



Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur

**Att leva med kroniskt obstruktiv lungsjukdom.  
Patienters beskrivning av sitt dagliga liv.  
En litteraturöversikt.**

Författare: Märta Bivall och  
Helen Berntsson Nilsson  
Handledare: Karin Emanuelsson

Omvårdnad - Examensarbete, 15 hp  
kandidatnivå  
HT 2010

<b>Examensarbetets titel</b>	Att leva med kroniskt obstruktiv lungsjukdom; - Patienters beskrivning av sitt dagliga liv. En litteraturöversikt Living with chronic obstructive pulmonary disease; - Patient's description of their daily living. A literature review
<b>Författare</b>	Märta Bivall och Helen Berntsson Nilsson.
<b>Institution</b>	Högskolan Väst, Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur.
<b>Arbetets art</b>	Examensarbete, 15 hp.
<b>Program/kurs</b>	Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp.
<b>Termin/år</b>	HT 2010
<b>Antal sidor</b>	19

**Abstract**

**Background;** Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is a lung disease characterized by airway obstruction. Common signs of COPD are the slow process and shortness of breath on exertion. The most important treatment is to quit smoking. Most nurses, regardless of where they work, will meet these patients, often when the patients are having respiratory disorders.

**Aim;** the aim of this study was to illuminate how patients with COPD describe the daily life based on how he/she experience and cope with the disease.

**Method;** The study was designed as a literature review with aim to critically review and compile the results from ten qualitative and two quantitative articles.

**Results;** Five themes emerged from the analysis of the articles, describing experiences of limitations, dependency, frustration, loss and life threatened. These experiences steered the patient's way to manage their disease. The management process could include changes in behavior, avoiding activities, symptom relief, adaption or acceptance.

**Conclusion;** The main limitation was perceived as breathlessness, and the management of the disease was directed to mitigate this to try to live as unlimited as possible.

**Keywords;** "care", "COPD", "coping". "experiences", "nursing",

# Innehållsförteckning

<b>Inledning</b>	<b>1</b>
<b>Bakgrund</b>	<b>1</b>
Kroniskt obstruktiv lungsjukdom	1
Symtom	1
Sjukdomsutveckling	1
Behandling	2
Omvårdnad	2
Teoretisk grund för omvårdnad	4
<b>Problemformulering</b>	<b>5</b>
<b>Syfte</b>	<b>5</b>
<b>Metod</b>	<b>5</b>
Litteraturöversikt	5
Litteratursökning och urval	5
Avgränsningar	7
Analys	7
<b>Resultat</b>	<b>8</b>
Begränsningar	8
Beroende	10
Frustration	10
Förlust	11
Livet hotas	12
<b>Diskussion</b>	<b>13</b>
Metoddiskussion	13
Resultatdiskussion	14
Praktiska implikationer	15
Konklusion	16
Förslag till fortsatt forskning	16
<b>Referenser</b>	<b>17</b>

## **Bilagor**

I Checklista för informationssökning

II Översikt av analyserade studier

# Inledning

Kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) är en av vår tids största folksjukdomar. I Sverige beräknas 500 000 -700 000 personer lida av denna sjukdom. Socialstyrelsen (2004) har beräknat att år 2020 kommer KOL att vara den tredje vanligaste dödsorsaken. KOL är en kronisk sjukdom och innebär ständiga andningssvårigheter som är ångestskapande, varar livet ut och påverkar vardagslivet (Hjärt- lungfonden, 2008).

Att undersöka hur denna patientgrupp upplever sin vardag är angeläget för att identifiera behovet av omvårdnad så att ändamålsenliga omvårdnadshandlingar kan erbjudas. Kunskap om patientens upplevelser, reaktioner och erfarenheter hjälper sjuksköterskan i dennes arbete att främja hälsa och lindra lidande. Denna studie syftar till att belysa hur patienter med diagnosen KOL beskriver sitt dagliga liv.

## Bakgrund

### Kroniskt obstruktiv lungsjukdom

KOL är en lungsjukdom som karakteriseras av luftvägsobstruktion. Detta tillstånd orsakas av inflammatoriska förändringar i de små perifera luftrören samt av emfysem och kronisk bronkit (Socialstyrelsen, 2004). I Sverige är de dominerande riskfaktorerna för KOL stigande ålder och rökning. Andra faktorer som har betydelse är ärftlighet för obstruktiva lungsjukdomar, låg socialekonomisk grupp, yrken där exponering av luftföroreningar förekommer samt stadsmiljö (Lundbäck, 2006). Karaktäristiskt för KOL är det långdragna, smygande förloppet. Personer som inte är fysiskt aktiva och sätter andningsförmågan på prov ibland, kan ha förlorat mer än hälften av sin andningsförmåga på grund av KOL innan de förstår att de är sjuka. Därför ställs ofta diagnos sent i sjukdomsförloppet (Larsson, 2006). Diagnosen ställs utifrån den kliniska bilden och bekräftas med en dynamisk spirometri, vilket är en undersökningsmetod som mäter lungornas kapacitet (Rosenhall, 2000).

### Symtom

Dominerande symtom vid KOL är ansträngningsutlöst dyspné samt bronkitsymtom med ökad slembildning, slemhosta och ökad infektionskänslighet. Andra symtom är daglig hosta framförallt på morgonen. Detta upplevs oftast inte särskilt alarmerande för patienten, då denne ofta förknippar symtomen till rökningens negativa effekter. I tidigt skede har patienten ofta en ökad känslighet för luftvägsirritanter, som kyla och starka dofter. Smygande uppkommer luftvägsobstruktion, som ofta tolkas av patienten som dålig kondition, även trötthet ingår i symtombilden (Rosenhall, 2000). Andra symtom som kommer efter en längre tid är avmagring, utspänd bröstorg, tunna axlar och indragna halsgropar (Ericson & Ericson, 2009).

### Sjukdomsutveckling

De dominerande symtomen förklaras utifrån de sjukdomsrelaterade förändringarna. Luftvägsobstruktionen förklaras genom att sjukdomen är ett inflammatoriskt tillstånd, med ökad kontraktion i bronkernas glatta muskulatur, slemhinnesvullnad i bronkerna och ökad produktion av segt slem. Detta leder till ökat luftflödesmotstånd. Inflammationen i bronkialslemhinnan blir efterhand kronisk och medför dels att slemhinnans bägarceller ökar i antal, dels att slemkörtlarna förstoras vilket leder till ökad slemproduktion. Successivt skadas

de celler i slemhinnans som transporterar bort sekret. Sekret blir då kvar i luftvägstrådet vilket skapar förutsättningar för uppkomst av luftvägsinfektioner. Emfysem utvecklas som följd av den pågående inflammationen i bronkerna och förklaras som förstörade luftrum som uppkommer när alveolernas väggar brister och bildar större luftblåsor. Detta resulterar i försämrat gasutbyte eftersom andningsytan minskar (Ericson & Ericson, 2009).

Under den pågående inflammationen frisätts giftiga substanser som utlöser en kemisk process som skadar lungans stödjevävnad. När detta sker blir lungans elasticitet nedsatt. Luftvägarna och alveolerna förmår inte hållas utspända eftersom elasticiteten är försämrad och bronkerna tenderar att falla samman. Resultatet blir ineffektiv andning samt att den kvarvarande luften i lungorna, så kallad residualvolymen, blir större och större efter varje andetag. Detta medför att andningsarbetet blir mycket ansträngt, lungorna blir utspända och bröstkorgen kraftigt välvd, vilket kallas dynamisk kompression (Ericson & Ericson, 2009). KOL nedsätter inte bara lungfunktionen utan bidrar även till andra medicinska konsekvenser såsom muskelsvaghet, benskörhet, undernäring, samt negativ påverkan på de psykiska och sociala funktionerna. Hjärta, njurar och blodcirkulationen påverkas dessutom när kronisk andningssvikt tillstöter (Skoogh & Larsson, 2006).

## Behandling

Den absolut viktigaste behandlingen är, för de som röker, att sluta röka. Målet med behandlingar för patienter med KOL är att förebygga symtom, bevara lungfunktionen, förbättra de dagliga aktiviteterna och öka livskvaliteten (Odenrants, Ehnfors & Grobe, 2005). Behandlingen blir därmed preventionsinriktad, och syftar till att bland annat upprätthålla en god nutritionsstatus, arbeta energisnålt, infektionsprofylax, beakta osteoporosrisken, patientutbildning samt att stimulera fysisk aktivitet. Sjukdomen går oftast i perioder av försämring och förbättring, detta ställer särskilda krav på utvärdering av den pågående behandlingen samt förändring efter behov. Läkemedelsbehandling vid KOL syftar främst till att minska inflammationen i bronkerna. Exempel på läkemedel vid KOL är antikolinergika, långverkande beta-2-agonister och glukokortikoider (Ericson & Ericson, 2009).

## Omvårdnad

De flesta sjuksköterskor, oberoende var de arbetar träffar på människor med andningsbesvär. För att möta detta vårdbehov behövs ett vårdkunnande som innefattar hur patienten upplever sina andningsbesvär, deras rätt att ta ansvar för sin egen hälsa och för att få veta och förstå så mycket som de själva vill (Bergbom & Nilsson, 2000). I HSL står det att *”Vården och behandlingen skall så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Olika insatser för patienten skall samordnas på ett ändamålsenligt sätt”* (SFS, 1982:763). Avsikten med vårdandet är att åstadkomma optimal hälsa hos patienten, genom vårdhandlingar som förbättrar eller förhindrar en försämring i patientens friskhets-, sundhets- eller välbefinnandedimension (Eriksson, 1995).

