



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

EKSAMENSINNLEVERING

Emnenavn: **Sjuepleie, forskning og fagutvikling -
Bacheloroppgave**

Emnekode: **SYKHB3001**

Eksamensform: Prosjektoppgave

Leveringsfrist: 26.02.15 kl 14.00

Kandidatnr.: 1058

Antall ord: 8587

Underernæring hos Kols pasienter:

Hvordan kan dette forebygges?



Figur 1. *Healthy food*. [Photography]. Retrieved from Encyclopædia Britannica ImageQuest.

http://quest.eb.com/search/132_1255915/1/132_1255915/cite

Utdanning: Bachelorgrad i sykepleie

Høgskolen Stord/Haugesund, avdeling Haugesund

Kull: 2013

Antall ord: 8587

Sammendrag

Bakgrunn: Kronisk obstruktiv lungesykdom (Kols), er et økende folkehelseproblem som hvert år krever flere millioner menneskeliv på verdensbasis. Et økende problem Kols medfører er at pasientene blir underernærte, noe som øker faren for at pasientene dør tidligere. Det er dermed viktig å ha fokus på å forebygge underernæring hos pasienter, på et tidlig stadium. Det er vist at mange pasienter mangler informasjon om hvordan ernæringsstatusen kan opprettholdes, og derfor er det et stort behov å få å økt fokus på hvordan og hvilken informasjon til pasienter blir gitt, og hvilken effekt dette har.

Problemstilling: Hvordan forebygge underernæring hos pasienter med Kronisk obstruktiv lungesykdom (Kols)?

Hensikt: Å øke helsepersonells bevissthet om hvor viktig det er å forebygge underernæring hos pasienter med Kols, noe som trolig kan bedre pasientens livskvalitet.

Metode: Dette er en litteraturstudie hvor data er samlet gjennom litteratur og forskning.

Funn: Det at sykepleieren har fokus på å etablere en relasjon til pasienten, har økt effekt for at pasienten er mottakelig for informasjon senere. Pasientsentrert informasjon er vist å være effektiv, hvor sykepleieren har fokus på at informasjonen blir gitt tidlig og kontinuerlig i pasientforløpet, enten det er informasjon om ernæring, eller informasjon om hvordan pasienten kan øke matinntaket.

Oppsummering: Det må bli økt fokus på å tidlig identifisere Kols pasienter for underernæring. For at dette skal skje, må sykepleierne ha kunnskaper og interesse innenfor dette området. Sykepleieren må identifisere hva problemet er, og kunne gi råd ut i fra det.

Summary

Background: Chronic obstructive pulmonary disease (COPD), is a growing public health problem that annually consumes several million lives worldwide. A growing problem COPD entails is that patients are malnourished, which increases the risk that patients die earlier. It is thus important to focus on preventing malnutrition for patients at an early stage. It is shown that many patients lack information on how nutritional status can be maintained, and therefore there is an urgent need to get to an increased focus on how and what information to patients is given, and what effect this has.

Question: How to prevent malnutrition in patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)?

Purpose: To increase health professionals' awareness of how important it is to prevent malnutrition in COPD, which in turn may improve patient quality of life.

Method: This is a literature study where data is collected through literature and research.

Findings: When a nurse focuses on establishing a relationship with the patient, it will have an increased power that the patient is receptive to information later. Patient Centered information is shown to be effective, where the nurse focuses on ensuring that information is given early and continuous, whether it is nutrition information, or information about how the patient can increase food intake.

Summary: There must be an increased focus on early identifying COPD patients for malnutrition. For this to happen, nurses must have knowledge and interest in this area. The nurse must identify what the problem is and give advice based on it.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	6
1.1 Bakgrunn for valg av tema	6
1.2 Hensikt.....	6
1.3 Problemstilling	7
1.4 Avgrensning og presisering	7
2.0 Begrepsmessig rammeverk	8
2.1 Sykepleieteoretikere	8
2.1.1 Ernæring til syke pasienter	8
2.1.2 Å tilegne seg informasjon	8
2.2 Kols	9
2.2.1 Symptomer og diagnose.....	9
2.3 Underernæring	9
2.3.1 Årsaker	10
2.4 Informasjon om ernæring	10
2.4.1 Ivaretagelse av ernæringsbehov	11
2.5 Hjemmesykepleie.....	11
2.6 Pasientmedvirkning.....	11
2.7 Helse.....	12
2.8 Helsefremmede og forebyggende arbeid.....	12
2.9 Kommunikasjon og relasjon	13
2.9.1 Kunnskapsbasert praksis	14
3.0 Metode	15
3.1 Hva er metode?	15
3.2 Kvantitativ og kvalitativ metode.....	15
3.2 Litteraturstudie som metode	16
3.3 Sterke og svake sider ved litteraturstudie som metode	16

3.4 Forskningsetikk.....	16
3.5 Kildekritikk.....	17
3.6 Litteratursøk.....	17
4.0 Resultater av litteratursøk	19
4.1 Oppsummering av hovedfunn.....	21
5.0 Drøfting.....	22
5.1 Å etablere en relasjon til pasienten	22
5.2 Betydning av å innhente informasjon.....	23
5.2.1 Observasjoner og intuisjoner	24
5.2.2 Samtalen.....	24
5.3 Øke pasientens kunnskaper	25
5.3.1 Energirik mat.....	26
5.3.2 Hyppige måltider	27
5.4 Pasientinnflytelse	28
6.0 Avslutning	30
5.0 Referanseliste	31
Vedlegg I: Fremstilling av søking	36
Vedlegg II: Funn av artikler sett ut i fra søkefremstillingen.....	38

1.0 Innledning

Kronisk obstruktiv lungesykdom (Kols), er et økende helseproblem, og en av de hyppigste årsakene til død (Gulsvik, 2012, s. 9). Verdens helseorganisasjon (2015), skriver at i 2012 krevde Kols sykdommen mer enn tre millioner menneskeliv. Man regner med at rundt trehundre tusen har sykdommen, hvor halvparten er udiagnostisert (Gulsvik, 2012, s. 9). Et av de vanligste problemene for personer med Kols er underernæring, og man regner med at opptil førti prosent av pasientene utenfor sykehus er underernærte (Hjalmarsen, 2012, s. 124). Å se på mat og kosthold som en del av behandling og forebygging av ytterligere helseproblemer er noe Regjeringen har stort fokus på. Regjeringen ønsker å fremme helse å forebygge sykdom ved hjelp av rett kosthold og ernæring, og i den anledning ble det utarbeidet en handlingsplan for å bedre befolkningens kosthold. Fokuset ligger på at helsetjenesten skal styrke innsatsen i det forebyggende og helsefremmende arbeidet, og sørge for at pasienter har kunnskaper og forståelse til å sette sammen et fullverdig kosthold, når endringer er nødvendig (Regjeringen, 2007). Dette betyr at omsorgstjenesten skal drive med hverdagsrehabilitering som betyr tidlig innsats, og bruke pasientens ressurser for å øke pasientens livskvalitet og funksjonsnivå (Meld. St. 29(2012-2013)). Å la pasienten ha innflytelse i situasjon å tenke forebyggende er noe av det som blir lagt vekt på i samhandlingsreformen (Meld. St. 16 (2011-2015)).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Interessen for pasientgruppen kom mens jeg var i praksis på medisinsk lungeavdeling. Der kom jeg i møte med pasienter som ble innlagt med Kols forverring. Det ble observert at flertallet av pasienter som ble innlagt var kraftig underernærte, mens et fåtall hadde for høy kropps masse indeks (KMI). Mine observasjoner blir bekreftet i studien til Odenrants, Ehnfors og Ehrenberg (2007), der det kommer frem at Kols pasienter på sykehus enten er underernærte, eller i fare for å bli underernærte. Ut i fra dette ønsket jeg å finne ut hvordan man kan bedre praksisen med å forebygge at pasientene blir underernærte.

1.2 Hensikt

Mitt ønske med oppgaven er å øke helsepersonells bevissthet om hvor viktig det er å forebygge underernæring hos pasienter med Kols: noe som trolig kan bedre pasientens livskvalitet

1.3 Problemstilling

«Hvordan forebygge underernæring hos pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom (Kols)?»

1.4 Avgrensning og presisering

Oppgaven tar for seg Kols pasienter som bor i egen bolig og mottar hjemmesykepleie. I følge Odencrants, Bjuström, Wiklund og Blomberg (2013) sin forskning er aleneboende i større fare for å utvikle underernæring. Denne oppgaven vil ikke skille mellom aleneboende og pasienter som har pårørende. Det vil heller ikke være skille på hvilket kjønn som er med. Alderen er satt fra sekstifem år og oppover, dette blant annet basert på en forskning som Christensen, Grongstad, Pedersen og Emtner (2009), har gjort, hvor pasienter fra sekstifem år og eldre har større sjanse for å utvikle Kols. Hovedfokuset er på hvordan kommunikasjon og relasjoner mellom sykepleier og pasient kan forebygge underernæring. Det vil derfor ikke bli tatt med ulike medikamentelle behandlinger eller praktiske tiltak.

2.0 Begrepsmessig rammeverk

For å belyse problemstillingen i oppgaven vil jeg komme inn på sentrale elementer fra sykepleieteoretikere Nightingale og Travelbee. Jeg vil ta for meg sykdommen Kols, og hvordan Kols og ernæring henger sammen. Så vil jeg ta for meg hva kommunikasjon er og hvordan dette kan brukes for å skape relasjoner. Til slutt vil jeg nevne hva kunnskapsbasert praksis er.

