



MALMÖ HÖGSKOLA
Hälsa och samhälle

LEVA MED KRONISK OBSTRUTIV LUNGSJUKDOM

-HUR UPPLEVER PATIENTEN SIN VARDAG?

EN LITTERATURSTUDIE

**ANNA BELIN JONASSON
JOHANNA MÜLLER**

Examensarbete i omvårdnad
61-90 hp
Nätburen disans HT 08
Juni 09

Malmö högskola
Hälsa och samhälle
205 06 Malmö
e-post: postmasterhs@mah.se

LEVA MED KRONISK OBSTRUKTIV LUNGSJUKDOM

-HUR UPPLEVER PATIENTEN SIN VARDAG?

EN LITTERATURSTUDIE

ANNA BELIN JONASSON

JOHANNA MÜLLER

Belin Jonasson, A & Müller, J. Leva med kronisk obstruktiv lungsjukdom. Hur upplever patienten sin vardag? En litteraturstudie. *Examensarbete i omvårdnad 15 högskolepoäng*. Malmö högskola: Hälsa och Samhälle. Utbildningsområde omvårdnad 2009.

Kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) är en kronisk, långsamt progredierande lungsjukdom. I Sverige beräknas 400 000 -700 000 personer ha diagnosen KOL - vars orsak bero framförallt på rökning. *Syftet* med föreliggande arbete var att belysa hur patienter med diagnosen KOL upplever sin vardag. *Metoden* var en litteraturstudie som genomfördes i databaserna Medline, Cinahl och PsykInfo. Tio vetenskapliga artiklar ingick i arbetet och alla hade en kvalitativ ansats. *Resultatet* visar hur patienter med KOL påverkas fysiskt, psykiskt och socialt. Andningsbesvär var de symptom som påverkade patienterna mest och kunde variera från dag till dag. Begränsningar i vardagen så som att inte kunna utföra de aktiviteter eller arbetsuppgifter som de tidigare hade kunnat utföra men även bundenheten till hemmet var andra aspekter som lyftes fram. *Slutsats:* Att ha sjukdomen KOL innebar ändrad livssituation och olika strategier gjordes för att kunna hantera det dagliga livet och därmed få god livskvalitet.

Nyckelord: dagligt liv, erfarenheter, KOL, kvalitativa studier, livskvalitet

LIVING WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

-HOW PATIENTS EXPERIENCE THEIR
EVERYDAY LIFE?

A LITERATURE REVIEW

ANNA BELIN JONASSON

JOHANNA MÜLLER

Belin Jonasson, A & Müller, J. Living with chronic pulmonary disease. How patient experience their everyday life? A literature review. *Degree Project, 15 Credit Points*. Malmö University: Health and Society, Department of Nursing, 2009.

Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is a disease with a slow progressive procedure. In Sweden estimated 400 000 -700 000 people have been diagnosed with COPD due primarily to smoking. *The aim* of this study was to illustrate how patients with the diagnostic COPD experience their everyday life. *The method* was a literature review searched in database Medline, Cinahl and PsykInfo. Ten scientific articles were included in the study and they all had a qualitative design. *The results* showed how patient with COPD were affected physically, psychologically and socially. Breathing problems were the symptoms that affected the patients the most and could vary from day to day. Limitations in everyday life such as not being able to do those activities and tasks that they could before but also the confinement to the home were other aspects that were highlighted. *Conclusion*: To have COPD means a change in the everyday life and different strategies were made to be able to handle the daily living and get a good quality of life.

Keyword: COPD, daily living, experience, quality of life, qualitative studies

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

| | |
|--------------------------------------|----|
| INLEDNING..... | 6 |
| BAKGRUND..... | 6 |
| Symptom..... | 6 |
| Orsaker och riskfaktorer..... | 7 |
| Anatomi/fysiologi..... | 7 |
| Patologisk fysiologi..... | 7 |
| Diagnostisering av KOL..... | 7 |
| Behandling..... | 8 |
| Rökstopp..... | 8 |
| Fysioterapi..... | 8 |
| Nutrition..... | 8 |
| Farmakologisk behandling..... | 9 |
| Kirurgisk behandling..... | 9 |
| Sjuksköterskans roll..... | 9 |
| SYFTE..... | 10 |
| Definitioner..... | 10 |
| Kronisk bronkit..... | 10 |
| Emfysem..... | 10 |
| KOL..... | 10 |
| METOD..... | 10 |
| Sökförfarande..... | 10 |
| Sökresultat..... | 11 |
| Granskning..... | 12 |
| Analys..... | 12 |
| RESULTAT..... | 12 |
| Hantera symptom..... | 12 |
| Begränsningar i vardagen..... | 14 |
| Psykologiska reaktioner..... | 14 |
| Frustration..... | 14 |
| Stress..... | 14 |
| Skuld..... | 15 |
| Mening-/meningslöshet..... | 16 |
| Acceptera och hantera sjukdomen..... | 16 |
| Sociala begränsningar..... | 17 |