Ehnfors, Ehrenberg och Thorell-Ekstrand (2008) skriver att sjuksköterskan behöver kunskap om problemlösning och logiskt tänkande i sitt dagliga arbete och refererar till VIPS-modellens omvårdnadsprocess. VIPS står för välbefinnande, integritet, prevention och säkerhet inom hälso- och sjukvården. Denna omvårdnadsprocess består av fem faser; bedömning, diagnos, planering, genomförande och resultat med utvärdering. Syftet med denna modell är att sjuksköterskan ska arbeta systematiskt, målinriktat och metodiskt för att på så vis ge en god individualiserad omvårdnad. I praktiken innebär det att den enskilde patientens behov styr hur sjuksköterskan skall planera och genomför den omvårdnad som behoven kräver. Vidare skriver Ehnfors et. al (2008) att VIPS-modellen är en modell för

dokumentation, vars viktigaste funktion är att vara ett arbetsunderlag för bland annat sjuksköterskan. Omvårdnadsdokumentation i journal skriver Ehnfors et. al (2008) är ett underlag för utvärdering av den givna omvårdnaden samt att det har ett juridiskt värde. I patientdatalagen står det att finna att verksamheter som rör hälso- och sjukvårdslagen har skyldighet att föra patientjournal (SFS 2008:355). Larsson (2008) skriver att patientens delaktighet hindras om sjuksköterskan inte skriver ner patientens ord. Patienten känner sig då dels utsatt och rädd, dels upplever denne att alla gör på sitt eget vis. Detta leder till otillfredsställelse i vårdmötet med en otillräcklig dokumentation, bristfällig vårdplan och en icke fungerande informationsöverföring (Larsson, 2008). Lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (LYHS), kapitel 2 säger att patienten ska få sakkunnig och omsorgsfull vård som utformas och genomförs i samråd med patienten och bygger på omtanke och respekt (SFS 1998:531). Den 1 januari 2011 trädde en ny lag, patientsäkerhetslagen, i kraft och ersätter LYHS (SOU 2010:65).

Sjuksköterskans omvårdnadsarbete vid andningsproblem grundar sig på samtal med patienten, observation och auskultation. Patientens berättelse om hur det känns att andas ger värdefull kunskap till sjuksköterskan om patientens upplevelse, tankar, uppfattningar och känslor, så att adekvata omvårdnadsåtgärder kan ges. Under detta samtal bör sjuksköterskan lyssna noga och inte störa patienten med frågor. Kompletterande frågor ställs till patienten när denne är färdig med sin berättelse. För att tidigt upptäcka missförhållanden i andningsarbetet är det viktigt för sjuksköterskan att kunna observera andningen. För detta krävs kunskap om andningens normalfunktion. Om patienten hinner bli utmattad av andningsarbetet, finns det risk för att enklare hjälp inte blir tillräcklig samt att eventuell medvetandesänkning misstolkas (Bergbom & Nilsson, 2000).

Delaktighet i omvårdnaden, ur patientens perspektiv, är en process bestående av fyra delar; tillmötesgående atmosfär, emotionellt gensvar, samförstånd och rättigheter (Larsson, 2008). Sjuksköterskan måste skapa en kontakt med patienten. Denna kontakt bidrar till att patienten mår gott, känner sig accepterad och betydelsefull. Sjuksköterskan ska vidare knyta band till patienten så att de når varandra känslomässigt, känner ett samförstånd och på så vis upprätta patientens rättighet till att delta i sin egen vård. För att klara detta måste sjuksköterskan vid varje patientmöte bedöma om patienten är tillräckligt förberedd och har fått den information som denne behöver för att ge möjlighet till delaktighet i sin vård (Larsson, 2008). Vidare skriver Larsson (2008) att patientdelaktighet stimuleras på olika sätt, som att patienten upplever sig uppmärksammad genom att sjuksköterskan visar genuint intresse för patientens erfarenhet och synpunkter. För detta krävs att sjuksköterskan besitter en empatisk förmåga. Hinder för patientdelaktighet skriver Larsson (2008) kan bland annat vara när sjuksköterskan ger otillräcklig, felaktig eller ingen information. Sjuksköterskan skall vara ett stöd för patienten. När sjuksköterskan bestämmer själv och avvisar synpunkter inbjuder det inte till delaktighet. Även brist i kontinuiteten bland personalen leder till mindre delaktighet för patienten då denne upplever oro och otrygghet relaterat till att många lägger sig i deras omvårdnad (Larsson, 2008).

Syftet med patientundervisning är att främja patientens lärande och förändring och medför en ökning av kunskap, minskning av stress och att tillfrisknande påskyndas. Målet med patientundervisning är att förbättra hälsobeteende och hälsostatus (Pilhammar Andersson, 2007). Sjuksköterskan ska kunna uppmärksamma och möta patientens sjukdomsupplevelse och lidande och så långt som möjligt lindra detta genom adekvata åtgärder. Patientens basala och specifika omvårdnadsbehov såväl fysiska, psykiska som sociala, kulturella och andliga ska sjuksköterskan tillgodose (Socialstyrelsen, 2005).

## Teoretisk grund för omvårdnad

Andningen är förenad med livet och döden. Att andas är det första och sista varje människa gör i livet. Människan kan observera andningen och bedöma den, samtidigt som det bara är något som den enskilda människan kan uppleva och på så vis är den både objektiv och subjektiv. Människans känslor, energi, uthållighet och välbefinnande för ande, kropp och själ är nära förknippade med andningen (Bergbom & Nilsson, 2000). Att utgå från kropp, själ och ande vid vård av patienter med KOL kan förknippas med Erikssons (1995) omvårdnadsteori. Vårdandet innebär utifrån Erikssons (1995) teori, att genom ansning, lekande och lärande i en hållning av tro, hopp och kärlek hjälper sjuksköterskan patienten att uppnå optimal hälsa (Eriksson, 1995).

Vårdandet är utifrån denna omvårdnadsteori knutet till de redan omnämnda begreppen ansning, lekande och lärande. Den mest grundläggande formen av omvårdnad är ansning, som innebär att individens grundläggande behov tillgodoses. Hela vårdformen kännetecknas av värme, omsorg, närhet och beröring, och leder till kroppslig hälsa. Lekandet är människans naturliga beteendemönster, och är kopplat till tillit och tillfredställelse i olika sociala situationer. Leken bekräftar individens karaktär och är livsnödvändig för människans utveckling. Lärandet hör ihop med människans utveckling av självständighet, förståelse och mognad. Lärandet främjar kreativitet lika väl som lekandet genom att individen tvingas finna nya lösningar då den ställs framför ett hinder, lär sig lösningen och ser nya möjligheter, som leder till att människan utvecklas (Eriksson, 1995).

Eriksson (1995) skiljer på naturlig vård och professionell vård. Den naturliga vården innebär att individen genom egna handlingar, i samspel med anhöriga och vänner, kan skapa kroppsligt välbefinnande, tillit och tillfredställelse hos sig själv. Detta leder till att varje människa utvecklar sin egen hälsopotential. Professionell vård är en annan form som innefattar alla sorters vårdutövare (Eriksson, 1995). Sjuksköterskan ska enligt kompetensbeskrivning för legitimerade sjuksköterskor ha förmåga att kommunicera med inte bara patienter utan också närstående och andra på ett respektfullt, lyhört och empatiskt sätt. Vidare ska sjuksköterskan ge stöd och vägledning, i dialog med patient och/eller närstående, för att möjliggöra optimal delaktighet i vård och behandling (Socialstyrelsen, 2005).

Eriksson (1989) skriver att hälsa är relaterad till hela människan och kan beskrivas som en upplevelse av sundhet, friskhet och välbefinnande. Detta omfattar människans alla sidor, och Eriksson (1989) menar att hälsa inte är något människan har utan det är något människan är och själv har ansvar för. Hälsa är närvaro i världen, vilket förklaras genom att människan är förankrad i sig själv som en enhet i relation till andra. Vidare beskrivs hälsa som rörelse utifrån en hälsomodell som utgår från tre olika dimensioner: hälsa som görande, varande och vardande. Hälsa är en rörelse mellan dessa dimensioner, som inte ska uppfattas som klart avgränsade från varandra. Dessa kan vid en viss tidpunkt variera i olika grad och i olika situationer. Hälsa som görande berör problemlivnivån och kopplas ihop med att leva hälsosamt och att man undviker det som kan förstöra hälsan. Hälsa som varande kännetecknas av ett begär till livet. Människan strävar efter att uppleva välbefinnande, en balans eller harmoni i sitt inre. Detta för att finna balans och harmoni i relationer och i olika livssituationer. Hälsa som vardande är det tillstånd då livsfrågorna blir det viktigaste. Människan är inte främmande för ett lidande men strävar efter att försona sig med livets omständigheter. Livskriser och lyckliga stunder i livet kan leda till denna djupare insikt i livets villkor. När människan är i vardande blir hon en helhet på ett djupare plan, och det är detta tillstånd som är människans rätta väsen (Eriksson, 1989).

Människan förändras hela tiden och det är hälsomotiven som anger hälsoprocessens riktning. Hälsomotiven är unika för varje människa och bygger på de egna värderingarna. Rörelsen



mellan de olika nivåerna uttrycks i människans upplevelse av problem, behov och begär. Hälsoprocessen kan blockeras av hälsohinder. Hälsohinder är inte det samma som problem utan beskriver det som i djup mening hindrar patientens upplevelse av hälsa (Eriksson, 1989).

Människan har enligt Eriksson (1989), stor frihet att välja hur hon ska leva och att välja inställning till sin egen sjukdom. Detta skulle innebära ett verktyg för sjuksköterskan att hjälpa patienten till försoning med sin situation och finna mening i sitt lidande. Hälso- sjukvårdslagen (HSL) menar att god vård ska främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen, samt tillgodose patientens behov av säkerhet och kontinuitet i vården (SFS 1982:763). Socialstyrelsen (2005) skriver att vården ska vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och att behandlingen ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet samt så långt det är möjligt utformas och genomförs i samråd med patienten.

