbart ordinera medicin går det inte att få ett bra resultat för patienter med KOL.

Icke farmakologiska metoder

Med IFM menas en metod eller en behandling som kan användas i och som ett komplement till farmakologisk behandling i omvårdnaden. IFM kan vara allt från t.ex. kostråd och träning till massage och avslappningsmetoder. Deng et al., (2013) beskriver icke farmakologiska metoder såsom vila, avslappning, träning, utbildning, konsultering, rehabilitering och hur man hushåller med sin energi hos patienter med KOL. Vid användning av IFM är det viktigt att metoden är anpassad efter individen och dennes behov. Grundinställningen med IFM är att behålla eller förbättra individens förmågor och förutsättningar för att klara sin vardag på bästa sätt genom att t.ex. ges en möjlighet att hantera fysiska och psykiska symtom på ett bättre sätt samt att kunna ge förbättringar med syfte att fungera bättre i sociala sammanhang (Janzen et al. 2013).

Hos många professioner finns okunskap om icke farmakologiska metoder vilket kan vara en bidragande faktor till varför IFM inte används fullt ut. Det behövs mer evidensbaserad forskning av effekterna av IFM. I tidigare studier påpekar författare att det krävs en förändrad tilltro och evidens för IFM som ett arbetssätt vilken behöver stärkas av personalen inom hälso- och sjukvården (Backhouse et al. 2014). Smith och Wu (2011) beskriver att professionen sjuksköterska har visat sig ha bristande kunskaper om IFM. Okunskap har visat sig vara den främsta anledningen till varför IFM inte används enligt Cheung, Wyman och Halcon (2007). Det kommer att krävas av vårdpersonalen att ha mer kunskap om IFM i framtiden (Yildirim et al. 2010). Tidigare studier av Backhouse et al. (2014), Janzen et al. (2014) och Van der Ploeg et al. (2012) beskriver att mellan professionerna tycks användningen av IFM skilja sig. Sjuksköterskor och läkare har större tilltro till läkemedel och är mer benägna att använda läkemedel och de ser mindre nytta med användning av IFM. Andra professioner som fysioterapeuter, arbetsterapeuter och omsorgspersonal använder sig i större utsträckning av IFM då de ser nyttan och resultaten. Bucan, Shakeel, Trinidad, Buchan & Kim (2012) beskriver att även om det finns okunskap om IFM är det många som berörs av IFM inom sina yrken och är positivt inställda till användning av IFM vilket kan underlätta kunskapsinhämtningen.

Intresset för IFM har dock visat sig öka. Och ökad kunskap om IFM kan bli värdefullt för att tillgodose behoven hos patienter med KOL som ett komplement till läkemedel. IFM och läkemedel kan ses som motsatser till varandra, men borde användas som komplement till varandra, för att patienten på bästa sätt ska få sina behov tillgodosedda.

Teoretisk förankring

Personcentrerad vård

Upton et al. (2010) beskriver att inom vården och i litteratur har begreppen personcentrerad, patientfokuserad och klientcentrerad vård använts i syfte att betona att vården ska planeras i samförstånd med patienten. Personcentrerad vård är idag ett internationellt erkänt begrepp. Begreppet bör tillämpas hos discipliner som handskas med vård och omsorg av människor. Personcentrerad vård innebär att fokusera på de resurser en person har samt vad det innebär att vara människa och i behov av vård (vårdhandboken, 2015). Personcentrerad vård syftar till att planera, genomföra vård och behandling utifrån den enskilde patientens perspektiv genom att utgå från en person med en sjukdom och inte sjukdomen hos en person (Vårdförbundet, 2011). Genom att använda IFM i omvårdnaden stärks den personcentrerade vården. Det finns andra omvårdnadsåtgärder som är icke farmakologiska som sjuksköterskan kan använda sig av i den personcentrerade vården som t.ex. mobilisering och lägesändringar. Sjuksköterskan kan hjälpa patienten att få en bekväm kroppställning, höjd huvudända och hjälpa patienten i sittande läge för sekretsstagnation. Att lätta på åtsittande kläder eller öppna ett fönster kan även hjälpa patienten. Som sjuksköterska är det viktigt att förmedla lugn och trygghet genom samtal och personlig närvaro. Nyligen har det visat sig att låta en fläkt blåsa en svag luftström mot patientens ansikte kan hjälpa mot andnöd (Nationellt vårdprogram för palliativ vård, 2012–2014). Detta kan användas som en IFM av sjuksköterskan i den personcentrerade vården.

Henoch (2009) beskriver att omvårdnaden kring patienter med andningsbesvär består av att bedöma, planera, åtgärda och utvärdera samt dokumentera. I bedömningen ingår det att ha samtal med patienten och utföra observationer samt undersökningar. En av sjuksköterskans kompetenser är att informera om de undersökningar och behandlingsåtgärder som patienten kommer att vara med om och varför de görs. Sjuksköterskan ska se till att patienten förstår

varför vissa åtgärder vidtas och se till att patienten är och känner sig delaktig i besluten som tas. Detta styrker även Socialstyrelsen (2005).

Oro kan utlösa andnöd men oro kan också vara en reaktion på andnöden, vilket kan leda till en ond cirkel där oro skapar andnöd som i sin tur skapar mer oro. När sjuksköterskan gör bedömningar av andnöd bör bedömningen ta hänsyn till vad som utlöste andnöden, patientens reaktion, vad som lindrar andnöden samt att lyssna på hur patienten upplever sin andnöd (Hench 2009). Personcentrerad vård syftar även till att involvera personens sociala nätverk i vården (Vårdförbundet, 2011). Det är viktigt för sjuksköterskan att ha kunskap och färdigheter för att göra bedömningar, vidta åtgärder samt att ha förståelse för de hot patienter med andnöd upplever (Nationellt vårdprogram för palliativ vård, 2012–2014).

Personcentrerad vård har sin utgångspunkt i personens upplevelse av sin verklighet (vårdförbundet, 2011). Enligt Socialstyrelsen (2005) ska sjuksköterskan uppmärksamma och möta patientens sjukdomsupplevelse och lidande och så långt som möjligt lindra detta genom adekvata åtgärder. Sjuksköterskan ska i dialog med patient och/eller närstående ge stöd och vägledning för att möjliggöra optimal delaktighet i vård och behandling. Bokker (2005) beskriver att sjuksköterskor ofta är i den privilegierade positionen att lära känna patienterna under en längre period. Sjuksköterskan kan genom lämplig utbildning, stöd och uppmuntran för att göra livsstilsförändringar, t.ex. regelbunden motion, äta sunt och framför allt sluta röka, förbättra livskvaliteten och minska sjukdomsprogressen. Sådana insatser inom personcentrerad vård kan hjälpa patienterna att återfå en viss grad av kontroll över sina liv som mycket väl kan ha gått förlorad.

Många patienter med KOL fruktar eller förväntar sig att döden är utdragen, men ofta blir den inte det. Interjuver med anhöriga och närstående till patienter med KOL som avlidit visar att många upplevt döden som lugn. Många patienter fruktar att dödandeförloppet kommer att bli utdraget men genom personcentrerad vård kan sjuksköterskan ge kunskap, information och stöd om att dödandeförloppet kan vara lindrigare än vad de fruktar. Detta kan lindra oro och ångest inför döden för patienterna och deras anhöriga (Nationellt vårdprogram för palliativ vård, 2012–2014). I den helhetsyn och i det etiska förhållningssätt som ska genomsyra samtliga kompetensområden för sjuksköterskan, ingår att sjuksköterskan ska visa omsorg om och respekt för patientens autonomi, integritet och värdighet enligt Socialstyrelsen (2005).