| | |
|---|----|
| Rollförlust..... | 18 |
| Betydelse av anhöriga, stödpersoner och vårdpersonal..... | 18 |
| DISKUSSION..... | 19 |
| Metoddiskussion..... | 19 |
| Resultatdiskussion..... | 20 |
| SLUTSATS..... | 23 |
| FÖRSLAG TILL YTTERLIGARE FORSKNING..... | 23 |
| REFERENSER..... | 24 |
| BILAGOR..... | 28 |

INLEDNING

Kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) är en kronisk, långsamt progredierande lungsjukdom som karakteriseras av kronisk luftvägsobstruktion (Skoogh & Larsson, 2006). I Sverige beräknas 400 000 -700 000 personer ha diagnosen KOL och mer än 2000 personer dör årligen på grund av sjukdomen (Nationella vårdprogrammet KOL, 2004). År 2020 beräknas KOL vara den tredje vanligaste dödsorsaken i världen (Lundbäck, 2006).

Sjukdomen KOL förekommer framför allt hos rökare. I dagsläget är sjukdomen vanligare hos män men i takt med att rökvanorna hos kvinnor ökar så har antalet insjuknade med diagnosen KOL hos kvinnor därmed också ökat (Rosenhall, 2000).

Vi är två sjuksköterskor som har jobbat inom internmedicin respektive akut-sjukvården i flera år och vi möter ofta patienter med svår KOL. När vi träffar dessa patienter på sjukhuset har de oftast en exacerbation¹ av sin sjukdom som innebär ökad symptombild som ökad andfåddhet, ökad mängd upphostningar och/ eller gul till grön purulenta upphostningar. Det vi har märkt är hur dessa patienter får kämpa med bara att andas och vilken ångest det ger att inte få tillräckligt med luft. För att få en större inblick och förståelse i hur patienter med KOL klarar av sitt dagliga liv trots deras svåra andningsbesvär vill vi därmed i vår uppsats undersöka hur patienter med KOL upplever sin vardag för att kunna ge en så god omvårdnad och bemötande som dessa patienter behöver.

BAKGRUND

Symptom

KOL är en sjukdom som utvecklas långsamt och smygande. Processen kan pågå under flera år och ofta över flera decennier. Symptom vid utvecklande av KOL är andnöd (dyspne), hosta och slem. Det är främst ansträngningsutlöst andnöd som gör att patienten söker läkare. När andnöden debuterar är det vanligt att patienten anpassar sitt dagliga liv och det är inte ovanligt att de skyller på åldrandet eller dåliga konditionen (Hansson, 2006).

Akut exacerbation av KOL är vanligt och det är ungefär en tredje del som har återkommande akuta exacerbationer (Janson & Löfdahl, 2006). Svårighetsgraden av exacerbation varierar och det finns ett samband mellan exacerbationernas svårighet och svårighetsgraden vid KOL (Larsson, S 2006).

¹ Exacerbation betyder försämring eller förvärrande av en sjukdom, jmf skov

Orsak och riskfaktorer

I Sverige är de två dominerande riskfaktorerna för KOL, rökning och stigande ålder. När det gäller rökning finns en tydlig dos-respons förhållande d v s ju mer och längre man röker och ju tidigare man börjar desto större risk finns det att som rökare utveckla KOL (Lundbäck, 2006). Internationellt finns även andra riskfaktorer beskrivna som hög luftförorening. I några yrken där dammexponering är stor som sten-, gruv- och vissa typer av byggnadsarbete är prevalensen också ökad. Ärftliga faktorer kan spela en viss roll för utveckling av KOL och då särskilt hos personer med brist på $\alpha 1$ - antitrypsin (Rosenhall, 2000).