## **Problemformulering**

Patienten med KOL lever med ständiga andningssvårigheter som bidrar till komplikationer som påverkar det dagliga livet. Patienten upplever och hanterar dessa komplikationer i sitt dagliga liv på olika sätt. Genom att belysa patientens upplevelser och erfarenheter så bidrar detta till att berika sjuksköterskans kunskap så att bättre och mer individriktad omvårdnad kan erbjudas. Detta ger sjuksköterskan ett verktyg till att lindra, hjälpa, stödja och motivera patienten med KOL att uppleva välbefinnande trots sin sjukdom.

## **Syfte**

Syftet med litteraturstudien var att belysa hur patienter med KOL beskriver sitt dagliga liv.

## **Metod**

### **Litteraturöversikt**

Författarna till denna studie gjorde en litteraturöversikt. Enligt Friberg (2006) innebär detta att få en överblick av ett avgränsat område genom att sammanställa redan befintlig forskning. Därmed gjordes en litteraturöversikt med syfte att kritiskt granska och sammanställa resultat och metoder av tidigare forskningsresultat. En litteraturöversikt kan ha olika syften dels att skapa en översikt av forskningsresultat, dels att skapa en översikt av forskningsläget. En litteraturöversikt innehåller information om vad de granskade studierna handlar om och hur de genomförts genom en kategorisering av studierna (Friberg, 2006).

### **Litteratursökning och urval**

Författarna använde både kvantitativa och kvalitativa artiklar för att få en bred kunskap om det valda problemområdet (Segesten, 2006). Friberg (2006) skriver att litteratursökningen kan resultera i en mängd studier eller några få. Beroende på hur det blir, gör författaren ett urval eftersom det är omöjligt att omfatta alla, menar Friberg (2006). Det krävs att både systematiska och osystematiska sökningar tillämpas parallellt för att få ett bra

informationsresultat (Östlundh, 2006). Författarna till denna studie har därför valt att använda både systematiska och osystematiska sökningar.

Östlund (2006) skriver att arbetet med att få fram relevant litteratur består utav två faser, som kallas inledande eller egentlig litteratursökning. Vi startade den inledande litteratursökningen med en sökning i bibliotekskatalogen Sofia på Högskolan Västs högskolebibliotek. Detta för att få en överblick över vad som fanns skrivet om ämnet samt för att få tillräcklig bakgrundsinformation detta utifrån Östlund (2006). Vidare fortsatte författarna med den egentliga litteratursökningen; en systematisk informationssökning. Detta innebar att struktur och hanterbarhet skapades genom att hela tiden dokumentera tillvägagångssättet i processen (Östlundh, 2006).

Den systematiska informationssökningen gjordes i databaserna Cinahl och PubMed. Enligt Polit och Beck (2008) är Cinahl den främsta och viktigaste elektroniska databasen för sjuksköterskor och innehåller över en miljon artiklar från 1200 olika omvårdnadstidskrifter. PubMed är en databas som fokuserar på medicin, omvårdnad och hälsa och innehåller över 5000 tidskrifter.

Sökorden som författarna använt sig av var följande; ”living with COPD”, ”COPD”, ”health”, ”experiences”, ”patients experience”, ”daily living”, ”quality of life”, ”chronic disease”, ”well-being”. Dessa sökord användes i olika kombinationer och i olika sökningar enligt texten nedan, se bilaga I. Sökkriterier som författarna hade i den systematiska sökningen var engelskt språk, att studierna var vetenskapligt granskade, hade omvårdnadsfokus, fanns tillgängliga i fulltext, vara publicerade mellan åren 2000-2010 samt att det fanns abstract i studierna.

Den inledande systematiska sökningen gjordes på Cinahl med sökordet ”COPD”, vilket gav 259 träffar. Då avgränsades sökningen med sökordet ”and health” och resultatet blev 114 träffar. Dessa titlar lästes, varav 49 blev objekt för abstrakt- och konklusionsläsning. Nu återstod nio artiklar, som lästes i sin helhet varav en var relevant utifrån syftet och inkluderades.

En likadan sökning gjordes i PubMed och resultatet blev 1736, varav 732 fanns tillgängliga i fulltext. Dessa avgränsades ytterligare genom att lägga till sökorden ”living with”. Resultatet blev 571 träffar, varav 251 fanns tillgängliga i fulltext. Dessa 251 titlar lästes, varav 15 blev utvalda för att läsa abstrakt och konklusion. Utifrån detta lästes sju artiklar i sin helhet, varav en inkluderades.

Sökningen i Cinahl med sökorden ”patients experiences and COPD” resulterade i tolv träffar varav en inkluderades. En likadan sökning gjordes i PubMed och resultatet blev 13 träffar varav två inkluderades.

Författarna fortsatte att söka i PubMed, men för att minska antalet träffar valdes nu avgränsningen 2005-2010. Detta för att få den senaste forskningen inom området. Denna sökning gjordes på sökorden ”COPD and quality of life and well-being”. Detta gav 79 träffar varav 44 var tillgängliga i fulltext. Titlarna på dessa 44 studierna lästes varav två inkluderades. En sökning på sökorden ”patients experiences and chronic diseases and COPD” gjordes också, vilket gav ett resultat på 82 artiklar. Efter att ha läst titlarna blev fyra relevanta och abstrakt och konklusioner lästes på dessa varav en inkluderades.

Ytterligare sökning på Cinahl gjordes med sökorden ”COPD and quality of life”, vilket gav 45 träffar. Efter att ha läst titlarna var 20 artiklar intressanta vars abstrakt och konklusioner

lästes varav två inkluderades. Även en sökning med orden ”chronic diseases and experiences and patientes perspective” gjordes, vilket resulterade i sex träffar varav en inkluderades. En sökning på ordet ”daily living” och ”COPD and daily living and experience” gav inga nya artiklar.

Sammanfattningsvis inkluderades elva artiklar från den systematiska sökningen som vi analyserade, se bilaga II, för en sammanfattande översikt.

Efter att författarna läst referenslistorna på de utvalda artiklarna fann vi en relevant artikel och en sekundärsökning på Wiley gjordes för att hitta den, vilken inkluderades. När de tolv artiklarna hade valts, granskades kvaliteten på dessa utifrån Fribergs (2006) granskningsmodell.

## **Avgränsningar**

Inklusionskriterierna för val av artiklar var patientens upplevelse av det dagliga livet med kroniskt obstruktiv lungsjukdom, i alla stadier av sjukdomen samt hemmaboende och vuxna. Behandlingsprogram och rehabiliteringsprogram riktade mot hälso- och sjukvårdspersonal exkluderades. Vi exkluderade även artiklar som var symtominriktade, samt då patienten var inlagd på sjukhus.

## **Analys**

Vi använde oss av Fribergs (2006) analysmetod. Denna process beskrivs i tre steg. Först läses de valda artiklarna igenom ett flertal gånger för att få en helhetskunskap. Därefter analyseras artiklarnas resultatdelar utifrån studiens syfte genom att, som Friberg (2006) föreslår, söka efter likheter och skillnader. Därefter sorteras materialet i likheter och skillnader, och utifrån det formas olika teman. Resultaten presenterades på olika sätt beroende på om det är en kvalitativ eller kvantitativ artikel (Friberg 2006).

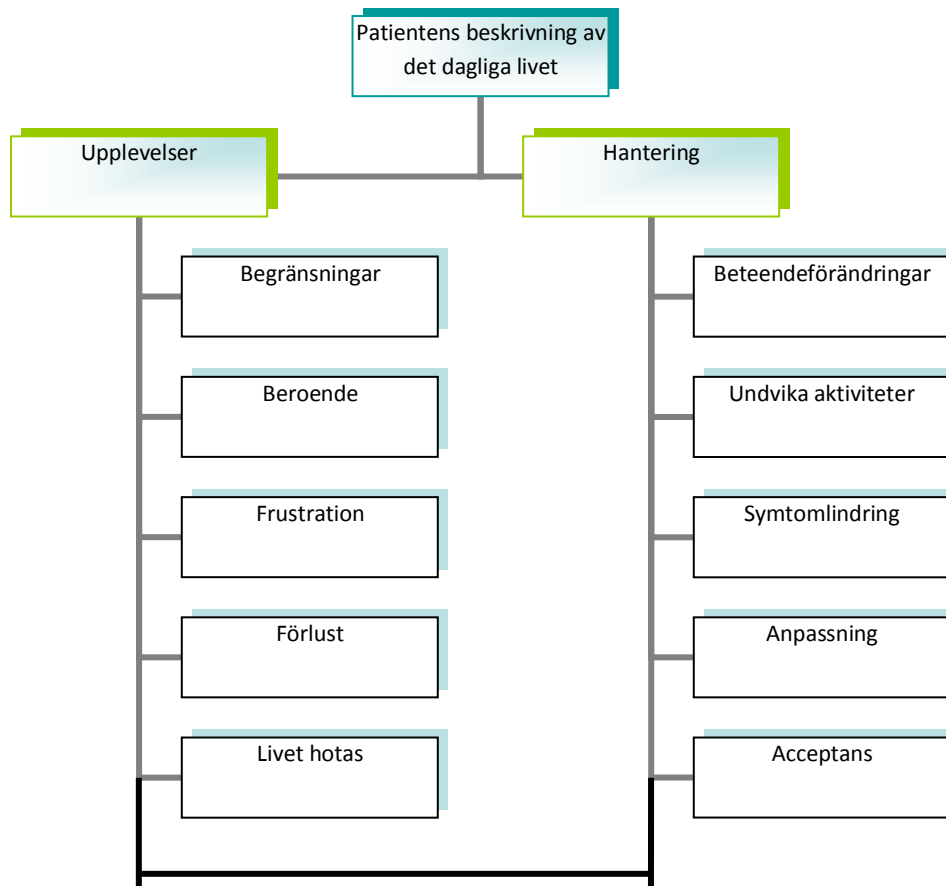
Båda författarna till denna studie läste de tolv utvalda artiklar flera gånger, så att båda var insatta i vad alla artiklarna handlade om. Nu fortsatte analysprocessen genom att utgå ifrån syftet i vår studie, och sökte likheter respektive skillnader i artiklarnas resultatdel. Vi plockade ut och skiljde på patienters upplevelser och formade dessa till fem stycken olika teman. Sedan plockade vi ut beskrivningar av hur patienterna hanterade sitt dagliga liv. Detta förde vi sedan ihop med det tema som hade ett relevant samband.