2.1 Sykepleieteoretiker

I denne oppgaven har jeg valgt å ta med Florence Nightingale og hennes omtale av sykepleie. Nightingale (sitert i Karoliussen, 2011, s. 43), forklarer at kjernen i sykepleie er å se den syke og den sykes opplevelse fremfor å bare se sykdommen. Hun legger vekt på at sykepleierne skal kjenne pasienten så godt at all forandring blir lagt merke til. Nightingale ser også at det er en klar sammenheng på at symptomene pasienten opplever ikke alltid kommer fra sykdommen, men fra blant annet mangel på mat eller omsorg. Ut ifra dette skal sykepleieren bli kvitt disse symptomene som ikke skyldes sykdom, slik at kroppen kan få mulighet til å lege seg selv (Nightingale, 1997, s. 179-181).

2.1.1 Ernæring til syke pasienter

Nightingale har i sin bok skrevet at kosthold, sykdom og helbredelse har en klar sammenheng, og at det er sykepleierens oppgave å tilegne seg disse kunnskaper. Hun forklarer at dårlig ernæringsstatus ofte skyldes sykepleierens manglende oppmerksomhet. En god sykepleierske bruker fornuft og erfaringer for å finne ut hva som hindrer pasienten i å spise tilstrekkelig. For pasienter som ikke klarer å spise til et måltid, enten for at det er for lang tid mellom måltider eller han har manglende matlyst, så er det viktig å tilby mat litt senere (Nightingale, 1997, s. 102-103, 189).

2.1.2 Å tilegne seg informasjon

Nightingale er opptatt av å få pasienten sitt perspektiv, når hun skal innhente informasjon. Ledende spørsmål er ifølge Nightingale bortkastet, for man får ikke relevant informasjon av det. Å spørre en hvordan matlysten er, så kan man få samme svar fra en som ikke klarer å spise, og en som ikke har samme glede av fem måltider om dagen. Hun forklarer også at

stress, støy og manglende tid virker forstyrrende på pasienten, noe som er uheldig i en samtale (Nightingale, 1997, s. 87-89).

2.2 Kols

WHO (2016), definerer Kols som en kronisk obstruktiv lungesykdom, hvor begrepene emfysem og kronisk bronkitt er underlagt. Kols medfører kronisk obstruksjon av luftstrømmen fra lungene slik at det forstyrrer normal pusting. Forsnevringen forverrer seg ved blant annet økende betennelsesreaksjoner i lungene. Kols kan ikke kureres, men bedres med rett behandling (Hjalmarsen, 2012, s. 71). Almås, Bakkeland, Thorsen og Sorknæs (2011, s. 122), skriver at hovedårsaken til Kols er tobakksrøyking, men dette er ikke alltid den avgjørende årsaken.

2.2.1 Symptomer og diagnose

Kols blir delt inn i fire faser: mild, moderat, alvorlig og svært alvorlig Kols (Almås et al., 2011, s. 123). I tidlig fase ved Kols kan det kliniske bildet være vagt og vanskelig å påvise ved en vanlig klinisk undersøkelse hos legen. Diagnosen bygger gjerne på en mistanke ut i fra symptomene hos en gradvis økende tungpustet over de siste årene. Etter hvert som tiden går, vil de kliniske tegnene bli mer fremtredende. I mild til moderat Kols er symptomene begrenset til luftveiene med varierende grad av hoste, slim og anstrengelsesdypne. Ved alvorlig Kols er det dyspne ved lett aktivitet og i hvile, og kroppen reagerer med nedsatt allmenntilstand og vekttap (Hjalmarsen, 2012, s. 80-81). Vekttap medfører tap av muskelmasse og redusert muskelkraft, og dermed får de dårligere lungefunksjon og må jobbe hardere for å puste (Almås et al., 2011, s. 123).

2.3 Underernæring

Guttormsen et al. (2013, s. 14), definerer underernæring som en situasjon hvor kroppen mangler energi, proteiner, og/ eller andre næringsstoffer, som forårsaker en målbar ugunstig effekt på kroppssammensetningen og dens funksjoner. Det er forskjell på hvor mange som er anslått å være underernærte, men det er vist at pasienter med kroniske sykdommer slik som lungesykdom har særlig risiko for å bli underernærte eller er i risikozonen for underernæring.

En studie som omfatter trehundre og førti hjemmeboende pasienter, så var det førtisyv prosent som enten var i fare for å bli- eller allerede var underernærte (Guttormsen et al., 2013, s. 10).

2.3.1 Årsaker

Underernæring er utløst av flere årsaker. Sykdom er den viktigste årsaken, men det er også vist at manglende interesse og kunnskaper hos helsepersonell om ernæring er en medvirkende faktor (Guttormsen et al., 2013, s. 12). Det er et kjent fenomen at Kols pasienter blir underernærte, og rundt sytti prosent utvikler vekttap over tid. Pasientene får et magert utseende, med utvidete lunger og økt pustearbeid for å opprettholde oksygenivået i kroppen.

Årsakene til at pasienter med Kols blir underernærte er mange og sammensatte. Økt energiforbruk og stor grad av systemisk inflammasjon forårsaket av sykdommen øker faren for vekttap (Hjalmarsen, 2012, s. 81). Økt respirasjonsarbeid medfører økt energiforbruk som kan medføre vekttap. Ulike medikamentelle behandlinger kan medføre kvalme og nedsatt matlyst, noe som kan være en medvirkende faktor for underernæring. Andre faktorer er at pasienten i perioder er dårlig og ikke klarer å handle eller å lage sunn og variert mat. Nedsatt matlyst og damp fra komfyren kan være et problem for respirasjonen (Almås et al., 2011, s. 123-124). Symptomene til Kols, slik som hoste under måltid, tungpustet og følelsen av å bli tidlig mett er andre faktorer for at næringsbehovet ikke blir dekket (Odenrants, Ehnfors & Grobe, 2005).

2.4 Informasjon om ernæring

Å opprettholde en god ernæringsstatus hos Kols pasienter er viktig. De skal verken ha for mye eller for lite av næringsstoffer, siden for mye vil medføre økt produksjon av karbondioksid og dermed økt ventilasjonsarbeid, og for lite medfører underernæring (Almås et al., 2011, s. 153-154). Pasientopplæring og informasjon skal bidra til økt forståelse av sykdommen og dens utvikling, og bidra til egen mestring av sykdommen. Målet er at de skal endre livsstil i en gunstig retning, deriblant med å endre kostholdet sitt. I utarbeidelsen av nasjonal faglig retningslinjer for Kols, kom det frem en rekke kunnskapsmangler som er blitt synliggjort, deriblant stiller de spørsmål med hvordan helsetjenesten kan optimalisere tilbudet for en bedre

pasientopplæring til personer med kols for å sikre egenomsorg, og om det burde utvikles ernæringsveiledning i kommunehelsetjenesten (Gulsvik, 2012, s. 45, 136-137).

2.4.1 Ivaretagelse av ernæringsbehov

Pasienter med Kols skal så vidt det lar seg gjøre spise normalt, men trenger spesielt å få dekket sitt proteinbehov for å bygge opp eller vedlikeholde respirasjonsmuskulaturen. Vitaminer er spesielt viktig for pasientene, deriblant vitamin A og C som motvirker inflammasjonsreaksjoner i slimhinnene og forebygger infeksjoner. Det er også viktig å spise små og hyppige måltider for å øke opptaket av næringsstoffer og få et mer variert kosthold. Hvis det er problemer å få i seg nok næringsstoffer, så går det an å bruke ernæringsstilskudd (Almås et al., 2011, s. 153-154). Landsforeningen for hjerte- og lungesyke (LHL), har utgitt et blad, hvor de blant annet tar opp energifremmende mat til pasienter med Kols. De skriver at pasienter med Kols bruker ti ganger mer kalorier for å puste, og det er dermed viktig at de har en næringsrik kost. De har dermed skrevet noen tips for at de skal få i seg den næringen de trenger, slik at vekttap unngås. Råd de har kommet med er små men hyppige måltider, spise næringsrik mat, bruk ost og melk for å øke kaloriinntaket og ha snacks tilgjengelig som mellommåltid (Solberg, 2014).

2.5 Hjemmesykepleie

Hjemmesykepleie kan bli ansett som «utøvelse av sykepleie i hjemmet». Her definerer man hvor sykepleien blir utøvd, fremfor å definere ut i fra hvilke pasientgrupper en møter. Sykepleiere som jobber i hjemmesykepleien får et annet møte med pasienter og pårørende enn sykepleiere som jobber på sykehus. Pleieren kommer inn i pasienten sitt hjem og følger de opp i sykdomsprosessen deres. Fra pasienten sin side er ikke hjemmesykepleie bare en praktisk bistand, det er også opplevelsen av hvordan det praktiske skjer. Det vil si at hjemmesykepleien må møte pasientens ønsker i hvordan sykepleien skal utøves (Birkeland & Flovik, 2012, s. 38 – 39).

2.6 Pasientmedvirkning

For å presisere hva begrepet pasient betyr, så har pasient og brukerrettighetsloven (1999) definert pasient som:

«En person som henvender seg til helse- og omsorgstjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helse- og omsorgstjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle».