Sjuksköterskan ska även utifrån patientens och/eller närståendes önskemål och behov föra deras talan (Socialstyrelsen, 2005).

Personcentrerad vård innebär en övergång från en modell där patienten är det passiva målet för en medicinsk intervention till en modell där en överenskommelse görs med patienten som är aktiv i planering och genomförande av den egna vården samt rehabilitering. Detta sker ofta tillsammans med anhöriga (vårdhandboken, 2015). Närstående till patienter med KOL har beskrivit att de saknar ett psykosocialt stöd och beskriver sig som ”den ständige följeslagaren som ingen frågar efter”. Det är därför viktigt för sjuksköterskan att uppmärksamma de närstående och vara lyhörd och utöka ett psykosocialt stöd åt dem (Nationellt vårdprogram för palliativ vård, 2012–2014).

Eldh (2009) beskriver för att sjuksköterskan ska kunna skaffa delaktighet i patientmötet är det viktigt att ha förmåga att lyssna, kunna förmedla information och bidra till kunskapsbyggnad hos patienten samt att ha respekt för patientens kunskap och erfarenheter.

Genom personcentrerad vård får patienten större möjlighet till inflytande över sin behandling samt ökade möjligheter till ansvarstagande för egenvård. Detta leder samtidigt till färre besök hos vårdgivare och innebär mindre kostnader för samhället.

Att patienten får vara i centrum och inkluderas så mycket som möjligt i vårdbeslut och processer har visat sig leda till en bättre egenvård samt bättre samarbete mellan vårdare (vårdhandboken, 2015). Många patienter som levt med sin KOL länge har ofta egna strategier som de brukar använda för att hantera sina andningsbesvär och sin andnöd. (Nationellt vårdprogram för palliativ vård, 2012–2014). Enligt Verbrugge et al., (2013) definieras egenvård som ”individens förmåga att hantera symtom, behandling, fysik och psykosociala konsekvenser och livsstilsförändring när man lever med en kronisk sjukdom”. Egenvård kan vara ett effektivt sätt att reducera de negativa effekterna på KOL-patienternas livskvalitet (ibid).

Sjuksköterskan ska sträva efter att förstå beteenden och symtom utifrån personens perspektiv (Vårdhandboken, 2015). Hensch (2009) beskriver att hos den lufthungriga patienten väcks oro, rädsla och panik. Tanken på att inte få luft betyder att vi inte kan leva eftersom andningen är fundamental för människan. Sjuksköterskan fungerar som en nyckelperson i omvårdnaden kring patienter med andningsbesvär. Enligt Socialstyrelsens (2005) ska

sjuksköterskan tillgodose patientens basala och specifika omvårdnadsbehov både fysiska, psykiska som sociala, kulturella och andliga. Vården och vårdmiljön ska anpassas efter den enskilde personen samt främja självbestämmande och ge möjlighet till medbestämmande. Om patienten inte får tillräckligt med information eller blir uppmärksammas och lyssnad på och sedd som en person med individuella behov samt med unika bekymmer, har det visat sig leda till osäkerhet i samverkan med vårdaren och ett missnöje med vården (Socialstyrelsen, 2005; Nationellt vårdprogram för palliativ vård, 2012–2014).

Inom personcentrerad vård ska patienten vara en aktiv samarbetspartner (vårdförbundet, 2011). Enligt etiska principer ska patienter behandlas som aktiva partners i sin vård (Kennedy, 2011). Genom att bli en samtalspartner som patienten kan diskutera med är det viktigt för sjuksköterskan att involvera patienter med KOL i samtalen som en jämlik samtalspartner (Verbrugge et al., 2013). Upton et al. (2010) beskriver att vårdpersonal kan göra mycket för att förbättra patienternas upplevelse av att leva med KOL, detta genom att t.ex. lyssna på patienten hur denne beskriver och upplever sina symtom och agera efter informationen.

Syfte

Syftet med studien var att sammanställa aktuell forskning gällande icke farmakologiska metoder i omvårdnaden av patienter med kronisk obstruktiv lungsjukdom.

Metod

Som metod för studiens syfte valdes en litteraturstudie som baseras på kvalitativa och kvantitativa vetenskapliga artiklar. SBU (2014) beskriver att en litteraturstudie innebär att forskningsresultat samlas, granskas och vägs samman på ett vetenskapligt sätt.

Litteraturstudier summerar aktuell forskning inom ett område och ger en fördjupad bild av en forskningsfråga (SBU, 2014). De ger en beskrivning av kunskapsläget inom ämnet för att belysa eventuella behov av ytterligare forskning. Icke farmakologiska metoder vid KOL är ett nytt område så därför har denna studie inte avgränsats till att endast finna artiklar där effekten av en specifik metods påverkan på ett förväntat resultat eftersökts, så kallade effektstudier (Flemming, 1998), utan samtlig presenterad forskning inom området som har ett omvårdnadsfokus inriktat på patienter med KOL, har granskats och sammanställts.

Datansamling

Sökning av artiklar gjordes i databaserna Cinahl Plus with Full Text, Medline. Sökdata-basen Cinahl valdes först då den enligt Östlundh (2006) är en omvårdnadsdatabas och kändes som den mest relevanta sökdata-basen och därefter Medline. Vid de inledande sökningarna i Cinahl användes sökorden copd (chronic obstructive pulmonary disease) AND nursing som gav 97 träffar, där 5 artiklar valdes ut, non-pharmacological methods AND copd gav 9 träffar och 4 artiklar valdes ut, Non-pharmacological intervention + copd gav 112 träffar och 8 artiklar valdes ut. Sökorden och antalet träffar presenteras mer detaljerat i bilaga 1. I Medline användes sökorden Non-pharmacological intervention + copd som gav 705 träffar men bara 1 artikel valdes ut då träffarna inte stämde överrens med syftet och Non-pharmacological methods + copd gav 1001 träffar och bara 1 artikel valdes ut pga. samma orsak. Sökningen begränsades till artiklar publicerade från januari 2005 fram till och med januari 2015.

Enligt SBU (2014) utförs relevansbedömningen i två steg. Artiklarna granskades enligt SBU (2014) steg 1 som innebär att se om artiklarnas titel och abstract passade till syftet till studien. De artiklarna vars titel och abstract inte var relevanta sållades bort. Först valdes de artiklar i sökresultatet som hade intressant titel. Därefter lästes deras abstract vilket resulterade i 8 artiklar som ansågs kunna vara relevanta för litteraturstudiens resultatdel och artiklarna gick vidare till steg 2 och hämtades hem i fulltext. I steg 2 enligt SBU (2014) granskades fulltextartiklarna, de artiklar som var relevanta gick vidare och skrevs ut för att läsas med kritiskt förhållningssätt. För att få en överblick om artiklarna fortfarande var relevanta för studien, lästes de en gång till och delades in i 3 grupper. Grupp 1 var artiklar att behålla, grupp 2 behövde läsas igen och grupp 3 var inte relevanta. Sammanlagt valdes 13 artiklar ut som relevanta till studien, se bilaga 2. Sammanlagt valdes 13 artiklar ut från steg 1 för granskning i fulltext. Artiklarna delades in i två grupper; en grupp där 8 artiklar ingick för att användas till resultatet och en grupp där 5 artiklar ingick för att användas i resultatdiskussionen. De artiklar som slutligen valdes in i resultatgruppen granskades även genom CASP för att se om de uppfyllde kvalitetskraven för vetenskapliga studier.