De inkluderade artiklarna bestod av två kvantitativa och tio kvalitativa, vilket vi tog hänsyn till under analysprocessen. De kvantitativa studierna presenteras utifrån siffror vilket Friberg (2006) förespråkar.

Fem teman framkom ur analysen och de namngavs; ”begränsningar”, ”beroende”, ”frustration”, ”förlust” och ”livet hotas”. Dessa teman förklarades under respektive tema i resultatdelen. Vi redovisade upplevelser och hantering som patienterna med KOL beskrev i sitt dagliga liv i figur 1. I resultatet presenterades och beskrevs dessa under fem teman för att tydliggöra resultatet. Detta för att upplevelserna patienterna kände, styrde deras hanteringsprocess.

# Resultat

Resultatet av de analyserade studierna sammanfattades i fem teman och presenterades under rubrikerna begränsning, beroende, frustration, förlust och livet hotas.



**Figur 1.** Upplevelser i det dagliga livet hos patienter med KOL och hur de hanterade dessa upplevelser. Det patienterna kände styrde deras hanteringsprocess, därför integrerades det i resultatets fem olika teman som utgick ifrån patienternas upplevelser. Hanteringen var inte kopplat till någon specifik upplevelse utan uttrycks i resultatets alla fem teman.

## Begränsningar

Sammanfattningsvis beskrev artiklarna begränsningar i de dagliga aktiviteterna, fysiskt, socialt och ekonomiskt.

Andnöd och extrem trötthet upplevdes som de mest besvärande symtomen och de största orsakerna till begränsningarna, och ledde till oförmåga att hantera de dagliga aktiviteterna (Costi, Brooks & Goldstein, 2006). Åttiofyra procent av människorna med KOL rapporterade att de hade en låg nivå av fysisk aktivitet (Arne, Janson, Janson, Boman, Lindqvist, Berne et al., 2009). Dagliga aktiviteter som begränsades av sjukdomen var tvättning, påklädning och ansträngande aktiviteter. Morgonen upplevdes värst då det kunde ta flera timmar innan patienterna kände sig normala. Att böja sig ner och framåt för att knyta skosnören eller ta på sig sockor var svårt och att sträcka sig upp gjorde andnöden värre. Natten upplevdes även problemfylld då de endast sov några timmar (Barnett, 2005). Att få hjälpa grannar, att resa, laga mat, besöka läkare och att ta hand om sommarstugan upplevdes av patienten svårt och de blev konstant påmind om sina kroppars begränsningar (Ek & Ternstedt, 2008).

Sociala begränsningar som upplevdes var relaterade till de begränsade fysiska aktiviteterna och kunde orsaka att patienterna ibland inte lämnade huset på flera månader, speciellt under vintermånaderna. Andra faktorer var den ökade risken för infektion som kunde orsaka pneumoni (Habraken, Pols, Bindels & Willems, 2010). Den nedsatta fysiska aktiviteten ledde till att de inte längre kunde delta i olika aktiviteter som de brukade och resulterade i känslan av ett händelselöst liv. Detta gjorde att de inte upplevde något att prata om eller bidra med i möten. Känslan av att själv undvika relationer samt att andra undvek dem, beskrevs och upplevdes som social isolering trots tillgång till nära relationer (Ek & Ternestedt, 2008).

Patienterna upplevde ekonomiska svårigheter orsakade av sjukdomen vilket begränsade dem. De var tvungna att prioritera bland nödvändiga läkemedelsintag, behandlingar, aktiviteter och dagliga utgifter, som upplevdes påverka livskvaliteten negativt (Jeon, Essue, Jan, Wells & Whithworth, 2009). Arne et al. (2009) beskrev i sin studie att detta fenomen upplevdes av cirka 16 % bland de 526 deltagande patienterna med KOL. Hos individer utan kronisk sjukdom upplevdes detta fenomen hos cirka åtta % av 6960 deltagande (Arne et al., 2009). Många upplevde att de saknade kunskap vad det fanns för ekonomiskt stöd som de kunde få (Hasson, Spence, Waldron, Kernohan, McLaughlin, Watson et al., 2008). Patienterna med KOL upplevde ekonomiska svårigheter när det gällde att ha råd med behandling, ha råd med andra saker som hälsosam kost, medlemskap på gym och sociala aktiviteter. En hälsosam livsstil upplevdes dyrare (Jeon et al., 2009).

Många patienter upplevde inte att begränsningarna de hade var det samma som att vara sjuk. För att de skulle anse sig själva som sjuka, krävdes en försämring med mer uttalade symtom, en så kallad akut exacerbation, som en infektion, eller sjukhusvistelse. Bortsett från detta såg de sina begränsningar som en normal del av sitt dagliga liv. En anledning som framkom till detta synsätt var att de befann sig i slutstadiet av sin sjukdom under lång tid, jämfört med patienter med exempelvis cancer. Detta gav tid till anpassning av sitt hälsotillstånd, samt tid till att vänja sig vid begränsningarna som sjukdomen hade på deras dagliga liv (Habraken et al., 2008).

Begränsningarna som patienter med KOL upplevde hanterades på olika sätt. De valde den metod som hjälpte och passade dem att uppnå ett stabilt leverne och förhindrade ett dyspnéanfall eller en exacerbation (Chen, Chen, Lee, Cho & Weng, 2008). Habraken et al. (2008) skrev att patienterna hade två strategier för att hantera sina begränsningar. Strategi ett innebar att fortsätta med sina dagliga aktiviteter, men att modifiera dem. Strategi två var att undvika alla aktiviteter, utan att försöka hitta nya alternativa vägar för att fortsätta utföra de aktiviteter som de brukade göra. Den sista strategin var den som de flesta valde att använda medan det bara var några få som valde den första strategin (Habraken et al., 2008).

Begränsade aktiviteter som andnöden hade som effekt, hanterades genom beteendeförändringar, anpassning, användning av läkemedel, tilltro till sin egen förmåga och försök att bli mer stoiska. Vissa patienter normaliserade symtomen genom att se dem som ett steg i det naturliga åldrandet (Harris, Hayter & Allender, 2008). Symtomhantering bestod i att minska aktiviteten, vila, att sänka farten och förkorta avstånden. Att använda läkemedel när de upplevde symtom, använda kontrollerad andning samt hostteknik var viktigt. Anpassning bestod i att hålla en stabil kondition genom att underlätta dagliga aktiviteter med hjälp av hushållsmaskiner och lätta kläder, att välja stillasittande aktiviteter och alternativa metoder. Kontroll av temperatur och luftfuktighet samt ommöblering underlättade den dagliga aktiviteten. Även känslomässig anpassning gjordes med positivt tänkande, acceptans av sin situation och försök till att vänja sig vid symtomen (Chen et al., 2008).

## Beroende

Temat beroende beskrev sammanfattningsvis att andnöden och brist på styrka innebar förändringar av prioriteringar i det dagliga livet. Kroppsbristerna gjorde sig ständigt påmind och deras beroende av läkemedel och andras hjälp för att hantera det dagliga livet uttrycktes tydligt.

Patienter beskrev en upplevelse av läkemedelsberoende för att hantera sina symtom (Hasson et al., 2008). Vid hantering av dyspné var inhalator och nebulisator vanliga. Frekventa läkemedelsändringar som läkaren gjorde för att uppnå maximal symtomlindring upplevdes som en källa till kontrollbrist (Fraser & Kee, 2006). Beroendet av syrgasbehandling hjälpte andningen men var även hämmande för sociala aktiviteter (Ek & Ternestedt, 2008).

När patienterna med KOL slutade vara aktiva blev de mer och mer beroende av människorna i deras närmiljö för att klara de dagliga aktiviteterna (Habraken et al., 2008). Att vara beroende av andra och inte själva få ansvara för sitt eget dagliga schema upplevdes som en brist på frihet. Kolsjukdomen upplevdes ha en fysisk, känslomässig och social inverkan på deras vårdare och familjer. De personer som stod den sjuke nära fokuserade vanligast på sjukdom och svagheter snarare än på styrkor hos denne (Ek & Ternestedt, 2008). Detta var oroande för patienten och de kände skuld angående sina vårdare då de inte hade god hälsa, eller att omsorgen tog för mycket av deras liv. De var även oroade över att vårdarna kände sig nere, ängsliga, pressade, led av sömnsvårigheter eller kände sig frustrerade över att de fick göra allt hushållsarbete. Patienterna kände att de fick stöd och hjälp från sjukvårdspersonal, men att tillgången till den servicen var begränsad och därför förlitade sig patienterna på familjemedlemmar för den dagliga omsorgen (Hasson et al., 2008). Patienterna hade en önskan om att vara oberoende att klara sina dagliga aktiviteter själva, men det var tidskrävande med många raster för vila och läkemedelsintag. Att be om hjälp från andra upplevdes svårt (Barnett, 2005). Detta hanterade de genom att anpassa sig till de begränsningar som sjukdomen innebar (Fraser & Kee, 2006).

Patienterna upplevde blandade känslor rörande att tala med vårdare och familj om sin sjukdom. Vissa pratade inte om sin sjukdom med sin familj för rädsla att uppröra dem. Andra ville prata om sjukdomen men att de anhöriga inte ville det. Fler sa att de dolde saker för sina barn eller skämtade om sjukdomen med sina partners för att inte visa sina känslor (Hasson et al., 2008).

## Frustration

Att leva med KOL beskrevs som en upplevelse av frustration. Studierna berörde upplevelser som utmaningar, osäkerhet och brist på information. Dessa begrepp utlöste upplevelser av frustration hos patienter med KOL.