Det er lovfestet at pasienten kan medvirke ved gjennomføring av helse og omsorgstjenester. For at pasienten skal kunne medvirke skal informasjon gis etter pasientens evne til å gi og motta informasjon. Informasjonen skal gi pasienten innsikt i sin helsetilstand, innhold i helsehjelp, innsikt i tjenestetilbudet og de rettigheter han har (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). For å sikre en helhetlig tilnærming og pasientmedvirkning skal sykepleier inkludere pasienten i sin egen behandling. Sykepleier skal bruke sine kunnskaper om hva som er god behandling i forbindelse med gitt situasjon samtidig som pasienten skal bli sett og hørt (Rene & Larsen, 2012, s. 218 – 219).

2.7 Helse

Begrepet helse har mange definisjoner. Tidligere ble helse ansett som noe positivt, mens sykdom var forbundet med noe negativt. Når man tenker på helse så er disse to begrepene sammensatt og uforenelige. Det er mennesker som er syke, men som mener de har god helse vs. mennesker som er helt friske men som mener de har dårlig helse. Faktorer som påvirker ens tanke om god eller dårlig helse er dominert av; sykdommens alvorlighetsgrad, trivsel, sosialt nettverk og personlige holdninger til livet (Renolen, 2010, s. 129 – 130).

2.8 Helsefremmede og forebyggende arbeid

Sykdomsforebyggende arbeid skiller seg fra helsefremmende arbeid, ved at det er mer opptatt av spesifikke sykdommer. Sykdomsforebyggende arbeid omhandler å redusere omfanget av kroniske lidelser og infeksjonssykdommer ved å forebygge at de i det hele tatt oppstår. Dette gjøres ved at man på et tidlig stadium reduserer risikofaktorer slik at sykdommen ikke forverrer seg. Et eksempel på dette er livsstilsendring. Ved å undervise om sammenhengen mellom dårlig ernæring og sykdommer, så er livsstilsendring en sykdomsforebygging. Helsefremmende arbeid handler derimot om hvordan en tilrettelegger for at den enkelte pasient skal oppleve størst mulig kontroll over eget liv, sin helse og har derfor fokus på pasienten autonomi (Mittelmark, Kickbusch, Rootman, Scriven & Tones, 2012, s. 24, 27-28).

2.9 Kommunikasjon og relasjon

Kommunikasjon er kontinuerlig, og man kommuniserer både gjennom ord og nonverbale signaler. Begrepet kommunikasjon kommer fra det latinske *communicare* som betyr å gjøre noe felles, delaktiggjøre en annen, ha forbindelse med. Kommunikasjon kan forstås som utveksling av budskap, med fokus på hva som blir formidlet og hvordan det formidles, og det foregår hele tiden en tolkningsprosess hvor tegn og signaler blir tolket (Eide & Eide, 2007, s. 17-18). Under kommunikasjon kommer informasjon, hvor kunnskapscenteret har forklart at informasjon er når en person skal sende ut et budskap, hvor budskapet har egenskaper til å påvirke mottakeren (Sander, 2014). Det er ikke alltid samsvar mellom det som blir fortalt, og det som blir oppfattet, så det å være klar i sin tale er viktig for å forhindre misforståelser. Når en kommuniserer med pasienter, så er det viktig å se pasienten. Pasienter kommer ofte med hint når de snakker, og det er viktig at disse hintene blir tatt opp for å sikre god forståelse og et godt behandlingsforløp (Finset, 2013, s. 15- 20). Sykepleieren må respondere på hintene for å få en forståelse for hvordan sykdommen og helseplager påvirker pasientens livskvalitet (Eide & Eide, 2013, s. 72-73).

God kommunikasjon og gode kommunikasjonsferdigheter fremmer god kontakt, tillit og kan stimulere pasienten til å bruke egne ressurser (Eide & Eide, 2007, s. 18). Et eksempel på gode kommunikasjonsferdigheter er aktiv lytting. Aktiv lytting omfatter ulike måter å holde seg aktiv på. Å gi små indirekte signaler som nikk, et smil, øyekontakt og «mm» eller å speile det som er fortalt er god kommunikasjon. En stor del av vår kommunikasjon er nonverbal, og gjennom dette viser man hvordan en oppfatter situasjonen. Mennesker kommuniserer nonverbalt gjennom ansiktsuttrykk, blikk, kroppsholdning, stemmen, berøring, stillheten og tempoet på samtalen. I samtaler med andre tolkes de nonverbale signalene hele veien, så å vise bekræftelse gjennom den nonverbale kommunikasjonen vil bygge opp tillit, trygghet og motivasjon (Eide & Eide, 2007, s. 158-159).

Kommunikasjon er med på å skape en relasjon mellom pasient og sykepleier. Flere sykepleieteoretikere har skrevet ned hvordan relasjon mellom sykepleier og pasient blir til, og jeg ønsker her å skrive om hva Joyce Travelbee skriver. Travelbee skriver at en mellom menneskelig relasjon skapes ved at sykepleieren har gode kommunikasjonsevner og bruker seg selv terapeutisk i møte med pasienten. Hun er sterkt uenig i begrepene «sykepleier» og

«pasient», og mener dette skaper en hindring i relasjonsbyggingen. Det er nemlig ikke mulig å kunne sammenligne seg med en stereotypisk rolle, og derfor må både pasienten og sykepleieren se det unike hos hverandre, for at en relasjon skal kunne oppnås.

Relasjonsbyggingen blir delt inn i fire faser: det første møtet, fremvekst av identitet, empati og sympati. Disse fire fasene vil til sammen danne gjensidig forståelse, som er grunnlaget i et mellom menneskelig relasjon. Det innledende møtet handler om førsteinntrykk, hvor både pasienten og sykepleieren observerer og vurderer hverandre. Videre kommer deres identiteter frem, hvor de etablerer et bånd til hverandre. De ser hverandre som individer, og mindre som roller. Når sykepleieren og pasienten har begynt å se på hverandre som unike mennesker, dannes grunnlaget for empati, hvor de får en dypere forståelse for hverandre. Empati er en viktig forutsetning for å kunne forstå pasienten og forutsi deres reaksjoner. Ut i fra den empatiske prosessen, vokser sympati frem. Sympati er et genuint ønske om å lindre stresset til den andre personen. Det er en holdning av dyp personlig interesse som kommuniseres til pasienten. Sykepleieren ønsker å hjelpe pasienten av egen interesse, og ikke fordi det er påkrevd. Disse fire fasene danner til sammen et forhold, hvor begge parter forstår hverandres følelser og perspektiver, altså at de har en gjensidig forståelse til hverandre (Travelbee, 1971, s. 32-33, 94, 119, 130-150).

2.9.1 Kunnskapsbasert praksis

Kunnskapsbasert praksis handler om at man bruker kunnskap fra forskning, erfaring og brukere i den situasjonen man er i. Det handler om å være oppdatert, og søker etter forskning når det foreligger. Forskningsbasert kunnskap kan forklare fenomener og årsaksforhold, beskrive forekomsten av en tilstand, gi økt forståelse for enkeltpasienters opplevelser og anslå effekter av tiltak. Hjørnesteinen i sykepleien er erfarings basert kunnskap. Dette er kunnskap som erverves gjennom erfaringer og praksis. Til slutt har man brukerkunnskap, som vil si at pasienten er inkludert og er med å ta avgjørelser. Disse tre elementene påvirker hverandre, og bruke de hver for seg vil ikke utgjøre en god kunnskapsbasert praksis. Ved at sykepleieren bruker sine erfaringer og forskningsbasert kunnskap i møte med pasienten, legger hun til rette for at pasienten kan ta et velinformert valg. Sykepleieren må inneha gode kommunikasjonsevner, respekt og empati for at hun skal klare å formidle det på en god måte (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordeim & Reinart, 2012, s. 16-20).

3.0 Metode

I dette kapittelet kommer jeg inn på hva metode er og ulike typer av metoder. Jeg vil vise hva forskningsetikk og kildekritikk er, og vise til hvordan jeg har søkt for å komme frem til artiklene jeg bruker.

3.1 Hva er metode?

Vilhelm Aubert (i Dalland, 2012, s. 111), har beskrevet metode som:

«En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og kommer frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder».

Metode er noe man bruker når man skal innhente informasjon til det man ønsker å undersøke. Eksempler på metoder kan være intervju, observasjoner eller litteratursøk. Der det ikke fremkommer en spesifikk metode, må man forklare seg underveis for hva man gjør for å innhente informasjonen man trenger (Dalland, 2012, s. 112, 114). Thidemann (2015, s. 76), forklarer metode som en fremgangsmåte for å innhente kunnskaper og informasjoner slik at man kan belyse en problemstilling. Metodebeskrivelsen skal være så presis, at andre skal kunne gjøre det samme og komme frem til samme konklusjon som forfatteren har (Thidemann, 2015, s. 76).

3.2 Kvantitativ og kvalitativ metode

Kvantitativ metode er sett som en naturvitenskapelig metode. Dette tar for seg data i form av målbare enheter. Kvantitative data er målbare enheter slik som tall, det vil si objektiv data fra faktakunnskap. Tallene gir mulighet til nøyaktige regneoperasjoner som kan brukes til statistiske beregninger i form av tabeller. Kjennetegn ved metoden er breddekunnskap, som betyr at man får et lite antall opplysninger fra mange undersøkelsesenheter. Kvalitativ metode er en humanvitenskapelig forstående metodetilnærming. Hensikten er å få kunnskap om menneskelige egenskaper, slik som meninger, opplevelser, erfaringer, tanker, forventninger og holdninger. En kvalitativ tilnærming handler om å finne meningssammenhenger, og man innhenter data gjennom intervjuer, observasjoner og feltarbeid. Her får man en dybdekunnskap, som betyr at man får mange opplysninger fra få undersøkelsesenheter

(Thidemann, 2015, s. 77-78). Kvalitativ data tar til seg å fange opp meninger og opplevelser som ikke lar seg tallfeste eller måle (Dalland, 2012, s. 112).