Anatomi/fysiologi

Till de övre luftvägarna räknas näsa, munhåla och svalg, medan de nedre utgörs av struphuvud, luftstrupe och luftrörsförgreningar. Luftstrupen delar sig i två stora luftrörsförgreningar (huvudbronker) som går ner till lungorna. Inne i lungorna delar båda bronkerna sig till mindre och mindre grenar som tillsammans bildar bronkialträdet. Så länge det finns brosk i luftrörsgrenarnas väggar så kallas de för bronker. Den första förgreningen som saknar brosk kallas bronkioler. De respiratoriska bronkiolerna mynnar ut i samlingar av blåsformiga utbuktningar, alveoler. Båda lungorna fyller ut varsin halva av brösthålan. Brösthålan är ett slutet rum och omgivet av bröstkorgen. Höger lunghalva består av tre lober medan den vänstra bara två. Lobindelningen gör att lungorna får större rörlighet under respirationen. Respirationsprocessen kan delas in i fyra delar: ventilation, gasutbytet mellan alveolerna och blodet, gastransporten i blodet och gasutbytet mellan blodet och cellerna.

Inandningen börjar med att brösthålan utvidgas med hjälp av inspirationsmuskulerna (vid vila är diafragma muskeln den viktigaste och vid fysisk ansträngning är diafragma och interkostalmuskulerna) och trycket inne i pleuraspalten sjunker. Denna tryckreduktion gör så att lungorna dras utåt tillsammans med bröstkorgsväggen. När sedan inandningen är avslutad slappnar musklerna av. Vid vila sker utandningen passivt, detta beror främst på att de elastiska krafterna i lungorna och bröstkorgen drar ihop lungorna när inspirationsmuskulerna slappnar av (Bjålie, m fl 2005).

Patologisk fysiologi

Vid utvecklande av KOL finns det två huvudkomponenter dels de inflammatoriska förändringarna i de små luftrören (bronkiolit) och dels emfysem. Lungornas elastiska egenskaper ändras då en emfysemutveckling föreligger. Förändringen medför obstruktivitet vilket medför ett ökat andningsarbete för personer med KOL (Larsson, 2006 a). I början av sjukdomen är patienten relativt opåverkad men allt eftersom sjukdomen progredierar blir symptom som andnöd, allt värre, och då forcerad expiratorisk volym (FEV) är 30 procent eller lägre upplever patienten dyspne även vid låg ansträngningsgrad (Hansson, 2006).

Diagnostisering av KOL

Vid diagnostisering av KOL utförs en spirometrisk undersökning av patientens lungkapacitet. Resultatet av undersökningen visar dels hur stor volym luft lungorna är kapabla att hålla, vital kapacitet (VC) och dels hur stor volym man kan andas ut på en sekund (FEV¹). Från dessa två värden beräknas kvoten vilken

används för att bedöma graden av obstruktivitet i luftvägarna FEV procent (Larsson, 2006 a). Det uppmätta värdet jämförs därefter med referensvärde från friska personer, d v s de värden en frisk person med samma kön, ålder och storlek skulle ha (Hjärt- och lungsjukas riksförbund).

I Sverige diagnostiseras svårighetsgraden av KOL utifrån FEV procent och där FEV procent skall ligga < 70 procent. KOL klassificeras i olika svårighetsgrader: preklinisk, lindrig, medel svår och svår KOL. Vid svår KOL har patienter ett FEV procent mindre än 40 procent (Skoogh & Larsson, 2006). På patienter med diagnostiserad KOL utförs årligen mätningar av FEV procent för att bedöma sjukdomens progrediering (Larsson, 2006 a).

Behandling

I dagens läge finns det ingen behandling som botar KOL, därför inriktas behandlingen på att bromsa sjukdomsförloppet och att lindra symptom (Emtner & Olséni, 2006).

Rökstopp

Eftersom tobaksrökning är den vanligaste orsaken till KOL, så är den viktigaste enskilda åtgärden personerna kan göra, är att sluta röka. Det finns en hel del hjälp att erbjuda de som önskar sluta röka som t.ex. Rökavvänjningsmottagning, Sluta-Röka- Linjen, nikotinersättningsprodukter m.m. Det är lika viktigt med ett förebyggande arbete så att människor aldrig börjar röka som att få individer till att sluta (Larsson & Gilljan, 2006).