Inklusions- och exklusionskriterier

För att få fram relevanta artiklar som matchade syftet avgränsades litteratursökningen genom inklusions- och exklusionskriterier. Sökningarna begränsades genom att följa riktlinjer enligt SBU (2014). Den insamlade litteraturen inleds enligt SBU (2014) med en bedömning av studiernas relevans och hur pass de uppfyller inklusionskriterierna. Inklusionskriterierna för studien begränsades till fulltext, peer reviewed, reference available, abstract available. Enligt

SBU (2014) ska författaren välja artiklar på språk som författaren behärskar och därför valdes språket engelska. För att få aktuell information om icke-farmakologiska effekter hos patienter med KOL valdes artiklar inom tidsramen januari 2005 till januari 2015. Urvalet begränsades genom den sjukdom och de metoder studien handlar om. Till grund för valet av artiklar ligger syftet och problematiseringen.

Randomiserade kontrollerade studier (RCT-studier) var önskade då de har hög evidens. För att granska om artiklarna uppfyllde kraven för en RCT-studie användes Critical Appraisal Skills Programme (CASP). SBU (2014) beskriver att ”randomisering innebär att man slumpmässigt fördelar studiedeltagarna mellan den experimentella behandlingen (försöksgruppen) och kontrollbehandlingen. Fördelen med randomisering är att slumpförfarandet ska leda till att alla andra faktorer än behandlingen ska fördelas lika på de båda grupperna. Skillnaden i effekt mellan försöks- och kontrollgrupperna är då sannolikt bara beroende på behandlingen (resonemanget gäller även för studier med mer än två olika grupper)”. En artikel uppfyllde kraven för en RCT studie och fyra artiklar uppfyllde kraven för en CCT studie. En CCT studie är en kontrollerad klinisk studie där man jämför en experimentgrupp med en kontrollgrupp eller med en tidigare kontrollgrupp (historisk kontroll) (SBU, 2014).

De övriga artiklarna granskades enligt CASP tool för kvalitets granskning av reviews då två artiklar uppfyllde kraven för review studie. Vidare granskades en artikel enligt CASP, qualitative research då en artikel uppfyllde kraven för en kvalitativ studie. En artikelmatris upprättades för att synliggöra artiklarnas syfte, metod, urval och resultat och för att vara en hjälp under resultatsammanställningen (Bilaga 2).

Analys

Analysen av de kvalitativa och kvantitativa artiklarna har skett med inspiration av Graneheim och Lundmans (2004) innehållsanalys. Enligt Graneheim och Lundman (2004) ska artiklarna läsas ett flertal gånger för att få en helhetsbild av innehållet. Meningsfull information som är relevant för studiens syfte plockas ut och meningsbärande enheter skapas (Graneheim & Lundman, 2004). Meningsbärande ord eller meningar innebär att de är relevanta till varandra genom sammanhang och innehåll. Det kan vara lätt att missa viktig information när man ska välja ut meningsbärande enheter (Graneheim & Lundman, 2004). Väljer man för stora enheter, kan de innehålla mer än en företeelse och använder man för små enheter finns risk att materialet fragmenteras (Graneheim & Lundman, 2004). I det första steget lästes de åtta

resultatartiklarna för att få en bättre förståelse av innehåll och sammanhang. För att få en tydligare översikt om likheter och skillnader jämfördes resultatdelarna i artiklarna med varandra och diskussionsdelarna i artiklarna jämfördes med varandra. I det andra steget lästes artiklarna ett flertal gånger med fokus på resultat- och diskussionsdel för att identifiera kategorier. Fyra kategorier framkom. Innan kategorier skapas ska de meningsbärande enheterna komprimeras och textvolymen ska minskas. I en innehållsanalys är kärnpunkten att skapa kategorier (Graneheim & Lundman, 2004). De resultat som stämde in på syftet markerades, kategoriserades samt sammanfattades direkt på artiklarna med korta meningar eller stödord.

Ett kritiskt moment i processen är kategoriindelningen. Om flera artiklar har tagit upp samma typ av metod så har de parats ihop i resultatet under samma kategori enligt Graneheim & Lundman (2004). Fokus har legat på att i artikeln hitta det som svarar mot syftet för den här litteraturöversikten. Kategorierna ska vara fullständiga och ömsesidigt uteslutande, vilket innebär att alla meningsbärande enheter ska kunna höra till en relevant kategori samt att inga meningsbärande enheter ska kunna hamna i mer än en kategori (Graneheim & Lundman, 2004). Kategorierna kan göras tydligare om man väljer ut typiska meningsbärande enheter för att illustrera kategorierna. Att dela upp kategorierna i subkategorier kan vara till fördel om man upptäcker att det finns hierarkiskt förhållande mellan kategorierna (Graneheim & Lundman, 2004).

Etiskt övervägande

De artiklar som ingår i studien har genomgått etisk granskning. Textinnehållet är granskat noggrant för att undvika misstolkningar. De risker som finns är att författaren har missuppfattat det studerade materialet CODEX (2015). Nyttan med studien är att lyfta fram kunskap inom icke farmakologiska metoder och att redovisa resultatet på ett sanningsenligt sätt, bedömningen av nyttan av studien är större än risken.

Resultat

Resultatet av studien lyfter fram ett flertal icke farmakologiska metoder som kan användas av sjuksköterskan i omvårdnaden och den personcentrerade vården som ett komplement till farmakologisk behandling hos patienter med KOL. De olika icke farmakologiska metoderna delades in i fem kategorier såsom lungrehabiliteringsprogram, utbildning och egenvård, oro

och depression samt nutrition. I de fem kategorierna finns underkategorier som beskrivs i den löpande texten.

Lungrehabiliteringsprogram

Lan, Huang, Yang, Lee, Huang och Wu (2014) menar att lungrehabiliteringsprogram har många fördelar genom att förbättra fysisk kapacitet och hälsorelaterad livskvalitet samt att det finns många tidigare studier som bekräftar att lungrehabiliteringsprogram medför konditionsförbättring och hälsorelaterad livskvalitet. Enligt Moriyama et al. (2013) krävs lungrehabiliteringsprogram för patienter med KOL för att kunna hantera sjukdomen, lindra symptom, förebygga sjukdomsprogression, förbättra motion och hälsotillstånd, förebygga och behandla komplikationer och exacerbationer, samt att minska dödligheten. Det finns rikligt med evidens för fördelar med lungrehabilitering. Suh et al., (2013) beskriver att det finns evidens för att lungrehabilitering minskar sjukhusvistelser vilket visade sig vara kostnadssparande jämfört med rutinmässig vård. Suh et al. (2013) beskriver lungrehabiliteringsprogram som evidensbaserat och tvärvetenskapligt med omfattande insatser för patienter med KOL, som syftar till att minska symtomen, optimera funktionell status, öka patientens deltagande och sänka sjukvårdskostnaderna. Sjuksköterskor spelar en central roll att genomföra lungrehabiliteringsprogram i samhället enligt Moriyama, Takeshita, Haruta, Hattori och Ezenwaka (2013). Inom lungrehabiliteringsprogram inriktas patientutbildning på egenvård, förstärkt autonomi, uppmuntring till tidig självidentifikation och behandling av exacerbationer samt inkludering av andningsstrategier för att kontrollera dyspné samt bronkial hygien teknik (Suh et al., 2013).