3.2 Litteraturstudie som metode

Thidemann (2015, s. 79), forklarer litteraturstudie som en systematiserer kunnskap fra ulike skriftlige kilder. Det betyr at en går kritisk gjennom innsamlet litteratur og sammenfatte dette. Forsberg og Wengström (2014, s. 27), skriver at litteraturstudie er når en har et klart formulert spørsmål som systematisk blir besvart gjennom relevant forskning som blir funnet.

Oppbygningen av en systematisk litteraturstudie, skal inneholde: tittel, sammenfatning, innledning eller bakgrunn, mening og problemstilling, metode, resultat, diskusjon og referanser (Forsberg & Wengström, 2014, s. 65).

3.3 Sterke og svake sider ved litteraturstudie som metode

En litteraturstudie burde inkludere all forskning som er relevant for et område, men dette er ikke alltid praktisk mulig. De studier som kommer opp avhenger av hva forfatteren finner og hva studien skal inneholde. Det er forskjell på hva forfatterne ønsker å inkludere, noen ønsker kun eksperimentelle studier, mens andre mener at en litteraturstudie skal inkludere både det eksperimentelle og de kvalitative studiene for å få et helhetlig bilde. Ved søk av ulike termer så ser man også at de ulike begrepene forsvinner og blir erstattet med nye. Forståelsen av de ulike begrepene har også betydning for holdninger og praksis hos omsorgspersoner (Forsberg & Wengström, 2014, s. 30 – 33). Med dette tolker jeg at de svake sidene med litteraturstudie er at forfatteren bestemmer hvilke artikler som er relevant for sitt søk og kan utelate andre artikler. Samt ulike forståelser av begreper kan medføre at litteraturstudiene blir ulike.

3.4 Forskningsetikk

En litteraturstudie handler om at man lager seg en problemstilling, hvor man skal finne svaret gjennom tidligere litteraturer fremfor å gjøre undersøkelser som involverer personer. Det skal ikke forekomme plagiat eller uredeligheter innen litteraturforskning (Forsberg & Wengström, 2014, s. 69-70). Denne oppgaven er skrevet i tråd med Høgskolen Stord/Haugesund sine retningslinjer for oppgaveskriving. Sitater skal være korrekt gjengitt og det er tatt avstand fra

plagiat. Olsson og Sørensen (2009, s. 61), definerer plagiat som tekstrov. Det kan forstås som at man tar et annet sitt arbeid og fører det som sitt eget.

3.5 Kildekritikk

De forskningsresultater som en finner kan ikke brukes ukritisk, og det er derfor viktig å vurdere gyldigheten av informasjonen som kommer frem i studien. Kritisk vurdering er med på å kvalitetssikre artiklene, men det er også et redskap for å lære mer om forskningsmetoder. Når man skal vurderer artikler skal man se på om problemstillingen er klart formulert og om designet er velegnet for problemstillingen. Hvis man tenker «nei» på en av disse to så skal man revurdere artikkelen. Det er også viktig å sjekke om resultatene er pålitelige, hva resultatene er og om det er noe som kan overføres til praksis (Kunnskapsbasertpraksis, 2012). En svakhet i studiene jeg har funnet er at de ikke forklarer hvilken grad Kols pasienten har. Det er vel dokumentert i litteratur at underernæring kan starte når pasienten har grad to av Kols, og jeg har derfor ment å vinkle oppgaven inn på dette. Jeg har strebet etter å bruke primærkilder i denne bacheloroppgaven, men siden flere bøker er utlånt så har jeg måtte bruke noen sekundærkilder. Bøkene om Virginia Henderson er utlånt, og jeg har derfor brukt boken «Grunnleggende sykepleie», for å få henne med i oppgaven.

3.6 Litteratursøk

Når man skriver metodedelen i en oppgave, skal den inneholde søkehistorikk, databaser som er søkt i, søkeord som er blitt brukt og hvilke krav en setter opp til for innhenting av artikler. Av krav menes det inklusjons og eksklusjonskriterier, som er med på å avgrense og spisse søket (Støren, 2013, s. 37). Når en driver med søk etter fakta, så er det forfatteren som avgjør kriteriene for søket. Forfatteren bestemmer hvor gammelt arbeidet skal være, hvilket språk det skal være på, og hvilke studietype en ønsker å ha med (Forsberg & Wengström, 2013, s. 79). Nedenfor gir jeg en beskrivelse og oversikt over hvilke søkeord som er brukt og kombinert, og hvilke kriterier jeg har satt for søkingen. For en mer detaljert oversikt over hvilke søkeord som førte frem til artiklene, se vedlegg I og II.

Søkt i database: Cinahl

Inklusjonskriterier: For å avgrense søk ble følgende inklusjonskriterier benytt:

- Språk: engelsk

- Tidsrom: 2000 – 2015
- Research article
- Aldersgruppe: 65 år +

I mindre oppgaver er det normal at artiklene ikke er eldre enn fem år, men man kan utvide søket til ti år, hvis det er en større oppgave, eller når man ikke finner relevant forskning (Støren, 2013, s. 60). I oppgaven har jeg med to artikler som er eldre enn ti år, da de er relevant for besvarelsen av problemstillingen. Den ene er fra 2005 og er en kvalitativ artikkel som tar for seg pasienters opplevelser med Kols i måltids situasjoner. Søkeordene jeg begynte med var: COPD, Chronic obstructive pulmonary disease, nutrition, underweight og home nursing. Ut i fra søkeordene og kombinerer av søkeordene fant jeg ingen artikler som var relevant for oppgaven. Artikler som ble ekskludert var enten ikke forskning eller så var de fra land som er ulikt Norge. Jeg brukte derfor nye søkeord, for å se om jeg fikk utvidet treff. Jeg tok da med søkeord som: Malnutrition, district nurse, patient experience, quality of life, information, home care, understanding, nutritional status, dietary og quality of life. Med økt søkeord fant jeg tre artikler som var relevante. Resterende ble ekskludert med tanke på at de ikke var forskning, eller de kom fra land som ikke lignet Norge eller Norden.

Jeg ønsket også å finne kvalitative artikler med sykepleiernes opplevelse av å drive med sykdomsforebyggende arbeid og deres opplevelse av informasjonsutveksling mellom sykepleier og pasient. Inklusjonskriteriene er de samme som ovenfor, sett bort fra at aldersgruppen er tatt vekk. Jeg brukte søkeord som: experience, copd or chronical obstructive pulmonary disease, primary health care, malnutrition og information. Ved å kombinere disse søkeordene, fant jeg to kvalitative artikler. Jeg fant også en kvantitativ artikkel, og selv om det er pasientgruppe fra førtifem til sekstifire, så har jeg valgt å ta den med, for den er med på å belyse problemstillingen. Jeg fant også en oversiktsartikkel som fremhever tiltak og er med på å besvare problemstillingen. Jeg fant det vanskelig å finne kvalitative artikler som tar for seg hvilke tiltak hjemmesykepleien igangsatte for å forebygge underernæring hos Kols pasienter. Jeg fant heller ingen artikler som viste hvilken effekt eventuelle tiltak hadde ført til.

4.0 Resultater av litteratursøk

«*Dietry change, nutrition education and chronic obstructive pulmonary disease*» (Brug, Schols & Mesters, 2004).

Dette er en oversiktsartikkel som har som hensikt å opplyse om potensielle strategier for kosthold og ernæring i forebygging og behandling av Kols. Denne oversiktsartikkelen tar for seg grunnene til at Kols pasienter blir underernærte, og hvilke komplikasjoner dette kan medføre. Det blir lagt vekt på tidlige tiltak hos pasienter med Kols, som en forebyggende strategi for underernæring. For å forebygge underernæring må sykepleierne ha fokus på kostholdsendringer, gi kontinuerlig informasjon, tidlig identifisere om pasienten er i fare for å bli underernært og bruk av kosttilskudd. Ved å styrke pasientens egenomsorg, og gi tilbakemeldinger er andre strategier som kan være med å forebygge underernæring.

«*Nutritional status, gender and marital status in patients with chronick obstructive pulmonary disease*» (Odenocrants, Bjuström, Wiklund & Blomberg, 2013).

Dette er en kvantitativ artikkel som undersøker og sammenligner ernæringsstatus, lungefunksjon, kjønn og siviltilstand hos pasienter med Kols. Det kommer frem at de som bor alene har større sjanse for å bli underernærte, og kvinner spesielt er i faresonen. De fleste som var i faresonen for underernæring og de som hadde en normal ernæringsstatus fortalte at de ikke hadde fått informasjon om viktigheten av ernæring i forbindelse med Kols. Konklusjonen er at helsepersonell må vite viktigheten av informasjonen til pasienter for at de skal klare å mestre sykdommen. Sykepleiere må på tidlig stadium informere spesielt enslige om viktigheten av rett kosthold og opprettholdelsen av god ernæringsstatus. Det er viktig at informasjonen blir gitt tidlig og kontinuerlig i sykdomsforløpet.