Patienter beskrev sin vardag som utmanande, utan strategier att möta försämrad hälsa samt en osäker framtid (Halding, Wahl & Heggdal, 2010). Att leva med KOL beskrevs som att ha ett arbete och för att klara de dagliga aktiviteterna behövde den drabbade planera, samla styrka och använda oxygen (Ek & Ternestedt, 2008). Detta upplevdes som frustrerande i det dagliga livet, relaterat till andnöden och bristen att utföra enkla aktiviteter. Symtomen beskrevs som att de varierade från dag till dag, ibland från timme till timme. Denna oförutsägbarhet gjorde det svårt att planera dagen och påverkade patienten, partnern, familjen och vårdaren. Detta minskade förmågan att umgås, ta semester och njuta av ett normalt liv, vilket orsakade frustration. Andra saker som beaktades vid planering av att göra något var gångavstånd, vädret och behov av mediciner (Barnett, 2005). Att utveckla en handlingsplan tillsammans

med hälso- och sjukvårdspersonal upplevdes av patienterna som en god hjälp. Detta förutsatt att den var klar, enkel och individualiserad, inriktad och skulle även innehålla verktyg för att kontrollera ångest och depression, vilket ledde till minskad frustration (Costi et al., 2006).

Att bli sjuk i KOL ändrade patienternas livssituation och de kände sig ganska hjälplösa, ensamma, missförstådda och i viss grad försummade av hälso- och sjukvården (Halding et al., 2010). Det var en generell känsla att de inte hade något annat val än att gå vidare med saker och ting, samt att hälso- och sjukvårdspersonal inte kunde göra något mer för dem, vilket upplevdes mycket frustrerande (Hasson et al., 2008). Några upplevde att de inte fått tillräckligt med information om sin diagnos och hur de skulle hantera sitt tillstånd. De kände misstro inför hälso- och sjukvårdspersonal vilket uttrycktes med frustration (Harris et al., 2008). Patienterna med KOL uppfattade vårdpersonalen som mycket upptagna och ville därför inte störa dem om det absolut inte var nödvändigt. Detta resulterade i att de inte sökte vård i tid och krävde sjukhusvård istället (Hasson et al., 2008). För att patienterna skulle förmå sig att be hälso- och sjukvårdspersonal om hjälp behövde de känna att de begränsningar som de just nu upplevde var utöver det vanliga, och att situationen kunde förbättras om de bad om hjälp (Habraken et al., 2008).

Oftast träffade patienterna en lungspecialist en till två gånger per år angående sin kolsjukdom och därför pratade de inte med sin allmänläkare om sina lungproblem. Under samtalen med sin läkare framkom det att de främst diskuterade luftvägarna, att sjukdomen kommer förvärras och att inget mer kan göras för dem. Detta upplevde de som frustrerande då de hade funderingar kring sjukdomsförloppet och framtiden, vilket dock inte diskuterades. De drog därför sina egna slutsatser som inte alltid var optimistiska (Habraken et al., 2008). Patienternas förväntningar om huruvida sjukdomen kunde förbättras berodde på den information om eventuella behandlingsmöjligheter som de fått. Patienterna levde med antagandet att lungorna var förstörda, inte kunde repareras och att de därmed inte kunde få någon hjälp. Många patienter fortsatte att röka då de trodde att skadan redan var skedd och för att de var rädda för andra problem som kunde uppstå om de slutade (Chen et al., 2008) De var ovetande om att det fanns möjligheter som kunde förbättra deras situation (Habraken et al., 2008). Patienterna upplevde brist på stöd och utan adekvata strategier för att möta de utmaningar som deras försämrade hälsa innebar. Den osäkra framtiden skapade frustration hos dem. Genom att delta i rehabilitering upplevde de en informell och trevlig atmosfär där vårdarrollen respektive patientrollen suddades ut och inbjöd till uppmuntran, delaktighet och gemenskap. Denna uppmärksamhet och vård erbjöd känslomässig och praktiskt stöd utöver kunskaper om sjukdomen och dess behandling (Halding et al., 2010).

## **Förlust**

Temat förlust beskrev sammanfattningsvis att patienterna med KOL upplevde förlust av rörlighet, frihet och fritid.

Att lära sig leva med KOL innebar inte bara att få kontroll över sina fysiska förluster, utan även känslomässiga reaktioner (Fraser & Kee, 2006). Att förlora kontrollen var relaterat till andfåddheten och orsakade begränsade aktiviteter som att sakta ner aktiviteterna som arbete i hemmet och fritiden. Det innefattade även förlust av oberoendet och självkänslan (Harris et al., 2008). Arne et al. (2009) beskrev i sin studie att 31 % av 526 deltagande patienter upplevde att deras generella hälsa var dålig eller mycket dåligt om man levde med KOL. Fem procent var nöjda med sitt arbete och 15 % kunde själva klara sin ADL, men ingen var nöjd med sin fritid. Stuesson och Bränholm (2000) skrev att 36 % av 91 deltagande patienter som levde med KOL upplevde tillfredsställelse med livet i stort. Detta var signifikant lägre än hos människor utan sjukdomen KOL som uppgavs till 68 % av 150 deltagande (Stuesson &

Bränholm, 2000). Patienterna upplevde att trots att de hade många människor runt sig kände de sig ensamma och värdelösa för att de inte längre kunde delta i olika aktiviteter som de tidigare varit delaktiga i (Ek & Ternstedt, 2008).

Genom gemenskap i rehabiliteringsgrupper fick patienterna en känsla av hanterbarhet, uppmuntran, tillhörighet och stöd från andra med KOL. Detta gjorde sjukdomsanpassningen lättare vilket ledde till positiv inverkan på deras livskvalitet (Halding et al., 2010). Det dagliga livet beskrevs som meningsfullt genom att planera dagen, fastställa prioriteringar och välja den aktivitet som upplevdes som viktigast (Ek & Ternstedt, 2008).

## **Livet hotas**

Detta tema innehåller sammanfattningsvis upplevelser av extrem psykisk stress uttryckte sig i form av rädsla, oro, panik, ångest och ovisshet.

Patienten som levde med KOL upplevde att livet hotades genom sitt försämrade psykiska välmående. Arne et al. (2009) lyfte i sin studie att utav 526 deltagare upplevde 52 % en signifikant högre nivå av ångest och depression, cirka 20 % hade en pessimistisk framtidsstro, sömnproblem beskrevs av cirka 36 % och extrem trötthet av cirka 50 %, (Arne et al., 2009). I studien av Stureson och Bränholm (2000) framkom det att endast 10 % av 91 patienter som levde med KOL var nöjda med sin psykiska hälsa.

Livet hotades genom de fysiska effekterna som medförde psykisk stress och en känsla av meningslöshet. Detta relaterat till att den drabbades hälsa förändrades från dag till dag, och medförde osäkerhet hur de skulle må. Det dagliga livet kunde upplevas som ett misslyckande och skamfullt. Denna brist medförde även ett tvång att avstå från vissa aktiviteter och materiella ting som upplevdes svårt (Ek & Ternstedt, 2008).

Att bli sjuk i KOL ändrade patienternas livssituation och de kände sig hjälplösa, ensamma, missförstådda och i viss grad försummade av hälso- och sjukvården (Halding et al., 2009). Detta upplevdes som ett hot mot livet. Andnöden upplevdes som det värsta symtomet och beskrevs som en upplevelse av svårkontrollerad panik och ångest (Barnett, 2005). Det kändes skrämmande när de inte kunde få kontroll över sin andning, och vid svår andnöd var de rädda för att kvävas (Habraken et al., 2008). Konstant rädsla upplevdes inför att vara ensam när ett angrepp av andnöd skedde och patienten inte kunde komma åt sin syretillförsel (Hasson et al., 2008). Många kände rädsla för att ta ett bad, speciellt då de var ensamma ifall de inte skulle kunna ta sig ur själva (Barnett, 2005). De uttryckte känslor av intensiv panik och hjälplöshet när de inte kunde få kontroll över sin andnöd. Detta hanterade de genom att förlita sig på att familjemedlemmar, vänner, hälso- och sjukvårdspersonal behandlade och löste deras dyspné (Fraser & Kee, 2006).

När sjukdomen gick in i en försämringsperiod upplevde patienten en trötthet som påverkade både kropp och själ. De beskrev att de blev trötta, skakiga, fick perioder av ångest och en känsla av att livet förlorat sin mening. Vid dessa tillfällen upplevde de det svårt att tänka på framtiden (Ek & Ternstedt, 2008). Vid dessa tillfällen önskade flera av patienterna att få avsluta sina liv, då framförallt för att de kände att de inte orkade med andnöden (Barnett, 2005). Det som gav kraft till att fortsätta vilja leva var kontakten med andra. Patienterna beskrev att de som människor behövde uppmärksammas och erkännas, samt att fortsätta kunna göra planer så att det vanliga livet kunde fortsätta så länge som möjligt. Relationen till barn och barnbarn samt att betyda något för andra hade en livsbejakande roll (Ek & Ternstedt, 2008).



# Diskussion

## Metoddiskussion

För att studera hur patienter med KOL beskriver sitt dagliga liv användes en litteraturöversikt. Enligt Friberg (2006) innebär detta ett systematiskt arbetssätt för att få en överblick av ett avgränsat område genom att sammanställa redan befintlig forskning. Denna metod lämpar sig väl för ett examensarbete på kandidat nivå och kan göras som ett fristående arbete eller för att skapa en grund för en kommande studie på magisternivå (Friberg, 2006).

Syftet med studien är att belysa hur patienten med KOL beskriver upplevelser i sitt dagliga liv samt hur dessa hanteras. Vi har skrivit ett examensarbete genom att samla aktuell forskning inom vårdvetenskapen, för att få fördjupade kunskaper och förståelse inom ett för allmänsjuksköterskan relevant ansvarsområde, samt visa förmåga att kritiskt bedöma vetenskap och vetenskapliga metoder. Friberg (2006) skriver att motivet med en litteraturöversikt är att skapa en förståelse av ett avgränsat område samt att träna ett strukturerat arbetssätt.