Utbildning & Egenvård

Rökavvänjning

Efrainsson et al., (2008) beskriver att KOL är mest rökrelaterad och rökavvänjning är den enda intervention som signifikant kan bromsa sjukdomens progress samt minska symptom samt att rökavvänjning är den mest effektiva och viktigaste interventionen hos patienter med KOL. Suh, Mandal och Hart (2013) stödjer även att rökavvänjning är den intervention som minskar dödligheten hos patienter med KOL.

Patientutbildning

Enligt Verbrugge et al. (2013) definieras egenvård som "Individens förmåga att hantera

symtom, behandling, fysiska och psykosociala konsekvenser och livsstilsförändringar som ingår i att leva med en kronisk sjukdom ". Egenvård kan vara ett effektivt sätt att minska de negativa effekterna av KOL för patienternas livskvalitet (Verbrugge et al., 2013). Det finns flera rapporter om att egenvårdsprogram har resulterat i minskade exacerbationer och sjukhusinläggningar, förbättring av patienternas livskvalitet och potentiella ekonomiska fördelar (Moriyama et al., 2013). En av utbildningskomponenterna möjliggör för patienter att göra livsstilsförändringar för att hjälpa dem att bättre kunna hantera att leva med sin sjukdom. Granskningar från studier om egenvårdsprogram indikerar att sjuksköterskor kan hjälpa till att verka för egenvård hos KOL-patienter genom att ge information om rökavvänjning, dietrådgivning, träning, användning av mediciner, syrgasbehandling, hantering av dyspné, hostteknik, sputum och exacerbationer, samt stödja självförtroende och bli en partner att diskutera med (Verbrugge et al., 2013). Recensioner av tidigare utfallsstudier av egenvårdsprogram/patientutbildning har visat att sjuksköterskor kan bidra till att främja egenvård hos patienter med KOL genom att tillhandahålla information, inge förtroende och att bli en diskussionspartner. Informationen ska innehålla rökavvänjning, kostråd, träning, användning av läkemedel, syrgasbehandling och hantering av dyspné, hosta, slem och exacerbationer (Verbrugge et al., 2013). Det har föreslagits att ett framgångsrikt lungrehabiliteringsprogram bör syfta till att ge en patientutbildning som främjar egenvård och därefter förhindra komplikationer och exacerbationer (Moriyama et al., 2013).

Oro & depression

Efrainsson et al. (2008) styrker att depression är ett vanligt förekommande symtom hos patienter med KOL. Psykosocialt stöd kan hjälpa till att handskas med ångest, depression, och andra psykiska problem som ofta förknippas med kronisk respiratorisk sjukdom enligt Shu et al. (2013). Enligt Lan et al. (2014) är prevalensen av depression och ångest hos patienter med KOL hög och kan leda till dålig sömnkvalitet.

Sömn & fatigue

Ofta har dålig sömnkvalitet rapporterats hos patienter med KOL. Tidigare studier har visat att 61% - 75% av patienter med KOL har dålig sömnkvalitet. Dålig sömnkvalitet anses som ett resultat av flera bidragande faktorer som bland annat sjukdomsspecifika symptom, annan samtidig medicinering, hög ålder, underliggande ångest och depression och närvaro av comorbidities (Lan et al., 2014). Lungrehabiliteringsprogram är en effektiv icke

farmakologisk behandling som leder till att förbättra sömnkvaliteten hos patienter med KOL, vilket Lan et al. (2014) kan styrka, då lungrehabilitering förbättrade sömnkvaliteten hos patienter med KOL. I resultaten framkom förbättring av sömnkvalitet, ökad sömnvarighet, minskade sömnstörningar, förbättring vid ansträngningsdyspné, fysisk kapacitet, lungfunktion och styrka i andningsmuskulaturen. Lan et al. (2014) menar att lungrehabilitering kan rekommenderas som en effektiv icke farmakologisk behandlingsmetod för att förbättra sömnkvaliteten hos patienter med KOL. Efraimsson et al. (2008) beskriver att fatigue är ett vanligt förekommande symtom hos patienter med KOL.

En icke farmakologisk metod som ingick i rehabiliteringsprogrammet som ledde till förbättringar av sömnen var motion (Lan et al., 2014). Träning främjar sömn via sin ångstdämpande eller antidepressiva effekter och träning kan vara en effektivt icke farmakologisk behandlingsmetod för patienter med KOL enligt Lan et al. (2014).

Nutrition

Viktninskning är känd för att påverka progression av sjukdomen KOL (Efraimsson et al., 2008) och undervikt hos patienter med KOL är en viktig riskfaktor för mortalitet (Suh et al., 2013). Efraimsson, Hillervik och Ehrenberg (2008) beskriver även att många patienter lider av undervikt. Efraimsson et al. (2008) beskriver att i en tidigare kvalitativ studie av patienter med KOL och deras upplevelser av att äta, visade det sig att kostfrågor inte kan betraktas enbart som en fysiologisk fråga utan också som ett komplext psykosocialt problem. Därför är det viktigt att vårdpersonalen har kunskaper om kost för att stödja patienter med KOL som lider av viktninskning. Suh et al. (2013) stödjer att lungrehabiliteringsprogram använder sig av kostrådgivning och menar att kaloritillskott kan hjälpa till att upprätthålla eller återställa kroppsvikt och fettmassa samt adekvat proteinintag hos patienter med KOL, där det är vanligt att undervikt förekommer.

Diskussion

Metoddiskussion

Metoden som användes valdes då författaren ville göra en sammanställning om forskning kring IFM vid behandling av kronisk obstruktiv lungsjukdom och en litteraturstudie ansågs av författaren vara en lämplig metod för att sammanställa befintligt forskning om IFM vid

KOL och på så vis besvara syftet. Författaren valde medvetet att ta med både kvalitativa och kvantitativa artiklar i studien då författaren ville sammanställa all aktuell forskning om IFM vid KOL. Nackdelar var att det inte fanns mycket forskning inom området sen tidigare och att hitta artiklar inom området visade sig vara svårt. Det hade varit till större nytta att ha med fler artiklar, men de sökningar som genomfördes gav inte fler träffar som kunde besvara syftet och belysa studien. Författaren anser att de artiklar som ingår i studien var innehållsrika och kunde ge tillräckligt med underlag för studien och för att kunna besvara syftet. En systematisk litteratursammanställning hade kunnat göras om syftet varit att mäta effekten av olika IMF vid KOL (SBU, 2014) men syftet var att sammanställa vilka olika IMF det finns som kan användas vid KOL, ansågs en litteraturstudie passa bättre som metod.