«*Partnership-based nursing practice for people with chronic obstructive pulmonary disease and their families: influences on health related quality of life and hospital admissions*» (Ingadottir & Jonsdottir, 2010)

Dette er en kvalitativ artikkel som undersøker hvordan en helhetlig sykepleiepraksis i form av relasjoner kan løse tilleggs problemer med Kols sykdommen. Pasientene som er med i studien har vært innlagt flere ganger i løpet av de siste måneder, har opplevd store endringer i helsen og bor i en selvstendig bolig. Sykepleierne ønsket svar på om helhetlig sykepleiepraksis ville

utgjøre en forskjell på pasientens angst, depresjon og vekt. En evaluering seks måneder senere viser at pasientene blant annet at pasienter enten de var underernærte eller normalvektige hadde en vektøkning.

«Living with chronic obstructive pulmonary disease (COPD): part II. RNs' experience of nursing care for patients with COPD and impaired nutritional status.» (Odenrants, Ehnfors & Grobe, 2007).

Dette er en kvalitativ artikkel som har brukt intervju med semi-strukturerte spørsmål. Hensikten er å få en forståelse av hvordan sykepleiere i primærhelsetjenesten beskriver ernæringsmessige vurderingspraksis og intervensjoner. Nitten sykepleiere som spesifikt jobbet med kols pasienter ble intervjuet. Det kommer frem at sykepleierne ønsker bedre tilgang til ressurser for å få økt kunnskap om ernæring, ernæringsvurderinger og hvordan de skal gi råd til pasienter med Kols. I pasientrelaterte situasjoner bruker sykepleierne intuisjoner og kliniske observasjoner for å vurdere om en pasient er i fare for å bli underernært. De forteller også at media har stor innvirkning på pasienter, da pasienter opplever vekttap som noe positivt. Mange sykepleiere ønsker å etablere en relasjon før de tar fatt på informasjon, men de ønsker bredere kunnskaper om når og hvordan de skal gi informasjonen. De forteller også om råd og tiltak de informerer pasienten om som kan gjøre måltidsituasjonene lettere.

«Living with chronic obstructive pulmonary disease: part I: struggling with meal-related situations: experiences among persons with COPD.» (Odenrants, Ehnfors & Grobe, 2005).

Dette er en kvalitativ studie som har som hensikt å beskrive opplevelser av måltidsrelaterte situasjoner sett fra pasientens perspektiv. Åtte kvinner og fem menn fra ulike primærhelseklinikker deltok i studien, hvor deres BMI varierte fra femten til førti. Det er brukt intervjuer og selvrapporterte dagbøker for å innhente informasjon. Pasientene beskriver ulike sider på hva som påvirker appetitten. Fysiske og psykiske situasjoner er med på å påvirke inntaket av mat. Det kommer også frem at pasientene har manglende kunnskaper om helse, da det kom frem at enkelte syntes at det å være tynn var noe positivt. Konklusjon er at pasienter har flere utfordringer i forbindelse med måltider. Undervisning og informasjon er viktig for å øke pasienten kunnskaper om ernæring, Kols og helse.

«The asthma/COPD nurses' experience of educating patients with chronic obstructive pulmonary disease in primary health care.» (Zakrisson & Hägglund, 2010)

En kvalitativ studie med hensikt å belyse Kols og astma sykepleiere som jobber innenfor primærhelsetjenesten sin opplevelse med opplæring hos Kols pasienter. Antall Kolspasienter er økende, og det er derfor viktig at pasienter får informasjon og opplæring i egenomsorg, siden dette er viktig for at pasienten skal føle velvære fysisk og psykisk. Tolv Kolsykepleiere ble intervjuet med semi strukturerte spørsmål, hvor de fikk fortelle sine egne opplevelser ved å drive med opplæring av pasienter med Kols. Åtte hadde videreutdanning innenfor Kols, men to sykepleiere manglet kunnskaper innenfor hjemmesykepleien. Sykepleierne har todelte opplevelser. Det ene tar for seg at støtte er viktig for at de skal ha god selvfølelse og selvsikkerhet. Det andre tar for at mangel på støtte medfører usikkerhet, og gjør pasientopplæringen vanskeligere. Mangel på klare retningslinjer ved opplæring og mangel på oppdaterte kunnskaper er med på å gjøre pasientopplæringen vanskeligere. Studien konkluderer med at støtte, klare retningslinjer og oppdaterte kunnskaper er viktig for at sykepleierne skal drive med sikker pasientopplæring.

4.1 Oppsummering av hovedfunn

Det kommer frem i de fleste artikler at underernæring hos pasienter med Kols er et stort problem. Det er mange og sammensatte årsaker til denne utviklingen, men hovedfunnet er at symptomene Kols medfører er det største problemet. For å forebygge underernæring krever det tett samarbeid med pasienten, kontinuerlig informasjon, skapelse av relasjoner og at sykepleierne er oppdaterte på fagkunnskaper.

5.0 Drøfting

Sykdom er den viktigste årsaken til vekttap og underernæring. Spesielt utsatte er eldre pasienter, pasienter som bor alene og pasienter med kroniske sykdommer. Det er derfor viktig at pasienter som mottar hjemmesykepleie skal vurderes for ernæringsrisiko, og ha videre oppfølging (Sortland, 2011, s. 186, 215). Det er vist at pasienter med Kols har manglende kunnskap om viktigheten av ernæring i forbindelse med sykdommen, og det er derfor viktig at sykepleieren tidlig, men også videre i pasientforløpet informerer pasienten om hvor viktig ernæring er i forbindelse med sykdommen (Odenrants et al., 2013).

5.1 Å etablere en relasjon til pasienten

I studien til Odenrants et al. (2007), kommer det frem at sykepleiere har fokus på å etablere en relasjon til pasienten før de kan begynne samarbeidet. Dette vil være med på å skape tillit, slik at pasienten er mer mottakelig for informasjon senere. Å etablere en relasjon er ikke noe som skjer av seg selv. Relasjoner skapes gjennom hver sykepleier-pasient møte, hvor begge parter blir mer kjent med hverandre (Travelbee, 1971, s. 119). Ut i fra egne erfaringer så er det lettere å hjelpe pasienten når man har skapt en relasjon hvor man er trygge på hverandre. Jeg tenker at det også vil gjøre det lettere for sykepleieren å vite når og hvordan informasjonen skal gis, noe som Odenrants et al. (2007) er opptatt av. Så ut i fra mine erfaringer vil en god relasjon være en faktor for å forebygge underernæring. Slik jeg ser det, så er det flere elementer inne for at en skal kunne etablere en god relasjon: sykepleieren må ha et godt arbeidsmiljø for å vedlikeholde selvsikkerheten (Zakrisson & Hägglund, 2009), de må være positive og se forbi sykepleier/pasient- rollene (Halding et al., 2010), de må ha gode kommunikasjonsevner og inneha empati og sympati for pasienten (Eide & Eide, 2013, s. 137, Travelbee, 1971, s. 119), og de må jobbe for pasienten sitt beste (Nightingale, 1997, s. 181).

Når sykepleieren kommer inn i hjemmet til en pasient for første gang, så danner både sykepleieren og pasienten seg et første inntrykk av hverandre. De observasjoner en gjør og de følelsene en får er viktige for dannelsen av grunnlaget for hvordan de blir å behandle hverandre (Travelbee, 1971, s. 130). Pasientene kan føle seg sårbare, sinte og ha skyldfølelse for den situasjonen de er i (Zakrisson & Hägglund, 2009), så å få besøk av fremmede i sitt hjem, kan oppleves som en trussel mot deres trygghet (Birkeland & Flovik, 2012, s. 43-44). Kommunikasjon er et viktig middel i etablering av relasjoner (Eide & Eide, 2013, s. 137). Så

for at pasienten skal føle seg trygg og få et godt førsteinntrykk, er det viktig at de non verbale signalene sykepleieren sender utstråler forståelse og bekreftelse (Eide & Eide, 2007, s. 158-159). Dette kan vises gjennom at sykepleieren har et positivt stemningsleie (Halding et al., 2010), de lytter til det som blir sagt, og ikke minst så stigmatiserer de ikke pasienten (Zakrisson & Hägglund, 2009).

Travelbee er sterkt uenig i begrepene «sykepleier» og «pasient», og mener dette skaper hindringer for å klare å etablere en relasjon. Sykepleieren må derfor legge fra seg de stereotypiske forventningene, og se pasienten, slik han er. Når sykepleieren og pasienten slutter å se på hverandre som roller, men som enkeltindivider, starter byggingen av relasjonen. Travelbee skriver her at sykepleieren og pasienten begynner å forstå hverandre, på den måten at sykepleieren ser hvilke problemer pasienten har, og pasienten forstår sykepleierens intensjoner (Travelbee, 1971, s. 119, 131-132). Dette bekreftes også i studien til Zakrisson og Hägglund (2009), som forklarer at sykepleiere hadde lettere for å forstå pasienten når de så individet og ikke årsaken til sykdommen. Videre i relasjonsbyggingen kommer den empatiske og sympatiske prosessen. Empati handler om at en klarer å forstå hvordan den andre har det, men sympati handler om at sykepleieren har et intenst ønske om å lindre andres problemer (Travelbee, 1971, s. 135-136, 141-142). Dette kan vises gjennom at sykepleiere lytter og viser bekreftelse til det pasienten forteller, samtidig som de prøver å lindre pasientens skyldfølelse gjennom trøst og oppmuntrende ord (Odenrants et al., 2007, Zakrisson & Hägglund, 2009). Ved å aktivt ville lindre pasients problemer viser man at en ønsker å hjelpe ut i fra egne interesser og ikke fordi dette er påkrevd (Travelbee, 1971, s. 141-142). Dette er også kjernen i hva sykepleie består av; å etterstrebe pasientens beste ut i fra egne interesser (Nightingale, 1997, s. 179-181). Når en har gått gjennom disse fire fasene, hvor en bekrefter hverandre som individer og viser at de bryr seg, dannes den mellom menneskelige relasjonen basert på gjensidig forståelse (Travelbee, 1971, s. 150).