Segesten (2006) anger att för att få en bred kunskap om det valda problemområdet krävs både kvalitativa och kvantitativa studier, varför vi valde dessa två typer av studier. I de kvalitativa artiklarna gjordes fynd som svarade mycket bra på studiens syfte, och de kvantitativa artiklarna stärkte dessa fynds tillförlitlighet. Valet av att använda databaserna Cinahl och PubMed grundades på att de är omvårdnadsvetenskapliga och därmed kan ge information inom allmänsjuksköterskans verksamhetsområde. Dessa databaser gav oss relevanta artiklar utifrån vårt syfte.

Sökorden som valdes till den strukturerade informationssökningen framkom utifrån problemformuleringen och syftet. Författarna anser att de gav relevant träffar som svarade på syftet. Studien begränsades dock av att endast artiklar i fulltext inkluderades. Artiklar publicerade mellan åren 2000 och 2010 inkluderades för att få den nyaste forskningen rörande ämnet. De valda studierna är främst publicerade efter 2004 och många efter år 2008, endast en är publicerad år 2000, detta anser författarna stärker studien i dess strävan att belysa den nyaste forskningen rörande patienter med KOL beskrivning av sitt dagliga liv.

Friberg (2006) skriver att det är svårt att arbeta med för många studier. Med detta som stöd gjordes urval för att avgränsa området. Eventuellt kunde svår långt gången KOL inkluderats då vi fann fler artiklar rörande detta ämne. Tolv artiklar identifierades som lämpliga utifrån vårt syfte och dess kvalitet granskades med hjälp av Friberg (2006) förslag på frågor. Studierna hade god kvalitet och alla tolv artiklar valdes för analys och beskrivs i en befogad bilaga. Under analysen har författarna försökt att se på helheten i artiklarna, de lästes på ett objektivt sätt utan personliga åsikter. De analyserade artiklarna anser vi hade ett nyanserat och rikt innehåll. Artiklarna var mestadels från norra Europa, och i fem av artiklarna var forskarna sjuksköterskor till yrket. Att så många studier var skrivna av sjuksköterskor samt i så närbelägna länder ansåg vi var en styrka för vår studie.

Genom hela studien har författarna strävat efter att ha en röd tråd och endast studerat det som är relevant för studien och som svarat på syftet. Trovärdigheten för vår studie anser vi är rimlig, då vi följde de riktlinjer som anges i Friberg (2006) konsekvent. Tillförlitligheten anser vi uppnåtts genom att beskriva tillvägagångssättet så utförligt som möjligt.

Etiska överväganden som författarna gjorde var att läsa studiernas etiska överväganden och resonera kring dessa samt att inte förvanska artiklarnas data.

## Resultatdiskussion

Patienterna i samtliga studier beskriver att andnöd och trötthet är de värsta symtomen och orsaken till de flesta effekterna på det dagliga livet som sjukdomen medför. Detta är en viktig kunskap för sjuksköterskan. Med stöd av Erikssons (1989) omvårdnadsteori framgår att ansning är omvårdnadens grundläggande behov och innebär att sjuksköterskan tillgodoser patientens grundläggande behov, vilket Bergbom och Nilsson (2000) menar att andningen är. Rosenhall (2000) skriver att dyspné samt bronkitsymtom är de dominerande symtomen med ökad slembildning, slemhosta och infektionsrisk. Tre analyserade studier (Chen et al., 2008; Ek & Ternstedt, 2008; Hasson et al., 2008) beskriver att patienternas hantering av sitt dagliga liv syftar till att förhindra dyspnéanfall och exacerbation. Detta är en viktig kunskap för sjuksköterskans undervisningstillfällen. Pilhammar Andersson (2007) skriver att patientundervisning är ett verktyg för sjuksköterskan att främja patientens lärande och förändring så denne kan inspireras och motiveras till förändring för att kunna uppnå ett meningsfullt liv. Förändringar som sjuksköterskan kan motivera till är bland annat undervisning i kroppslägen, viloställningar och läppandning så att andningsrörelserna inte hindras. Vidare kan de ge rådgivning angående mat och vätska då lättsmält mat kan underlätta andningen, och kunskap om god hygien för att undvika infektioner samt den hjälp som behövs för att sluta röka.

En upplevelse som uttrycktes tydligt i de två kvantitativa studierna (Arne et al., 2009; Stureson & Bränholm, 2000) var att den allmänna hälsan upplevdes dålig eller mycket dålig. Denna kunskap är viktig för sjuksköterskan då denne ska främja hälsa och lindra lidande. Socialstyrelsen (2005) skriver att sjuksköterskan ska möta patientens sjukdomsupplevelse och lidande så långt som möjligt och lindra detta genom adekvata åtgärder. Eriksson (1989) menar att hälsa är något som innefattar hela människan och inte är något individen har utan något individen är, och som denne själv ansvarar för. Vidare skriver Eriksson att människan förändras hela tiden och det är hälsomotiven som anger hälsoprocessens riktning, som kan blockeras av hälsohinder. Dessa hinder är inte detsamma som problem utan det som i djupaste mening hindrar patientens upplevelse av hälsa (Eriksson, 1989).

Patienterna i fyra studier (Ek & Ternstedt, 2008; Halding et al., 2010; Harris et al., 2008; Hasson et al., 2008) upplever att vårdpersonal inte bryr sig om hela dem. För sjuksköterskor framhålls av Lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (SFS 1998:531) att patienten ska få sakkunnig och omsorgsfull vård och genomföras i samråd. Larsson (2008) menar att sjuksköterskan ska knyta band till patienten och på så vis upprätta patientens rättighet till att delta i sin egen vård. HSL (SFS 1982:763) anger att god vård ska främja goda kontakter mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal, och Socialstyrelsen (2005) skriver att vården ska vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet.

Den 1 januari 2011 trädde patientsäkerhetslagen i kraft och ersätter LYHS (SOU 2010:65). Den nya patientsäkerhetslagen tror vi som författare bättre kommer att tydliggöra patientens rättigheter och hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar. Lagen ska bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls och ställer krav på systematisk och förebyggande patientsäkerhetsarbete. Dessutom ska vården tillvarata patientens och de närståendes kunskap om brister i vården. De ska ses som en resurs i patientsäkerhetsarbetet.

En annan upplevelse som uttrycks på ett mycket nyanserat sätt är den förändrade livssituationen med känslor som hjälplöshet, ensamhet och ångest som beskrivs i ett flertal studier (Barnett, 2005; Ek & Ternstedt, 2008; Fraser & Kee, 2006; Habraken et al., 2008; Halding et al., 2009). Sjuksköterskan ska tillgodose patientens specifika omvårdnadsbehov (Socialstyrelsen, 2005). Sjuksköterskans omvårdnadsarbete grundar sig på samtal med

patienten och på observationer. Patientens berättelser ger värdefull kunskap om upplevelser, känslor, tankar och uppfattningar så att adekvata omvårdnadsåtgärder kan ges. Utifrån detta framkommer att en konkret vårdhandling är att verkligen lyssna på patientens berättelse så att individuell vård kan ges. Eriksson (1995) menar att avsikten med vårdhandlingar är att åstadkomma optimal hälsa som förbättrar eller förhindrar en försämring hos patienten. För att kunna möta detta vårdbehov och utföra adekvata vårdhandlingar behövs kunskap om patientens upplevelser (Bergbom & Nilsson, 2000). Ehnfors et al. (2008) menar att sjuksköterskan behöver kunskap om problemlösning och logiskt tänkande i sitt dagliga arbete och refererar till VIPS-modellens omvårdnadsprocess. Vidare skriver Ehnfors et al. (2008) att det är en modell för dokumentation som är ett stöd för utvärdering av den givna omvårdnaden samt har ett juridiskt värde, vilket även stöds av patientdatalagen (SFS 2008:355). Larsson (2008) menar att patientens delaktighet hindras vid brister i omvårdnadsdokumentationen.

Upplevelsen av anhörigas betydelse som motivation till att fortsätta leva under försämringsperioder, då rädsla, försämrad framtidstro samt ibland dödslängtan beskrivs i fem artiklar (Barnett, 2005; Ek & Ternestedt, 2008; Fraser & Kee, 2006; Habraken et al., 2008; Hasson et al., 2008). Sjuksköterskan bör enligt Socialstyrelsen (2005) ha förmåga att kommunicera med inte bara patienter utan också med närstående och andra på ett respektfullt, lyhört och empatiskt sätt. Vidare bör sjuksköterskan ge stöd och vägledning, i dialog med patient och/eller närstående, för att möjliggöra optimal delaktighet i vård och behandling (Socialstyrelsen, 2005).

Slutligen vill vi författare lyfta upplevelsen av vad som skapar meningsfullhet i det dagliga livet, vilket beskrivs i tre artiklar (Barnett, 2005; Ek & Ternestedt 2008; Harris et al. 2008). I dessa studier framkommer det att barn och barnbarn har en livsbejakande roll samt att planera dagen. Som sjuksköterska är det viktigt att ta hänsyn till familj och vänner. Eriksson (1995) framhåller att den naturliga vården sker i samspel med anhöriga och vänner så att kroppsligt välbefinnande, tillit och tillfredsställelse skapas hos patienten. Eriksson (1989) menar att människan inte är främmande för lidande men strävar efter att försona sig med livets omständigheter. Livskriser och lyckliga stunder i livet kan leda till djupare insikt i livets villkor.