Arbetsättet är strukturerat vilket medför att ett systematiskt urval av kvalitetsgranskade artiklar analyseras och sammanställs i en översikt. Slutsatser dras efter jämförelse av data. (Graneheim & Lundman, 2004). Till litteraturstudien har åtta vetenskapliga artiklar använts som varit relevanta för syftet. Sökdata-basen CINAHL som är en omvårdnadsdatabas enligt Östlundh (2006) användes mest då litteraturstudien inriktade sig mer på omvårdnad än medicin. Databasen MEDLINE with fulltext användes. De flesta artiklarna hittades från CINAHL då det var den sökdata-basen som författaren började göra sökningar i och sökningarna i MEDLINE gav träffar. Endast 2 av de 13 artiklarna valdes ut från MEDLINE. Svaghet i förfarandet kan vara att sökningarna var väldigt specifika efter syftet och andra kombinationer av sökord var begränsat efter sjukdomen KOL och metoder som var icke farmakologiska. IFM verkar vara nytt inom forskningen och därför begränsades årtalen från år 2005 till år 2015. Artiklarna är översatta från engelska till svenska, som var ett exklusionskriterie inom språk. Översättnings- och tolkningsfel kan förekomma som kan påverka litteraturstudiens resultat (SBU, 2014; Graneheim & Lundman, 2004). Därför gjordes en återgång till originaltexterna där artiklarna ytterligare lästes igenom. Meningsbärande begrepp till resultatdelen kontrollerades noga så att översättningen var korrekt översatt från engelska till svenska för att säkerställa att resultatet var korrekt tolkat. Analysen inspirerades av Graneheim och Lundmans (2004) innehållsanalys för att sammanställa och ge en beskrivande bild av de IMF som används i omvårdnaden av personer med KOL.

Resultatdiskussion

Varierade integrerade interventionsstrategier behövs som en del i det optimala behandlingsprogrammet för patienter med svår KOL. Studier har visat att farmakologiska behandlingsmetoder inte är tillräckliga vid andnöd inom respiratoriska sjukdomar. Därför är det viktigt att fokusera på mer forskning om lovande icke farmakologiska interventioner (Deng et al., 2013). Enligt Barnett (2008) är inte enbart farmakologisk medicinering tillräckligt för att lindra andnöd och ofta måste medicinering kombineras med användning av icke farmakologiska interventioner för att vara effektiv. Barnett (2005) menar även att det finns en gräns för den nytta som kan uppnås av bara farmakoterapi. Shu et al. (2013) menar att utvecklingen av icke farmakologiska metoder har uppmärksammats för att förbättra hälsotillstånd, livskvalitet, minskning av vårdutnyttjande och kostnader genom att förhindra frekvensen och svårigheter av akuta exacerbationer av KOL. Icke farmakologiska metoder visar potential men behöver ytterligare underlag enligt Shu et. al. (2013). Stellard (2007) stödjer även detta och beskriver att det finns ett antal icke-farmakologiska metoder som handskas med fysiska, sociala och psykologiska aspekter för förbättringar för patienter med KOL.

I resultatet framkom att begreppen lungrehabilitering och IFM används lite olika och går in i varandra då lungrehabiliteringsprogrammet består av icke farmakologiska metoder och det framkommer även att lungrehabiliteringsprogrammet är en icke farmakologisk metod vid behandling av KOL. Enligt Michiko, Yae, Yoshinori, Noboru och Ezenwaka-Chidum (2013) spelar sjuksköterskan en central roll i att verka för och införa lungrehabiliteringsprogram i vården. Lan et al., (2014) beskriver att lungrehabiliteringsprogram har många fördelar med att förbättra fysisk kapacitet och hälsorelaterad livskvalitet vilket Stellard (2007) styrker då lungrehabiliteringsprogram visat sig ge en övergripande strategi för hantering av KOL i alla stadier av sjukdomen och förbättra symtom och livskvalitet.

Enligt Moriyama et al. (2013) krävs lungrehabiliteringsprogram för patienter med KOL för att kunna hantera sjukdomen, lindra symptom, förebygga sjukdomsprogression, förbättra motion och hälsotillstånd, förebygga och behandla komplikationer och exacerbationer, samt att minska dödligheten vilket även Barnett (2008) stödjer och beskriver att den pedagogiska komponenten av lungrehabiliteringsprogram innehåller: utbildning om sjukdomsprocessen, läkemedelshantering, rökavvänjning, energibesparing, andningskontroll och avslappning,

näring och kost, hantering av exacerbationer, restips och råd om lungrehabiliteringsprogrammets fördelar. Detta stödjer Stellard (2007) som beskriver att lungrehabiliteringsprogram omfattar patientutbildning, motion, rådgivning, individuell friskvård och röningsavvänjning. Barnett (2008) beskriver fördelarna med lungrehabiliteringsprogram, innehållande icke farmakologiska metoder vid KOL; förbättrad fysisk kapacitet, minskad upplevd intensitet av andfåddhet, hjälp till styrka och uthållighetsträning, förbättrad överlevnad, minskat antalet sjukhusvistelser, minskat antal dagar per sjukhusinläggning samt att det har visat sig vara kostnadseffektivt vilket framkom i resultatet.

Det finns rikligt med evidens för fördelar med lungrehabilitering. Suh et al., (2013) och Bokker (2005) beskriver att det finns evidens för att lungrehabilitering minskar sjukhusvistelser vilket visade sig vara kostnadssparande jämfört med rutinmässig vård. Barnett (2008) beskriver lungrehabilitering som ett tvärvetenskapligt vårdprogram för patienter med måttlig till svår KOL och som är individuellt anpassat och utformat för att ge patienten optimala resultat fysiskt, socialt och inom autonomi. Enligt Bokker (2005) ska lungrehabiliteringsprogrammet innehålla de centrala delarna av ordinerad individuell fysisk träning, sjukdomsutbildning och psykologiska och sociala interventioner. Bokker (2005) stödjer att lungrehabiliteringsprogram med icke farmakologiska metoder har positiva effekter för patienter fysiskt, psykiskt och socialt. Det framkommer i resultatet att genom de icke farmakologiska metoderna inom lungrehabiliteringsprogrammet förbättras fysisk kapacitet, vardagsaktiviteter, hantering av symtom och exacerbationer, psykologiska och sociala aspekter, sömnkvalitet och minskning av oro och ångest vilket Bokker (2005) styrker. Lungrehabilitering med icke farmakologiska metoder är både en effektiv och ett kostnadseffektivt ingripande i att hantera denna komplexa patientgrupp samt förbättra deras livskvalitet, motion, tolerans och minska eller förbättra andfåddhet. Lungrehabilitering syftar till att bryta denna onda cirkel av ökande inaktivitet, andfåddhet och fysisk tillbakagång, och förbättra fysisk kapacitet och funktionell status samt att förbättra den enskilda patientens egenvård (Barnett, 2008).

Resultatet av utbildning och egenvård visar på att egenvård kan vara ett effektivt sätt att minska de negativa effekterna av KOL för patienternas livskvalitet (Verbrugge et al., 2013). Syftet med egenvård vid KOL är att hjälpa patienterna att känna igen och reagera omgående vid tidiga tecken på exacerbationer (Booker, 2005). Enligt Barnett (2008) och Efraimsson et

al. (2008) är KOL mest rökrelaterad och rökningssavvänjning är den enda intervention som signifikant kan bromsa sjukdomens progress samt minska symtom. Stellard (2007) menar att utbilda en patient om effekterna av rökning och hur de påverkar lungorna är viktigt. Utan denna kunskap är det mer osannolikt att en person slutar röka (Stellard, 2007). Utbildning är en IFM där t.ex. utbildning kring olika andningstekniker ingår (Suh et al., 2013). Genom personcentrerad vård kan sjuksköterskan hjälpa patienten att hitta en andningsteknik som inte kräver mer energi än nödvändigt. PEP-andning (positive expiratory pressure) innebär motståndsandning som kan minska andningsfrekvensen, fördjupa andetaget, underlätta att få upp slem och motverka atelektaser. Ett annat sätt att hjälpa patienten är att lära patienten sluten läppandning som även ger motstånd vid utandning. Hostteknik kan underlätta andningen för KOL-patienter och huffing (hosta med öppen glottis) minskar risken för bronkospasm och underlättar att få upp slem (Nationellt vårdprogram för palliativ vård 2012–2014).