5.2 Betydning av å innhente informasjon

Det kommer frem i studien til Odenrants et al. (2013), at personer med Kols, har en stor risikofaktor for å utvikle underernæring. Hele sytti prosent vil med tiden utvikle underernæring (Hjalmarsen, 2012, s. 81) og det viser seg at pasienter som har egen bolig og er alene boende er i den største faresonen (Odenrants, Ehnfors & Ehrenberg, 2008). Årsakene

til denne negative utviklingen er mange og sammensatte. Det sees en sammenheng mellom det sosiale, pasientens kunnskapsnivå (Odenchrants et al., 2008), de fysiske symptomene Kols medfører (Odenchrants et al., 2005), det økte energiforbruket (Hjalmarsen, 2012, s. 81), og den medikamentelle behandlingen (Almås et al., 2011, s. 123-124 for utviklingen av underernæringen. Som sykepleier, har en plikt til å fremme helse og forebygge sykdom (Norsk sykepleieforbund, 2011), som i dette tilfellet er å forebygge komplikasjoner ved Kols sykdom. For å kunne drive med forebyggende arbeid, må sykepleieren på et tidlig stadium vurdere og redusere de risikofaktorer som forverrer helsesvikten (Mittelmark et al., 2012, s. 24). I dette tilfellet skal sykepleieren finne ut årsaken til at pasienter blir underernærte, og sette inn tiltak etter det.

5.2.1 Observasjoner og intuisjoner

I studien til Odenchrants et al. (2007), kommer det frem at sykepleieren ofte klarer å innhente mye av informasjonen de trenger gjennom de observasjoner en gjør. De observerer synlige tegn: tørr hud, store klær, annerledes respirasjon og kroppsfasong (Odenchrants et al., 2007). For at slike tegn skal forstås, er det viktig at sykepleieren har tilstrekkelig kunnskap og interesse for dette. Manglende kunnskaper og interesse vil medføre at sykepleieren ikke klarer å fange opp pasienter som er i faresonen for underernæring (Mowe et al., 2008). Det kommer også frem i studien gjort av Odenchrant et al. (2007), at sykepleieren bruker intuisjon i møte med pasienten. Intuisjon kan forklares med kunnskapene sykepleieren har ervervet gjennom forskning, erfaringer og tidligere møter med pasienter (Nortvedt et al., 2012, s. 16-20). Intuisjon kan sees på som et viktig redskap i møte med pasienter. Mange pasienter føler skam over helsen, og kan skjule vekt nedgang med å oppgi en annen vekt og gå med for store klær. Når pasienten ikke forteller hva som er galt, forklarer sykepleierne at de allikevel ser problemet (Odenchrants et al., 2007).

5.2.2 Samtalen

God kommunikasjon er et viktig redskap for å innhente opplysninger. Når en skal sette seg ned for å snakke med pasienten er det viktig at en prøver å skape en god atmosfære. Dette kan gjøres med at sykepleieren er høflig, ærlig, holder blikkontakt (Johnsen & Backer, 2013, s. 121-122), har avsatt god tid og unngår unødvendig støy (Nightingale, 1997, s. 87-89). Den største delen av kommunikasjon foregår non verbalt, så hvordan en føler seg i en situasjon vil

vises gjennom ansiktsuttrykk, stemmeleie og kroppsholdning (Eide & Eide, 2007, s. 158-159). Min erfaring er at pasienter er veldig observante på hvilke signaler sykepleieren sender, og de merker fort hvis sykepleieren har dårlig tid. Dette er en hindring når en skal skape god atmosfære. Når en skal snakke med pasienten er det viktig at sykepleieren retter all sitt fokus mot pasienten (Nightingale, 1997, s. 87), og holder blikkontakten. Dette vil medføre at pasienten føler seg sett og hørt (Johnsen & Backer, 2013, s. 158-159), og dermed økes tilliten. For at sykepleieren skal få en god forståelse av pasienten sin situasjon er det viktig at de hører hva pasientens sitt perspektiv er (Nightingale, 1997, s. 151-152, Odenchrants et al., 2005), og at de får med seg de underliggende hintene pasientene kommer med. Mange pasienter kommer med hint både verbalt og non verbalt, og for at sykepleieren skal sikre seg helheten i et bilde (Finset, 2013, s. 18-20) og samtidig bekrefte at de forstår pasienten, er det viktig at sykepleieren tar tak i dem. Sykepleierne kan respondere på det som blir fortalt ved å nikke, smile eller å speile det som er fortalt. Speiling kan spesielt brukes når sykepleieren skal forstå hintene pasienten kommer med (Eide & Eide, 2013, s. 72-73). I samtale med pasienten kan sykepleieren gjøre en ernæringscreening. Pasienter som er i fare for å utvikle underernæring, skal screenes for at sykepleieren kan få et bilde av pasient sin situasjon. Å få informasjon om hvor mye pasienten spiser, antall måltider i løpet av et døgn, matlyst, hvor mye væske de får i seg og om de har tapt vekt de siste måneder (Sortland, 2011, s. 186), vil gi sykepleieren en innsikt i hvor problemet ligger.

5.3 Øke pasientens kunnskaper

I en studie gjort av Sherman, Forsberg Karp og Törnkvist (2012), forklarer pasientene at de har manglende innsikt i sin egen helse og sykdom. Dette blir understøttet av Odenchrants et al. (2013), hvor pasientene forklarer at de ikke har mottatt informasjon om viktigheten av rett ernæring i forbindelse med sin sykdom. Det kan undres over årsakene til at pasientene har det slik. I en studie gjort av Mowe et al. (2008), tar de for seg sykepleiernes egne meninger om sine holdninger og kunnskaper rundt ernæring. Her kommer det frem at I Norge var det en stor andel sykepleiere som ikke hadde nok kunnskaper om ernæring til å kunne praktisere det. I tillegg til dette, kommer det også frem at manglende interesse og ansvar var noen grunner til at de ikke praktiserte ernæring. Manglende kunnskaper rundt ernæring medførte i studien at sykepleierne ikke klarte å identifisere om pasienter var underernærte, eller i faresonen for å bli det (Mowe et al., 2008). En annen årsak til at pasientene opplever at de ikke har mottatt informasjon, kan være på måten informasjonen er gitt. Både sykepleiere og leger kan ha gitt

pasienten informasjon og råd om hvor viktig ernæring er i forbindelse med Kols sykdommen, men som en vet så er det ikke alltid samsvar mellom det som blir fortalt, og det som blir oppfattet. Hvis budskapet har vært uklart eller har rom for tolkning, kan pasienten ha oppfattet noe helt annet, enn det som er blitt fortalt (Finset, 2013, s. 17-19). Når sykepleier skal gi informasjon, er det viktig at den er tilpasset etter pasientens forståelse (Odenrants et al., 2007). Dette skal bidra til at pasienten får innsikt i sin egen situasjon, og handle deretter (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

Med tanke på at mange pasienter ikke hadde mottatt informasjon om viktigheten av rett kosthold i forbindelse med Kols sykdommen, og at et stort antall er i fare for å bli, eller er underernærte (Odenrants et al., 2013), så er det logisk å tenke at de ikke vet hvilken mat som er mest hensiktsmessig å spise. Odenrants et al. (2007) forklarer at sykepleiere opplevde å få dumt blikk når de kom med råd om energi rik kost, for å oppnå vektøkning. Sosiale normer og media har stor innflytelse på pasientens holdninger, så vekttap ble ofte ansett som noe positivt fra pasienten sin side, til tross for at de var tynne (Odenrants et al., 2005). Det kommer også frem i oversiktsartikkelen til Brug et al. (2004) at det er sosialt akseptert å være tynn, og derfor kan mange pasienter oppleve positive tilbakemeldinger fra samfunnet. Her er det viktig at sykepleieren viser respekt når hun skal gi informasjon, og tilpasse den etter pasientens evne til å forstå den (Odenrants et al., 2007). Sykepleieren skal legge frem sine kunnskaper som hun har gjennom forskning, tidligere erfaringer med pasienter, og erfaringer fra jobben sin for at pasienten skal få muligheten til å ta gode beslutninger (Nortvedt et al., 2012, s. 16-20). Det er bevist at underernæring hos pasienter med Kols har økt risiko for død, fremfor de med en normal ernæringsstatus, men det fører også til en negativ utvikling av respirasjonsmusklene og musklene generelt i kroppen (Odenrants et al., 2013).

5.3.1 Energirik mat

Som sykepleier skal man tilby råd og informasjon for å hjelpe pasienten til å kunne spise kost med høyt innhold av proteiner og energi, slik at ernæringsstatusen bedres. Å fortelle pasienten at de skal spise energirik mat (Odenrants et al., 2007, Brug et al., 2004), er etter min erfaring ikke nok. Jeg har erfart at pasienter ikke alltid vet hva energirik mat er, og jeg mener derfor at sykepleieren skal hjelpe pasienten å forstå hva det er. Solberg (2014) har skrevet noen tips for hva næringsrik kost kan inneholde, og hva underernærte pasienter kan gjøre for å øke vekten.