## **Praktiska implikationer**

Resultatet som framkommer av denna studie beskriver patientens subjektiva upplevelse av att leva med KOL. Detta berikar sjuksköterskan med vårdkunskap som hjälper denne i vårdarbetet med att lindra lidande och återställa hälsa. Genom att utgå ifrån Erikssons (1995) omvårdnadsteori är det möjligt för sjuksköterskan att förstå patientens upplevelse av hälsa trots kronisk sjukdom. Hennes hälsoprocess lyfter begreppen hälsomotiv och hälsohinder och att det är rörelsen mellan dessa som uttrycks i människans upplevelse av problem, behov och begär. Denna ansats anser vi är rimlig att utgå ifrån i sjuksköterskans profession då den beskriver ett tillvägagångssätt för sjuksköterskan att lindra, hjälpa, stödja och motivera patienter med KOL. Resultatet av denna studie ger sjuksköterskan ökad förståelse i mötet med patienter med KOL. Utifrån patienternas berättelser kan sjuksköterskan erbjuda känslomässig och praktiskt stöd utöver kunskaper om sjukdomen och dess behandling. Sjuksköterskan kan tillgodose patienternas specifika omvårdnadsbehov och på så vis möjliggöra delaktighet i vården och känsla av meningsfullhet i det dagliga livet.

## **Konklusion**

Studien belyser fem teman som patienterna med KOL beskriver i sitt dagliga liv. Dessa var begränsningar, beroende, frustration, förlust och att livet hotas. Den största begränsningen upplevdes vara andnöden och hanteringen av sjukdomen riktades mycket mot att dämpa detta för att på så vis försöka att leva så obegränsat som möjligt. Författarna till denna studie anser att patientens subjektiva upplevelse och hanteringsstrategier är något som sjuksköterskan i sin profession måste lyfta i mötet med patienten. Att skapa kontakt med patienten, att lyssna, samt inbjuda till delaktighet skapar goda förutsättningar för fortsatt god vård.

## **Förslag till fortsatt forskning**

Vi som författare anser att det krävs mer forskning kring varför sjuksköterskan inte tar sig tid att verkligen lyssna och se patienten ur ett helhetsperspektiv. Detta för att vi upplever att många av patienterna med KOL beskriver brister i kontakten med hälso- och sjukvården. Det skulle även vara intressant att forska kring anhörigas upplevelser av att leva tillsammans med patienter med KOL. Detta utifrån att vi i resultatet fann att patienterna beskriver ett stort beroende av anhörigvård, men inte ser det som ett problem.

## Referenser

- Arne, M., Janson, C., Janson, S., Boman, G., Lindqvist, U., Berne, C. & Emtner, M. (2009). Physical activity and quality of life in subjects with chronic disease: Chronic obstructive pulmonary disease compared with rheumatoid arthritis and diabetes mellitus. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 27, 141-147. doi: 10.1080/02813430902808643
- Barnett, M. (2005). Chronic obstructive pulmonary disease: a phenomenological study of patients' experiences. *Journal of Clinical Nursing* 14, 805-812.
- Bergbom, I. & Nilsson, M. (2000). *Vård av patienter med andningsproblem*. Lund: Studentlitteratur.
- Chen, K-H., Chen, M-L., Lee, S., Cho, H-Y. & Weng, L-C. (2008). Self-management behaviours for patients with chronic obstructive pulmonary disease: a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing* 64(6), 595-604. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04821.x
- Costi, S., Brooks, D. & Goldstein, RS. (2006). Perspectives that influence action plans for chronic obstructive pulmonary disease. *Can Respir J* 13(7), 362-368.
- Ehnfors, M., Ehrenberg, A. & Thorell-Ekstrand, I.(2008). *VIPS-boken*. Stockholm: Vårdförbundet.
- Ek, K. & Ternstedt, B-M. (2008). Living with chronic obstructive pulmonary disease at the end of life: a phenomenological study. *Journal of Advanced Nursing* 62(4), 470-478. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04611.x
- Eriksson, K. (1989). *Hälsans idé*. Stockholm: Norstedts Förlag AB.
- Eriksson, K. (1995). *Vårdandets idé*. Stockholm: Liber.
- Ericson, E. & Ericson, T. (2009). *Medicinska sjukdomar*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Fraser, D.D. & Kee, C.C. (2006). Living with chronic obstructive pulmonary disease: insiders' perspective. *Journal of Advance Nursing* 55(5), 550-558. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.03946.x
- Friberg, F. (2006). Att göra en litteraturoversikt. I Friberg, F (Red.) *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (115-124). Lund: Studentlitteratur AB.
- Habraken, J., Pols, J., Bindels, P.JE. & Willems D.L. (2008). The silence of patients with end-stage COPD: a qualitative study. *British Journal of General Practice* 58, 884-849. doi: 10.3399/bjgp08X376186
- Halding, A-G., Wahl, A. & Heggdal, K. (2010). "Belonging". "Patients" experiences of social relationships during pulmonary rehabilitation. *Disability and Rehabilitation* 32(15), 1272-1280. doi: 10.3109/09638280903464471

- Harris, D., Hayter, M. & Allender, S. (2008). Improving the uptake of pulmonary rehabilitation in patients with COPD: qualitative study of experiences and attitudes. *British Journal of General Practice* 58, 703-710. doi: 10.3399/bjgp08X342363
- Hasson, F., Spence, A., Waldron, M., Kernohan, G., McLaughlin, D., Watson, B. (2008). I can not get a breath: experiences of living with advanced chronic obstructive pulmonary disease. *International Journal of Palliative Nursing* 14(11), 526-531.
- Hjärt-lungfonden (2008). *KOL en temaskrift från Hjärt-Lungfonden*. Stockholm: Hjärt-Lungfonden. Hämtad 2010-10-21, från <http://www.hjart-lungfonden.se/Global/skrifter-rapporter/kol-2008.pdf>
- Jeon, Y-H., Essue, B., Jan, S., Wells, R. & Whitworth, J.A. (2009). Economic hardship associated with managing chronic illness: a qualitative inquiry. *BMC Health Services Research* 9:182. doi:10.1186/1472-6963-9-182
- Larsson, I. (2008). *Patient och medaktör: Studier av patientdelaktighet och hur sådan stimuleras och hindras*. Doktorsavhandling, Göteborgs Universitet, Institution för omvårdnad.
- Larsson, S. (2006). Exacerbationer vid KOL. I Larsson, K. (Red.). *KOL kroniskt obstruktiv lungsjukdom* (ss. 127-132). Danmark: Studentlitteratur.
- Lundbäck, B. (2006). KOL – prevalens, incidens och riskfaktorer. I Larsson, K. (Red.). *KOL kroniskt obstruktiv lungsjukdom* (ss. 21-33). Danmark: Studentlitteratur.
- Odenrants, S., Ehnfors, M. & Grobe, J. (2005). Living with chronic obstructive pulmonary disease: Part 1. Struggling with meal-related situations: experiences among persons with COPD. *Scand J Caring Sci* 19, 230-239.
- Pilhammar Andersson, E. (2007). Centrala begrepp av betydelse för patientundervisning. I Isaksson, K. *Patient undervisning och patientens lärande* (ss. 12-30). Stockholm: Gothia Förlag AB
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2008). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice* (8<sup>th</sup> ed.). Philadelphia : Wolters Kluwer Health.
- Rosenhall, L. (2000). Kronisk obstruktiv lungsjukdom. I Bäcklund, L., Hedenstierna, G. & Hedenström, H. *Lungfysiologi och diagnostik vid lungsjukdom*. Lund: Studentlitteratur.
- Segesten, K. (2006). Att välja modell för sitt examensarbete. I Friberg, F. (Red.) *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (ss.85-88). Lund: Studentlitteratur AB.

- SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Svensk författningssamling. Hämtad 2010-10-29, från <http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=1982:763>
- SFS 1998:531. *Lag om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område*. Stockholm: Svensk författningssamling. Hämtad 2010-11-26, från <http://62.95.69.3/SFSdoc/98/980531.PDF>
- SFS 2008:355. *Patientdatalag*. Stockholm: Svensk författningssamling. Hämtad 2010-11-26, från <http://62.95.69.3/SFSdoc/08/080355.PDF>
- Skoogh, B-E. & Larsson, S. (2006). Definition, basal diagnostik och svårigheter med KOL. I Larsson, K. (Red.). *KOL kroniskt obstruktiv lungsjukdom* (ss. 13-20). Danmark: Studentlitteratur.
- Socialstyrelsen, (2004). *Riktlinjer för vård av astma och kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL)*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 2010-10-22, från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2004/2004-102-6>
- Socialstyrelsen, (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerade sjuksköterskor*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 2010-11-18, från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2005/2005-105-1>
- SOU 2010:65. *Kompetens och ansvar*. Stockholm: Statens offentliga utredning. Hämtad 2010-12-06, från [http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3281&dok\\_id=GYB365](http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3281&dok_id=GYB365)
- Stureson, M. & Bränholm I-B. (2000). Life satisfaction in subjects with chronic obstructive pulmonary disease. *Work* 14, 77-82.
- Östlundh, L. (2006). Informationssökning. I Friberg, F (Red.) *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (45-70). Lund: Studentlitteratur AB.