Resultatet från kategorin oro och depression har visat att nya studier att psykologiska tillstånd såsom depression är vanligare än man tidigare trott (Bokker, 2005). Depression är vanligare hos patienter med svår KOL (Booker, 2005; Stellard, 2007). Upton et al. (2010) beskriver att det inte är förvånande att sjuksköterskor försummar patientens behov om de varken har rätt kompetens, kunskap eller resurser för att bedöma och behandla psykosociala problem hos KOL-patienter på ett lämpligt sätt. Sjuksköterskan kan ta hjälp av en flerdimensionell skala som Chronic Respiratory Disease Questionnaire (CRQ). Skalan fokuserar på andnöd, fatigue, emotionell funktion och hantering eller känsla av kontroll över sin sjukdom vilket sjuksköterskan kan använda sig av i den personcentrerade vården. Upton et al., (2010) beskriver att patienter med depressions-symtom löper en större risk att utveckla akuta exacerbationer. Enligt Upton, Madoc-Sutton, Overidge, Sheikh, Walker & Fletcher (2010) har tidigare studier visat att förekomsten av klinisk depression varierade mellan 10 % - 42 % hos patienter med stabil KOL och förekomsten av ångest varierade mellan 10 % - 19 %.

I resultatet från kategorin sömn och fatigue framkom det att icke farmakologiska strategier är essentiella för behandling av fatigue (Deng et al., 2013) och de kan vara användbara för sjuksköterskan i den personcentrerade vården. Kognitiv beteendeterapi (KBT) för patienter med KOL har positiva effekter på sömnlöshet och fatigue och lungrehabilitering har direkta positiva effekter på fatigue hos patienter med KOL (Deng et al., 2013). 43 % - 58 % av patienter med KOL upplever ”nästan alltid” fatigue (Deng et al., 2013). Verbrugge et al.,

(2013) beskriver att även mild fysisk aktivitet kan leda till fatigue och snabb andnöd. KOL-patienterna är benägna att hålla strikta restriktioner kring sina dagliga aktiviteter. Restriktionerna leder till minskad kondition och minskat socialt liv som i sin tur kan leda till social isolering. Följande beskriver Verbrugge et al., (2013) att för att förebygga denna onda cirkel är det viktigt att uppmuntra till en hälsosam livsstil, visa empati vid rönkningsavvänningslektioner, träning, en hälsosam diet och korrekt och adekvat medicinering. Dessa IFM kan sjuksköterskan använda sig av i personcentrerad vård för att erbjuda patienten som ett komplement till den farmakologiska behandlingen.

I resultatet från kategorin nutrition framkom det att viktminskningen hos patienterna med KOL är viktig att observera eftersom den är associerad med högre dödlighet (Bokker, 2005). Goda kostvanor kan tas till som en icke farmakologisk metod i den personcentrerade vården av sjuksköterskan. Det finns belägg för att kost som innehåller färsk frukt och grönsaker, har en välgörande effekt att bevara lungfunktion. Patienter med KOL som är underviktiga rekommenderas även ett högre intag av fiskolja (Bokker, 2005). Sjuksköterskan kan ge råd om kost som innehåller C-vitamin och B-karoten som har visat sig skydda lungorna att bevara sin funktion enligt Stellard (2007).

Barnett (2008) beskriver att många patienter med KOL förlorar vikt, samtidigt som deras sjukdom fortskrider. Det är viktigt för sjuksköterskan att ha kunskap om viktminskningen för att i den personcentrerade vården kunna ge individuella råd och ge information om nutrition. Undervikten verkar vara relaterad till det ökade andningsarbetet som kräver kalorier (Barnett, 2008). Hypoxi kan orsaka förlust av muskler på grund av förändringar i muskelmetabolismen som orsakar att många personer med KOL är underviktiga enligt Stellard (2007). Många patienter med svår andfåddhet har också svårt att äta och därför har de ett reducerat näringsintag och konsumerar färre kalorier. Patienter kan uppleva fysiska svårigheter i matlagning, eller att tugga och svälja (Barnett, 2008). Andfåddhet kan göra aktiviteter som att handla mat och matlagning problematisk. Stora måltider kan vara påfrestande för patienten och full mage kan orsaka påtryckningar från magen som leder till andfåddhet. Om andnöd gör det svårt att äta, råds patienten till att äta små måltider med högt kaloriintag. Måltiderna ska vara lätta att förbereda. Vissa inhalatorer är kända för att lämna en bitter smak i munnen och minska aptiten (Barnett, 2008). Barnett (2008) beskriver vidare att de allmänna principerna för energisparande involverar att bevara patientens tempo och inte ha bråttom samt att vila mellan arbetsuppgifter. Det är viktigt att patienterna med svår KOL inte

förbrukar energi och att t.ex. sitta ner och utföra aktiviteter kan underlätta att spara energi samt att undvika att t.ex. bära tunga saker. Barnett (2008) menar även att patienter med KOL rekommenderas att äta små, lätta men näringsberikade måltidsportioner som inte är krävande att äta. Användning av andningstekniker under aktiviteter hjälper till att minska andningsarbetet och spar energi.

Självständighet

Studien är gjord av en författare.

Slutsats

Sammanställningen av resultatet av studien visar att det framkom fyra kategorier inom IFM, lungrehabiliteringsprogram, utbildning och egenvård, oro och depression, sömn och fatigue och nutrition. IFM är ett effektivt komplement till den farmakologiska behandlingen samt inom personcentrerad vård och kan främja patienternas hälsa. Tidigare studier visar att IFM har positiva effekter vid behandling av KOL men det krävs fler studier. Ett lungrehabiliteringsprogram innefattar olika icke farmakologiska interventioner vid behandling av kronisk obstruktiv lungsjukdom med personcentrerad vård som inriktning. Lungrehabiliteringsprogrammet inriktar sig på utbildning, nutrition och träning samt psykologiskt mående. Interventionerna har positiva effekter vid behandling av KOL och har även visat sig vara kostandseffektiva för sjukvården. Rökavvänjning är den interventionen som har mest effekt på patientens hälsa. Patienterna som använts sig av lungrehabiliteringsprogram har fått förbättrad fysisk kapacitet och välmående, reducerad andfåddhet, minskade sjukhusvistelser med exacerbationer. Sammanställningen av tidigare studier visar att det är de ovan nämnda icke farmakologiska metoder som används både inom och utanför lungrehabiliteringsprogrammet, används främst vid KOL.

Referenser

AmericanThorical Society. (1999). Dyspnea. Meechanism, assesment and management: A consensus statement. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 159(1), 321-40

Asp, M. & Ekstedt, M. (2009). Trötthet, vila och sömn. Edberg, A-K. & Wijk, H (Red.), *Omvårdnadens grunder. Hälsa och ohälsa*.1:5. Uppl. Lund; Studentlitteratur

Backhouse T., Killett A., Penhale B., Burns D., & Gray R. (2014). Behaviural and phychological sytoms of dementia and their management in care homes within the East of England: A postal survey. *Aging & Mental Health*, 18(42), 187-193.

Barnett M. (2008) Management of end-stage chronic obstructive pulmonary disease. *British Journal of Nursing* 17 (22), 1390-4.

Barnett M. (2008) Non-pharmacological management of COPD. *Journal of Community Nursing* (4), 30-3.