Pasienter med Kols kan ofte føle seg slitne når de spiser (Odenchrants et al., 2005), sykepleieren kan her anbefale pasientene høykalori og proteinrik mat som fisk, egg eller kylling (Solberg, 2014). Proteiner er kroppens byggesteiner, og Kols pasienter trenger disse for å vedlikeholde eller gjenoppbygge musklene, og da spesielt respirasjonsmusklene (Almås et al., 2011, s. 153-154). Det anbefales også at pasienten spiser snacks som mellommåltider, og for å sikre en kaloririk og næringsrik snacks, kan sykepleieren anbefale nøtter, ost og kjeks, grønnsaker og eller fersk frukt og dip. Ost vil sikre at pasienten får i seg kalsium som vil forebygge beinskjørhet, mens friske grønnsaker er med på å bidra til bedre helse og energi. Friske frukt og grønnsaker er stappfulle med vitaminer (Solberg, 2014), bl.a. vitamin A og C, noe som er kjent at Kols pasienter har godt nytte av (Almås et al., 2011, s. 153-154). Ut i fra egne erfaringer er det lettere for pasienter å endre kosthold, ved å finne ut hva de liker, og gi råd ut i fra det.

5.3.2 Hyppige måltider

Odenchrants et al. (2005), viser i sin studie at pasienter ofte føler skam over å ikke klare å spise opp maten de har laget. Her kan sykepleieren støtte opp under pasienten og forklare at det er bra, bare de spiser litt til hvert måltid (Guttormsen, 2013, s. 60). De kan også komme med råd om å spre måltidene utover dagen og heller spise mindre men oftere (Odenchrants et al. 2007). Pasienten kan prøve å spise fem til seks måltider i løpet av dagen, hvor tre av dem er hovedmåltider, mens to til tre er mellommåltider eller snacks (Guttormsen, 2013, s. 60). Å spre måltidene vil føre til at det ikke går for lang tid mellom hvert måltid, noe som Nightingale (1997, s. 103) oppfatter som viktig for å unngå å belaste pasienten ytterligere. Dyspne og følelsen av å være trøtt er andre årsaker til at pasienten ikke klarer å spise like mye som de ønsker (Odenchrants et al. 2005). Dette kommer av at mat tar plass i magen, noe som gjør at lungene får mindre plass til å utvide seg. Dette vil resultere i at pasienten får dyspne (Brug et al., 2004). Å spise lite men ofte kan minske sjansen for at pasienten opplever disse plager (Odenchrants et al., 2007), og dermed øke deres kontroll over kroppen. Hvis pasienten er veldig tungpustet, kan sykepleieren råde pasienten til å drikke energirike drikker, siden det er lettere å drikke, en å bruke energi på å tygge (Almås et al., 2011 s. 154).

Det kommer frem i studien til Odenchrants et al. (2005), at pasientene har dager hvor de er for slitne til å lage seg mat, dermed så spiser de gjerne noe lettvin som de har liggende. Her kan

sykepleieren råde pasienten til å lage store mengder mat som de kan lagre til dårligere dager (Odenchrants et al., 2007). Hvis pasienten har pårørende i nærheten så kan de være med på å lage mat eller kjøpe ferdiglagde produkter som kun trenger oppvarming (Brug et al., 2004). Sykepleieren kan også informere om «mat på hjul», hvor pasienten får levert middager på døren, som er enkle å varme opp (Odenchrants et al., 2007). Jeg har god erfaring med at pasienten betaler for ferdig middager som hjemmesykepleien leverer på døren. Dette har gjort måltids situasjoner lettere, og pasienten har klart å øke matinntaket.

En ting er å gi råd til pasienten om hvordan de skal unngå å bli undervektige, en annen sak er om de følger dette opp. Oversiktsartikkelen til Brug et al. (2004), viser at hvis pasienten ikke har tro på egen styrke til å gjennomføre kostholdsending, så er sjansen stor for at de ikke vil prøve. Manglende støtte, oppfølging eller uklare retningslinjer, er faktorer for at pasienten ikke gjennomfører behandlingen. Det er derfor viktig at sykepleieren følger opp pasienten, gir tilbakemeldinger på vekt og næringsinntak og hele veien gir råd om rett ernæring (Brug et al., 2004). Dette understøttes av Odenchrants et al. (2013), som understreker at det er viktig at råd om ernæring skal være inkludert i hele pasientforløpet.

5.4 Pasientinnflytelse

I studien til Pedersen (2005), kommer det frem at å involvere pasienten i sin behandlingsplan vil forebygge underernæring, og det vil øke energiinntaket og proteininntaket. Dette ble gjort ved at sykepleieren og pasienten samarbeidet om en plan som siden skulle revurderes. Ut fra mitt syn, er dette et tiltak som vil styrke pasientens tro til å gjennomføre planen som er satt. Henderson (referert i Mathisen, 2011, s. 154, 165), har skrevet fjorten punkter for menneskers grunnleggende behov, hvor to av dem er at pasienten skal kunne få tilstrekkelig drikke og mat og at de skal kunne få muligheten til å lære noe nytt som medfører god helse. Hun understreker at sykepleieren skal hjelpe mennesket til å gjenvinne helse på en slik måte at personen blir selvstendig så raskt som mulig.

Samarbeid med pasienten er sentralt i hjemmesykepleien, hvor sykepleieren må møte pasientens ønsker om hvordan hjelpen skal gis (Birkeland & Flovik, 2012, s. 38-39). For at pasienten skal kunne være med å samarbeide, må sykepleieren legge sin kunnskap på bordet om hva som er god behandling (Rene & Larsen, 2012, s. 218-219), hvor de forklarer det på en

slik måte at pasienten får innsikt i sin helsetilstand, og hva innholdet i helsehjelpen innebærer (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Ved å bidra til økt forståelse, vil det være lettere for pasienten å kunne mestre sykdommen og de problemer som oppstår (Gulsvik, 2012, s. 45). Pasienten skal sette sine egne mål og definere sine egne behov, ut i fra kunnskapene de har for å sikre at de gjør et velinformert valg (Rene & Larsen, 2012, s. 218-219). Å samarbeide med pasienten krever etter mitt syn et tett samarbeid. Ingadottir og Jonsdottir (2010) viste til at å etablere et tett samarbeid hvor hjemmesykepleien var tilgjengelig på telefon, og kom på hjemmebesøk økte pasientens ernæringsstatus. De pasienter som var underernærte økte betraktelig i vekt som resultat av det tette samarbeidet.

6.0 Avslutning

Hvordan kan underernæring hos pasienter med Kronisk obstruktiv lungesykdom (Kols) forebygges? Det kommer frem i forskning at informasjon har god effekt for å forebygge underernæring, men for at pasienten skal ta til seg informasjonen, er det viktig at sykepleieren etablerer en relasjon til pasienten. Å skape en relasjon hvor pasienten har tillitt, vil gjøre det enklere når informasjonen skal gis. Det er også viktig at sykepleieren lytter til pasientens utsagn om hva han mener er vanskelig. Forskning viser at hvis pasienten ikke får snakket om sine problemer, så vil han heller ikke være i stand til å motta informasjon. Å forebygge underernæring krever at sykepleieren stoler på sine intuisjoner, observerer pasienten og får pasienten sitt perspektiv på situasjonen. På denne måten vil sykepleieren få et helhetlig bilde av hva problemet er, og hvilke råd hun kan komme med. Videre må sykepleieren danne et tett samarbeid med pasienten og gi ernæringsinformasjon og informasjon om praktiske tiltak tidlig og gjennom hele pasientforløpet.

5.0 Referanseliste

- Almås H., Bakkeland, J., Thorsen, B. H., & Sorknæs, A. D. (2011). Sykepleie ved lungesykdommer. I H. Almås., D – G. Stubberud., & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (4. utg., s. 107 – 164). Oslo: Gyldendal akademisk
- Birkeland, A., & Flovik, A. M. (2012). *Sykepleie i hjemmet*. Oslo: Akribe
- Brug, J., Schols, A., & Mesters, I. (2004). Dietary change, nutrition education and chronic obstructive pulmonary disease. *Patient Education & Counseling*, 52(3), 249-257 9p.
- Christensen, C. C., Grongstad, A., Pedersen, U., & Emtner, M. (2009). 28. Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS). I R. Bahr (Red.), *Aktivitetshåndboken: Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/463/Aktivitetshandboken-IS-1592.pdf>
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Eide, H., & Eide, T. (2013). Kommunikasjon i relasjoner- det lille som gjør en forskjell. I K. Johnsen., & H. O. Engvold (Red.), *Klinisk kommunikasjon i praksis* (1. utg., s. 65 – 76). Oslo: Universitetsforlaget
- Eide, H., & Eide, T. (2013). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Eide, T., & Eide, H. (2007). *Kommunikasjon i praksis: relasjoner, samspill og etikk i sosialfaglig arbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Finset, A. (2013). Noen trekk ved klinisk kommunikasjon med utgangspunkt i en enkel kommunikasjonsmodell. I K. Johnsen., & H. O. Engvold (Red.), *Klinisk kommunikasjon i praksis* (1. utg., s. 15 – 22). Oslo: Universitetsforlaget
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2014). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur & Kultur
- Guttormsen, A. B., Hensrud, A., Irtun, Ø., Mowe, M., Sørbye, L. W., Thorsen, L., . . . Smedshaug, G. B. (2013). Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring (IS – 1580). Oslo: Helsedirektoratet. Hentet 5. januar 2016 fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/916/Nasjonalfaglig-retningslinje-for-forebygging-og-behandling-av-underernering-IS-1580.pdf>