# Checklista för informationssökning

Databas	Datum	Sökkriterier	Sökord	Antal träffar	Efter lästa titlar	Efter lästa abstrakt + konklusion	Valda artiklar
Cinahl	101108	Fulltext Abstrakt Referenser 2000-2010 Granskade	COPD	259			
Cinahl	101108	Fulltext Abstrakt Referenser 2000-2010 Granskade	COPD and health	114	49	9	1
PubMed	101109	10 år Tillgänglig i fulltext Abstrakt Engelska	COPD + Health	1736 Varav 732 free full-text in PubMed centralen			
PubMed	101109	10 år Tillgänglig i fulltext Abstrakt Engelska	COPD + Health + living with	571 Varav 251 free full-text in PubMed centralen	15	7	1
Cinahl	101111	Fulltext Abstrakt Referenser Engelska 2000-2010 Granskade	Patients experience And copd	12		1	1
PubMed	101111	10 år Tillgängliga i fulltext Engelska Abstrakt	Patients experiences + COPD	13	4	3	2



Pubmed	101111	5 år Tillgänglig i fulltext Engelska Abstrakt	COPD quality of life + well- being	79 Vi läser de 44 free full-text in PubMed central	6	2	2
Pubmed	101111	5 år Tillgänglig i fulltext Engelska Abstrakt	Patients experience + chronic diseases + COPD	82 Vi läser de 41 free full- text in PubMed central	4	1	1
Cinahl	101111	Fulltext Abstrakt Referenser Engelska 2005-2010	COPD + quality of life	45	20	2	2
Cinahl	101111	Fulltext Abstrakt Referenser Engelska 2005-2010	Chronic disease And Experiences And Patients perspective	6	6	1	1
Cinahl	101117	Fulltext Abstrakt Referenser Engelska 2000-2010	COPD + daily living and experiences	3		1	0

# Översikt av analyserade studier

Titel			
Författare Årtal	Syfte	Metod	Resultat

<b>Physical activity and quality of life in subjects with chronic disease: Chronic obstructive pulmonary disease compared with rheumatoid arthritis and diabetes mellitus</b>			
Arne, M., Janson, C., Janson, S., Boman, G., Lindquist, U., Berne, C. & Emtner, M..  2009	Att beskriva och jämföra nivån av fysisk aktivitet, livskvalitet och psykisk hälsa hos patienter med KOL reumatism och diabetes.	Kvantitativ studie med tvärsnitts- och observationsdesign.  Frågeformulär skickat som postenkät.  68460 män och kvinnor mellan 18-84 år tillfrågades. 43589 svarade och alla deltagare över 40 år inkluderades i studien vilket var 31606 personer. KOL-526 deltagare. Reumatiker-1120 deltagare. Diabetiker-2149 deltagare. Referensgrupp-6960 deltagare.	Människor med en kronisk sjukdom hade låga nivåer av fysisk aktivitet, mest hos dem med KOL.
<b>Chronic obstructive pulmonary disease: a phenomenological study of patients´ experiences</b>			
Barnett, M.  2004	Att undersöka upplevelser av att leva med KOL.	Kvalitativ studie med en fenomenologisk ansats.  Ostrukturerade intervjuer.  10 deltagare.	KOL sjukdomen har en omfattande inverkan på patientens dagliga liv, både fysiskt, psykiskt och socialt.

<b>Perspectives that influence action plans for chronic obstructive pulmonary disease</b>			
Costi, S., Brooks, D. & Goldstein, R.S.  2006	Att beskriva hur patienter med kol upplever en exacerbation samt vårdpersonalens attityder gentemot utbildning av egenvård och användning av individuell behandlingsplan.	Kvalitativ studie med beskrivande design.  Strukturerade intervjuer.  32 deltagare med KOL. 22 deltagare som var sjukvårdspersonal.	Patienten upplevelse av exacerbation stämmer inte alltid överens med den medicinska bilden. Därför är det viktigt att ta hänsyn till deras upplevelser när en handlingsplan skrivs. Patienterna vill att den även ska inkludera oro och ångest.
<b>Self-management behaviours for patients with chronic obstructive pulmonary disease: a qualitative study</b>			
Chen, K-H., Chen, M-L., LEE, S., Cho, H-Y. & Weng, L-C.  2008	Att undersöka hur patienten med KOL hanterar sin sjukdom och förebygger komplikationer.	Kvalitativ studie med beskrivande design.  Djupintervjuer.  18 män deltog med olika svårighetsgrad av KOL. Ålder mellan 55-81 år.	Deltagarna visade att de kunde välja passande strategier för att undvika symtom och komplikationer. Fem teman framkom: Symtom hantering, aktivitets och motions implementeringar, miljökontroll, känslomässig anpassning, bibehålla en hälsosam livsstil.
<b>Living with chronic obstructive pulmonary disease at the end of life: a phenomenological study</b>			
Ek, K. & Ternestedt, B-M.  2008	Att beskriva det väsentliga av att leva med svår KOL.	Kvalitativ studie med Husserl´s fenomenologiska design.  Intervjuer under två månader.  Åtta deltagare varav fem kvinnor och tre män i åldrarna mellan 48-79 år.	Det dagliga livet påverkas på många olika sätt för patienter med KOL. Fysiska begränsningar tvingar dem till ett isolerat liv. Känsla av engagemang och övertygelse att livet är meningsfullt ger ändå energi att möta framtiden.

<b>Living with chronic obstructive pulmonary disease: insiders' perspective</b>			
Fraser, D. & Kee, C.  2006	Att få en förståelse för hur äldre vuxna med svår kronisk obstruktiv lungsjukdom, påverkats i sitt liv av sjukdomen.	Kvalitativ studie med hermeutisk fenomenologisk design.  Intervjuer.  Tio deltagare varav fem kvinnor och fem män, i åldrarna över 55 år.	Förändringarna i samband med KOL beskrevs som alltmer utmanande och ett hot mot deltagarnas aktuella livsstil. Effekten av dyspné var stor och inverkade på nästan varje aspekt av deras liv. Deltagare identifierade de mest effektiva metoderna för att lösa andnöd.
<b>The silence of patients with end-stage COPD: a qualitative study</b>			
Habraken, M.J. Pols, J., Bindels, J.E.P. & Willems, L.D.  2008	Att få insikt om varför svårt sjuka patienter med KOL inte ber om hjälp vid slutstadiet.	Kvalitativ studie med prospektiv design.  Semistrukturerade intervjuer.  Elva deltagare, mixat män och kvinnor.	Patienterna upplevde sig själva sjuka under en exacerbation men betraktade vardagslivet som normalt. De levde dessutom med föreställningen att deras förstörda lungor inte kunde repareras, och att de därför inte kunde få någon hjälp
<b>"Belonging". Patients experiences of social relationships during pulmonary rehabilitation</b>			
Halding, A-G., Wahl, A. & Heggdal, K.  2009	Att tolka och kontextualisera sociala relations upplevelser i lungrehabiliterings grupper. Detta för att undersöka hur patienter med KOL upplever det dagliga livet och rehabilitering.	Kvalitativ studie med tolkande longitudinell design inspirerat av fenomenologin.  Intervjuer två gånger per deltagare under två månader.  18 deltagare varav fem kvinnor och 13 män i åldrarna mellan 52-81 år.	Visade övervägande på temat "tillhörighet". Aktivt deltagande och engagemang i gruppen gav förutsättningar att dela erfarenheter, uppmuntra ömsesidig tillit och stöd och självförtroende. Det motiverade till att bry sig om sig själv och delta i andra sociala evenemang.

<b>I can not get a breath: experiences of living with advanced chronic obstructive pulmonary disease</b>			
Hasson, F., Spence, A., Waldron, M., Kernohan, G., McLaughlin, D., Watson, B. & Cochrane, B.  2008	Att undersöka potentialen för palliativ vård bland människor som lever med svår KOL.	Kvalitativ studie med tolkande design.  Semistrukturerade intervjuer.  13 deltagare varav tre kvinnor och tio män i åldrarna mellan 45-65 år.	För de flesta patienterna associerades palliativ vård med livets slutskede. De var därför ovilliga att diskutera detta ämne. Det var en stor acceptans att inget mer gick att göra för dem. Studien visade också att patienterna med KOL hade obemötta behov av palliativ vård.
<b>Improving the uptake of pulmonary rehabilitation in patients with COPD: qualitative study of experiences and attitudes</b>			
Harris, D., Hayter, M. & Allender, S.  2008	Att identifiera en strategi för att bättre utnyttja pulmonell rehabilitering.	Kvalitativ studie med undersökande design.  Kvalitativa intervjuer.  16 deltagare varav fyra kvinnor och tolv män med medelåldern 66.8 år.	Rädsla för andfåddhet och motion, samt för effekterna på samexisterande medicinska problem var de vanligaste bekymren för att inte delta i rehabilitering. Möjligheten att minska andfåddheten och underlätta andra aktiviteter som att leka med barn barn motiverade deltagande.
<b>Economic hardship associated with managing chronic illness: a qualitative inquiry</b>			
Jeon, Y-H., Essue, B., Jan, S., Wells, R. & Withworth A, J.  2009	Att undersöka hur människor med kronisk sjukdom påverkas ekonomiskt.	Kvalitativ studie.  Halvstrukturerade, djupintervjuer.  66 deltagare. 52 patienter med KOL samt 14 vårdare, i åldrarna mellan 45-85 år.	Nyckel aspekten för ekonomiska svårigheter är överkomliga priser på medicin, behandling och omsorg. Detta påverkade patientens engagemang för egenvård och risk reducerande attityder.

**Life satisfaction in subjects with chronic obstructive pulmonary disease**

<p>Sturesson, M. &amp; Bränholm, I-B.</p> <p>2000</p>	<p>Att undersöka nivåerna av tillfredsställelse med livet för patienter med KOL jämfört med en referensgrupp, samt att undersöka förhållandet mellan livstillfredsställelse, lungfunktion, fysisk kapacitet och livskvalitet.</p>	<p>Kvantitativ studie med beskrivande och tvärsnittsdesign.</p> <p>Frågeformulär delades ut av en av författarna till patienterna när de deltog i utbildningsprogram.</p> <p>Två grupper av patienter deltog samt en kontroll grupp.</p> <p>En grupp patienter med KOL, där 91 deltog, 41 kvinnor och 50 män, medelålder 68.</p> <p>En grupp patienter med KOL samt oxygenbehandling, där 28 deltog, 20 kvinnor och 8 män, medelålder 70 år.</p> <p>En referensgrupp där 150 deltog, 73 kvinnor och 77 män i åldrarna mellan 45-80 år.</p>	<p>Betydligt lägre nivåer av tillfredsställelse rapporteras av båda patientgrupperna än referens gruppen. Både för tillfredsställelse med livet som helhet och tillfredsställelse härrörande från yrkesutbildning / yrkesmässig situation, sexliv och ADL. Patienter med KOL och oxygenbehandling upplevde även lägre tillfredsställelse med familjelivet.</p>
---	---	--	--



Högskolan Väst  
Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur

461 86 Trollhättan

Tel 0520-22 30 00 Fax 0520-22 30 99