Booker R. (2005) Care of cronic conditions. Chronic obstructive pulmonary disease: non-pharmacological approaches. *British Journal of Nursing* 14 (1), 14-8.

Buchan S, Shakeel M, Trinidade A, Buchan D & Kim AS. (2012). The use of complementary and alternative medicine by nurses. *British Journal of Nursing* 21 (11), 672-675.

Carballo-Garcia V, Arroyo-Arroyo M R, Portero-Diaz M & Ruiz-Sánchez de León JM. Effects of non-pharmacological therapy on normal ageing and on cognitive decline: Reflections on treatment objectives. *Neurologia* 28 (3), 160-168.

Cheung CK, Wyman JF & Halcon LL. (2007). Use of complementary and alternative therapies in community-dwelling older adults. *The journal of Complementary and Alternative Medicine* 13(9), 997-1006.

CODEX - regler och riktlinjer för forskning. 2015. *Forskarens etik*.

<http://codex.vr.se/forskarensetik.shtml> (Hämtad 2015-05-17).

Eldh, A-C. (2009) Delaktighet och gemenskap. Edberg, A-K & Wijk, H (Red.), *Omvårdnadens grunder. Hälsa och ohälsa s. 1:5*. Uppl. Lund: Studentlitteratur

Ericson, E. & Ericson, T. (2012). Vård vid lungsjukdomar. Ericson, E & Ericson, T (Red.), *Medicinska sjukdomar s* Lund: Studentlitteratur

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 24(2), 105-112.

Henoch I. (2009). Andning. Edberg, A-K & Wijk, H (Red.), *Omvårdnadens grunder. Hälsa och ohälsa s.* Lund: Studentlitteratur

Heslop K. (2014) Non-pharmacological treatment of anxiety and depression in COPD. *Nurse Prescribing* 12(1), 43-7.

Higginson R. (2010), COPD: pathophysiology and treatment. *Nurse Prescribing* 8 (3), 102-10.

Jácome C & Marques A. (2014), Impact of Pulmonary Rehabilitation in Subjects With Mild COPD. *Respiratory Care* (10), 1577-82.

Janzen S, Zecevic A A, Kloseck M, & Orange J B. (2013). Managing agitation using nonpharmacological interventions for seniors with dementia. *American Journal of Alzheimer's disease and other dementias* 28(5), 524-532.

Jonsson, A. 2011. Personcentrerad vård kortar vårdtiden. Vårdförbundet.

<https://www.vardforbundet.se/Vardfokus/Webbnyheter/2011/November/Personcentrerad-vard-kortar-vardtiden/> (Hämtad 2015-05-02)

Kennedy S. (2011) Caring for a patient newly diagnosed with COPD: a reflective account. *Nursing Standard* 25 (49), 43-8.

Lan, C-C., Huang, C-H., Yang, M.C., Lee, C-H., Huang, CH & Wo, Y-K. (2013) Pulmonary Rehabilitation Improves Subjective Sleep Quality in COPD. *Respiratory Care* 59 (10), 1569-76.

Lou, P., Chen, P., Zhang, P., Yu, J., Chen, N., Zhang, L., Wu, H., & Zhao, J., (2015) A COPD Health Management Program in a Community-Based Primary Care Setting: A Randomized Controlled Trial. *Respiratory Care* 1(60), 102-112.

Michiko, M., Yae, T., Yoshinori, H., Noboru, H., Ezenwaka,. & Chidum, E., (2013), Effects of a 6-Month Nurse-Led Self-Management Program on Comprehensive Pulmonary Rehabilitation for Patients with COPD Receiving Home Oxygen Therapy. *Rehabilitation Nursing* 40 (1), 40-51.

SKL (2014). *Nationellt vårdprogram för palliativ vård 2012–2014*. Stockholm.

Perry, M., (2007), Non-pharmacological advice for patients with COPD. *Practice Nurse* 33 (1), 26-8.

SBU (2014). *Utvärdering av metoder i hälso-och sjukvården: En handbok. 2 uppl.* Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2014

Segesten, K. (2006). Användbara texter. I Febe Friberg (Red.), *Dags för uppsats- vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 37- 44). Lund: Studentlitteratur.

Smith, G., & Wu, SC. (2012). Nurses' beliefs, experiences and practice regarding complementary and alternative medicine in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, 21:2659-2667.

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf (Hämtad 2015-05-17).

Stellard, L., (2007), Chronic obstructive pulmonary disease: a non-pharmalogical approach. *Nursing Older People* 19 (6), 32-7.

Shu, ES., Mandal, S., & Hart, N., (2013). Admission prevention in COPD: non-pharmacological management. *BMC Medicine* 11:247

Tingström, P. (2009) Information och utbildning. Edberg, A-K & Wijk, H (Red.), *omvårdnadens grunder. Hälsa och ohälsa s.* Lund: Studentlitteratur

Upton, J., Madoc-Sutton, H., Overidge, C., Sheikh, A., Walker, S., & Fletcher, M., (2010). Assessment of psychosocial problems in primary care COPD patients. *British Journal of Nursing* 19 (9), 554-7.

Verbrugge, R., Boer, F., and Georges, JJ., (2013). Strategies used by respiratory nurses to stimulate self-management in patients with COPD. *Journal of Clinical Nursing* 22 (19/20), 2787-99.

Van der Ploeg, E S., Mbakile, T., Genovesi, S., & O'Connor, D W., (2012). The potential of volunteers to implement non-pharmacological interventions to reduce agitation associated with dementia in nursing home residents. *International Psychogeriatrics* 24(11), 1790-1797.

WHO (World Health Organisation).(2011). *Causes of COPD*.
<http://www.who.int/respiratory/copd/causes/en/> (Hämtad 2015-05-02).

Yildirim, Y., Parlar, S., Eyigor, S., Serto, OO., Eyigor, C., Fadiloglu, C., & Uyar, M., (2010). An analysis of nursing and medical student's attitudes towards and knowledge of complementary and alternative medicine. *Journal of Clinical Nursin* 19, 1157-1166

Bilagor

Bilaga 1, Sökmatrix

Databaser	Sökord	Antal träffar	Valda artiklar
CINHAL	Non – pharmacological methods AND copd	9	5
CINHAL	Copd AND nursing	99	2
CINHAL	Non- pharmacological intervention + copd	114	2
CINHAL	non pharmacological staged interventions	1	1
CINHAL	Self manegement AND copd	30	1
MEDLINE	Non- pharmacological intervention + copd	719	1
MEDLINE	pulmonary rehabilitation	220	1

Bilaga 2, Insamling av de vetenskapliga artiklarna

Insamlingen av de vetenskapliga artiklarna till studien från sökdatabasen CINAHL

Sökord: Kombination copd and nursing

Inklusionskriterier: Fulltext, peer reviewed, reference available, abstract available. Språk engelsk. Tidsram januari 2005 – januari 2015.

Träffar: 97

Lästa artiklar: 5

Sökord: Non-pharmacological methods and copd

Inklusionskriterier: fulltext, peer reviewed, reference available, abstract available. Språk engelsk. Tidsram januari 2005 – januari 2015.

Träffar: 9

Lästa artiklar: 4

Sökord: Non-pharmacological intervention + copd

Inklusionskriterier: Fulltext, peer reviewed, reference available, abstract available. Språk engelsk. Tidsram januari 2005 – januari 2015.

Träffar: 112

Lästa artiklar: 8

Insamlingen av de vetenskapliga artiklarna till studien från sökdatabasen MEDLINE

Sökord: Non-pharmacological intervention + copd

Inklusionskriterier: Linked fulltext, Abstract Available. Språk engelska. Tidsram januari 2005 – januari 2015.