- Gulsvik, A., Lund, J., Austegard, E., Henrichsen, S. H., Langhammer, A., Refvem, O. K., ... Wang, H. (2012). *Kols: Nasjonal faglig retningslinje og veileder for forebygging, diagnostisering og oppfølging (IS – 2029)*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet 5. januar 2016 fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/847/Nasjonal-faglig-retningslinje-og-veileder-for-forebygging-diagnostisering-og-oppf%C3%B8lging-IS-2029.pdf>
- Halding, A., Wahl, A., & Heggdal, K. (2010). 'Belonging'. 'Patients' experiences of social relationships during pulmonary rehabilitation. *Disability & Rehabilitation*, 32(15), 1272-1280 9p. doi:10.3109/09638280903464471
- Hjalmarsen, A. (2012). *Lungerehabilitering: KOLS og andre lungesykdommer*. Oslo: Cappelen damm akademisk
- Ingadottir, T., & Jonsdottir, H (2010). Partnership-based nursing practice for people with chronic obstructive pulmonary disease and their families: influences on health-related quality of life and hospital admissions. *Journal Of Clinical Nursing*, 19(19/20), 2795-2805 11p. doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03303.x
- Johnsen, S. K., & Backer, E. C. (2013). Holdning, handling og kommunikasjon- perspektiver på kommunikasjon i sykepleien. I K. Johnsen., & H. O. Engvold (Red.), *Klinisk kommunikasjon i praksis* (1. utg., s. 120 – 129). Oslo: Universitetsforlaget
- Karoliussen, M. (2011). *Nightingales arv- ny forståelse: sykepleiens kjerne; verdier, intensjoner og handling*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Kunnskapsbasert praksis. (2012). *Kritisk vurdering*. Hentet 18. januar 2016 fra <http://kunnskapsbasertpraksis.no/kritisk-vurdering/>
- Kunnskapsbasert praksis. (2012). *Sjekklistor*. Hentet 18. januar 2016 fra <http://kunnskapsbasertpraksis.no/kritisk-vurdering/sjekklistor/>
- Mathisen, J. (2011). Hva er sykepleie? Virginia Hendersons svar. I I. M. Holter., & T. E. Mekki (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: sykepleieboken 1* (4. utg., s. 149-168). Oslo: Akribe
- Meld. St. 16 (2010-2011). *Nasjonal helse og omsorgsplan: 2011-2015*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/f17befe0cb4c48d68c744bce3673413d/no/pdfs/stm201020110016000dddpdfs.pdf>

- Meld. St. 29 (2012-2013). *Morgendagens omsorg*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/34c8183cc5cd43e2bd341e34e326dbd8/no/pdfs/stm201220130029000dddpdfs.pdf>
- Mittelmark, M. B., Kickbusch, I., Rootman, I., Scriven, A., & Tones, K. (2012). Helsefremmende arbeid- ideologier og begreper. I Å. Gammersvik., & T. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie- i teori og praksis* (1. utg., s. 21 – 44). Bergen: Fagbokforlaget
- Mowe, M., Bosaeus, I., Rasmussen, H. H., Kondrup, J., Unossen, M., Rothenberg, E., & Irtun, Ø. (2008). Insufficient nutritional knoweldge among health care workers?. *Clinical Nutrition*, 27(2), 196-202 7p.
- Nightingale, F. (1997). *Notater om sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget
- Norsk sykepleieforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleie*. Hentet fra https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V., & Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok*. Oslo: Akribes
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter av 7. februar 1999 nr. 63. Hentet 5. januar 2016 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Pedersen, P. (2005). Nutritional care: the effectiveness of actively involving older patients. *Jornal Of Clinical Nursing*, 14(2), 247-255 9p. doi:10.1111/j.1365-2702.2004.00874.x
- Regjeringen. (2007-2011). *Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen; oppskrift for et sunnere kosthold*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/handlingsplan-for-bedre-kosthold/id445573/>
- Rene, B., & Larsen, T. (2012). Helsefremming, rehabilitering og brukermedvirkning. I Å. Gammersvik., & T. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie- i teori og praksis* (1. utg., s. 217 - 229). Bergen: Fagbokforlaget
- Renolen, Å. (2010). *Forståelse av mennesker- innføring i psykologi for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget

- Sander, K. (2014, 4. desember). *Hva er informasjon?* Hentet fra <http://kunnskapssenteret.com/informasjon-som-term-begrep/>
- Sherman, H., Forsberg, C., Karp, A., & Törnkvist, L. (2012). The 75-year-old persons' self-reported health conditions: a knowledge base in the field of preventive home visits. *Journal Of Clinical Nursing*, 21(21/22), 3170-3182 13p. doi:10.1111/j.1365-2702.2012.04314.x
- Sortland, K. (2011). *Ernæring- mer enn mat og drikke*. Bergen: Fagbokforlaget
- Solberg, E. K. (2014). *Energifremmende mat for de med kols*. Hentet fra http://lhl.epinova.no/Global/Lokallag/Dokumenter/Helse_Aktuelt_1-14.pdf
- Støren, I. (2013). *Bare søk! Praktisk veiledning i å skrive litteraturstudier*. Oslo: Cappelen damm akademisk
- Thidemann, I – J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget
- Travelbee, J. (1971). *Interpersonal aspects of nursing*. Philadelphia: F. A. Davis company
- Odencants, S., Bjuström, T., Wiklund, N., & Blomberg, K. (2013). Nutritional status, gender and marital status in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal Of Clinical Nursing*, 22(19/20), 2822-2829 8p. doi:10.1111/jocn.12222
- Odencrants, S., Ehnfors, M., & Ehrenberg, A. (2008). Nutritional status and patients characteristics for hospitalised older patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal Of Clinical Nursing*, 17(13), 1771-1778 8p. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02292.x
- Odencrants, S., Ehnfors, M., & Grobe, S. (2005). Living with chronic obstructive pulmonary disease: part I: struggling with meal-related situations: experiences among persons with COPD. *Scandinavian Journal Of Caring Science*, 19(3), 230-239 10.p
- Odencrants, S., Ehnfors, M., & Grobe, S. (2007). Living with chronic obstructive pulmonary disease (COPD): part II. RNs' experience of nursing care for patients with COPD and impaired nutritional status. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 21(1), 56-63 8p.
- Olsson, H., & Sörensen. (2009). *Forskningsprosessen: kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal akademisk

World Health Organization. (2015, Januar). *Chronic obstructive pulmonary disease (COPD)*.

Hentet 5. januar 2016 fra <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs315/en/>

Zakrisson, A., & Hägglund, D. (2010). The asthma/COPD nurses' experience of educating patients with chronic obstructive pulmonary disease in primary health care.

Scandinavian Journal Of Caring Sciences, 24(1), 147-155 9p. doi:10.1111/j.1471-712.2009.00698.x

Vedlegg I: Fremstilling av søking

Søkekriterier:

- English
- Research article
- Tidsrom: 2000-2015
- Aldersgruppe: 65+

Søk	Ord som ble brukt	Treff	Artikler funnet
1.	COPD	1769	0
2.	Nutrition	5312	0
3.	Underweight	180	0
4.	Home nursing	7665	0
5.	1 AND 3	10	0

Søk	Ord som ble brukt	Treff	Artikler funnet
6.	Malnutrition	870	0
7.	District nurse	169	0
8.	1 AND 7	3	0
9.	Chronic obstructive pulmonary disease	2595	0
10.	Information	16804	0
11.	9 AND 10 AND 6	1	0
12.	9 AND 6 AND patients experience	1	1
13.	1 AND patients experience	98	0
14.	9 AND 6 AND quality of life	1	1
15.	3 AND Home care	9	0
16.	Chronic obstructive pulmonary disease qualitative study AND understanding	20	0

17.	9 AND nutritional status AND dietary	11	0
-----	--------------------------------------	----	---

Søkekriterier:

- English
- Research article
- Tidsrom: 2000-2015

Søk	Ord som ble brukt	Treff	Artikler funnet
18.	Experienze AND copd or chronical obstructive pulmonary disease AND primary health care	33	1
19.	9 AND 10 AND 6	3	3

Vedlegg II: Funn av artikler sett ut i fra søkefremstillingen

Søkebase	Søk nummer	Treff	Artikkel	Type	År	Etisk komite
Chinal	Søk nr. 19	3	Nutritional status, gender and marital status in patients with chronic obstructive pulmonary disease. – middle age	Kvantitativ	2012	Ja
Cinahl	Søk nr. 12	1	Living with chronic obstructive pulmonary disease: part I: struggling with meal-related situations: experiences among persons with COPD	Kvalitativ	2005	Ja
Cinahl	Søk nr. 14	1	Partnership-based nursing practice for people with chronic obstructive pulmonary disease and their families: influences on health-related quality of life and hospital admissions.	Kvantitativ	2010	
Cinahl	Søk nr. 19	3	Dietary change, nutrition education and chronic obstructive pulmonary disease Artikkelen ligger som nr. 4 i «cited references» til artikkelen: Living with chronic obstructive pulmonary disease	Artikkel		

			(COPD): part II. RNs' experience of nursing care for patients with COPD a nd impaired nutritional status.			
--	--	--	--	--	--	--

Søkebase	Søkeord	Treff	Artikkel	Type	År	Etisk komite
Cinahl	Søk nr. 18	33	The asthma/COPD nurses' exp erience of educating patients with chronic obstructive p ulmonary disease in prima ry health care.	Kvalitativ		Ja
Chinal	Søk nr. 19	3	Living with chronic obstructive pulmonary disease (COPD): part II. RNs' experience of nursing care for patients with COPD a nd impaired nutritional status.	Kvalitativ		