Träffar: 705

Lästa artiklar: 1

Sökord: Non-pharmacological methods + copd

Inklusionskriterier: Linked fulltext, Abstract Available. Språk engelska. Tidsram januari 2005 – januari 2015.

Träffar: 1001

Lästa artiklar: 1

Bilaga 3, Artikelmatris

Författare	Titel	År, land, skrift	Syfte	Metod	Resultat
Moriyama, Michiko; Takeshita, Yae; Haruta, Yoshinori; Hattori, Noboru; Ezenwaka, Chidum E.	Effects of a 6-Month Nurse-Led Self-Management Program on Comprehensive Pulmonary Rehabilitation for Patients with COPD Receiving Home Oxygen Therapy.	2015, USA, Rehabilitation Nursing	Att undersöka effekten av en sjuksköterske-ledd 6-månaders lungrehabiliteringsprogram för patienter med KOL, stadium IV med syrgasbehandling.	CCT	Resultaten visar att vårt program bidrar till patienternas inläring av färdigheter, egenvård och förbättrar dyspné, social aktivitetsnivå, och den allmänna livskvaliteten.
Lan CC, Huang HC, Yang, MC, Lee CH,	Pulmonary rehabilitation improves subjective sleep	2014, Philadelphia, Respiratory Care	Studien syftade till att undersöka effekterna av lungrehabiliteringsprogram på sömnkvalitet hos	CCT	lungrehabiliteringsprogram leder till förbättring av sömnkvalitet, tillsammans med samtliga

Huang CY, Wu YK	quality in COPD.		patienter med KOL.		förbättringar av fysisk kapacitet och är en effektiv icke farmakologisk behandling för att förbättra sömnkvaliteten hos patienter med KOL och bör vara en del av deras behandling.
Deng, Guo- jin; Liu, Fan-rong; Zhong, Qing-ling; Chen, Jing; Yang, Mei- fang; He, Hong-Gu	The effect of non- pharmacological staged interventions on fatigue and dyspnoea in patients with chronic obstructive pulmonary disease: A randomized	2013, Australia & New Zealand, journal article	Syftet var att undersöka effekten av IFM på trötthet och dyspné hos patienter med KOL.	RCT	IFM var effektivt för att lindra trötthet och dyspné hos patienter med KOL.

Verbrugge, Remco; Boer, Fijge; Georges, Jean-Jacques	controlled trial. Strategies used by respiratory nurses to stimulate self-management in patients with COPD.	2013, UK & Ireland, Journal of Clinical Nursing	Syfte och mål För att få en inblick i strategierna, som antogs av holländska sjuksköterskor under kliniktilfällen, för att förbättra självförvaltning av patienter med kronisk obstruktiv lungsjukdom.	Kvalitativ studie	Sjuksköterskorna fokuserade på information om rökavvänjning till patienterna. Svårigheter med strategier kring nutrition och motion framkom. Det behövs upptäckas fler effektiva egenvårdstrategier.
Efrainsson EÖ; Hillervik C; Ehrenberg A	Effects of COPD self-care management education at a nurse-led primary health care clinic	2008, Sverige, Scandinavian Journal of Caring Sciences	Syftet var att undersöka effekterna av ett strukturerat pedagogiskt interventionsprogram på en sjuksköterske-ledd primärvårdens klinik om livskvalitet, kunskap om KOL och om rökavvänjning hos patienter med KOL.	CCT	Våra resultat visar att konventionell vård ensamt inte hade någon effekt på patienternas livskvalitets och rökvanor. Istället tyder mycket på att det behövs ett strukturerat program med egenvårdsutbildning för att motivera patienterna till förändringar livsstils.
Chaplin,	Neuromuscular	2013, UK &	Syftet är att	CCT	Det fanns ingen signifikant

Emma Jane Louise; Houchen, Linzy; Greening, Neil J.; Harvey-Dunstan, Theresa; Morgan, Michael D.; Steiner, Michael C.; Singh, Sally J.	Stimulation of Quadriceps in Hospitalised Patients during an Exacerbation of COPD; A Comparison of low (35Hz) and high (50Hz) Frequencies	Ireland, Physiotherapy Research Internationa	jämföra förändringar i muskelstyrka efter högfrekventa och lågfrekventa NMES hos patienter inlagda på sjukhus med akut KOL exacerbation.	skillnad mellan grupperna. NMES är ett genomförbart ingripande för att förbättra muskelstyrka hos patienter med en KOL exacerbation.
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Bilaga 3 Innehålls analys

Meningenshet	Meningenshet	Kondensering	Kod	Underkategori	Kategori
Pulmonary rehabilitation is an effective nonpharmacologic treatment to improve sleep quality in patients with copd	Lungrehabilitering är en effektiv icke farmakologisk behandling för att förbättra sömnkvaliteten hos patienter med KOL	Lungrehabilitering är en effektiv icke farmakologisk behandling för att förbättra sömnkvaliteten.	Effektiv behandling för förbättring av sömnkvalitet		Sömn och fatigue
...self-care education, in combination with a written individual	... egenvårds utbildning, i kombination med en skriftlig individuell behandlingsplan som	Egenvård i kombination med en individuell behandlingsplan resulterade i	Egenvård minskade återinläggningar på sjukhus, oplanerade läkarbesök och sjukskrivningar	Patientutbildning	Utbildning & egenvård

treatment plan, resulted in decreased hospital re-admissions, unplanned physician visit, sick leaves...	resulterade i minskade sjukhusåterinläggningar, oplanerade läkarbesök, sjukskrivningar symptom hos...	minskade återinläggningar på sjukhus, oplanerade läkarbesök och sjukskrivningar		
...the evidence suggest that a structured programme with self-care education is needed to motivate patients for	... evidens tyder på att det krävs ett strukturerat program med egenvårds utbildning för att motivera patienter till livsstilsförändringar	Egenvårds utbildning krävs för patienter till livsstilsförändringar	Egenvårdsutbildning krävs för livsstilsförändringar	Utbildning & egenvård

life-style changes...								
The main emphasis during the clinic session is directed at quitting smoking.	Tyngdpunkten under klinik vistelsen är inriktad på att sluta röka	Tyngdpunkten är inriktad på att sluta röka	Sluta röka	Rökavvänjning	Utbildning & egenvård			
A comprehensive pulmonary rehabilitation program is required to manage chronic obstructive	Ett omfattande lungrehabiliteringsprogram krävs för att hantera kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) för att lindra symtom, sjukdomsprogression, förbättra fysisk tolerans och	Lungrehabiliteringsprogram krävs för hantering för att hantera KOL, för att lindra symtom, förebygga sjukdomsprogression, förbättra fysisk tolerans och	Lungrehabiliteringsprogram krävs för att hantera KOL		Lungrehabiliteringsprogram			

pulmonary	, förbättra fysisk	hälsostatus,	
disease	tolerans och	förebygga och	
(COPD) so as	hälsostatus,	behandla	
to relieve	förebygga och	komplikationer och	
symptoms,	behandla	exacerbationer och	
prevent	komplikationer och	minska dödligheten.	
disease	exacerbationer och		
progression,	minska dödligheten.		
improve			
exercise			
tolerance and			
health status,			
prevent and			
treat			
complications			
and			
exacerbations			
and reduce			

mortality.						
------------	--	--	--	--	--	--