Fysioterapi

Rehabiliteringsprogram har visat sig vara av stort värde för personer med KOL. I dessa program kan de lära sig att mildra symptom och få behandlingsberedskap för hur sjukdomen kan skötas. Fysisk träning har visat att det bidrar både till fysiologiskt och psykologiskt förbättring av livssituationen. Sjukgymnasterna har en viktig roll och deras uppgift har till syfte att förbättra, bibehålla eller kompensera rörelse- och funktionsproblem som sjukdomen kan orsaka. Träning av andningsteknik har till syfte att minska dyspne genom att minska andningsarbetet, sänka andningsfrekvensen, avlasta andningsmuskulaturen och om möjligt förbättra diafragmans funktion. Behäskar patienterna en god teknik så kan de uppleva en större kontroll och trygghet i en situation med svår dyspne (Emtner & Olséni, 2006).

Nutrition

Hos patienter med KOL är kroppens energibalans ofta påverkad. Det är vanligt med viktförlust och undernäringstillstånd. Detta kan bero på att de har en ökad energiförbrukning, men den är ofta också i kombination med ett minskat, eller otillräckligt intag av energigivande ämnen, vitaminer och mineraler. Det kan vara svårt att på egen hand kompensera den ökade energiförbrukningen med ökat energiintag, speciellt svårt kan det vara att få i sig tillräckligt med proteiner till den nivå som sjukdomen kräver. Kroppsvikten bör ligga över 90 procent av idealvikten och för att uppnå detta kan sjuksköterskan förmedla kostråd, se till att näringspreparat delas ut och vid behov ge sondnäring. Förbättring av nutritions-

status är en förutsättning för att den vidare behandlingen skall bli så optimal som möjlig (Grönberg, 2006).

Farmakologisk behandling

Eftersom det inte finns någon läkemedelsbehandling som påverkar långtidsförloppet hos patienter med KOL så blir målsättningen med behandlingen att reducera symtom och förbättra livskvalitet. Effekten av läkemedel vid KOL är inte fullt så uttalad så därför bör varje preparat utvärderas var för sig. Detta görs lättast om ett läkemedel sätts in åt gången (Hedlin m fl 2003). Förstahandsterapi vid symtomatisk behandling av patienter med KOL är bronkdilaterande farmaka (Larsson 2006 b). Vid medelsvår KOL och om bronkdilaterande läkemedel inte har gett tillräcklig symptomlindring bör inhalationssteroider övervägas. Årlig influensavaccinering och vaccination mot pneumokockinfektioner vart femte år rekommenderas till patienter med medelsvår till svår KOL. Patienter med svår KOL som utvecklar hypoxi utan exacerbation kan långtidsoxygenterapi (LTOT) behövas, men då måste patienten bedömas av lungspecialist. Denne bedömer patientens sjukdom, förmåga att genomföra LTOT vad gäller säkerhet, förmåga att hantera utrustning m m (Hedlin m fl 2003).

Kirurgisk behandling

Lungtransplantation kan i enstaka fall komma ifråga när det gäller patienter med KOL och har svår respiratorisk insufficiens (Hillerdal, 2006).

Emfysemkirurgi innebär att delar av lungan tas bort så att de kvarvarande delarna kan fungera bättre. Reduktionen av lungvolymen innebär att det negativa trycket håller bronkiolerna öppna (Hillerdal, 2006).

Sjuksköterskans roll

I kompetensbeskrivning för sjuksköterskor betonas att oavsett var sjuksköterskorna arbetar och med vad, ska deras arbete bygga på evidensbaserad kunskap. Arbetet skall utföras i enlighet med gällande författningar, föreskrifter, lagar m m. De skall kunna tillvarata det friska hos patienten men även kunna tillgodose patientens basala och specifika omvårdnadsbehov utifrån fysiska, psykiska, sociala, kulturella och andliga perspektiv (Socialstyrelsen, 2005).

Bergbom och Nilsson (2000) beskriver att sjuksköterskan har en viktig roll i mötet med patienten med KOL och som har andningssvårigheter. Sjuksköterskan och patienten bör samarbeta för att hitta strategier som kan underlätta andningsarbetet både i det akuta skedet och på lång sikt. I det akuta skeendet kan sjuksköterskan vara den lugnande personen som hjälper patienten att hitta rätt andningsteknik, ge sitt emotionella stöd och administrerar läkemedel som hjälper den andningspåverkade patienten (a a). Medan på långsikt kan sjuksköterskans uppgift vara att ge undervisning, rådgivning och handledning. Dessa uppgifter om förhållanden kring andningsproblemen är oftast ett förebyggande arbete och har till avsikt att hjälpa patienterna att klara av sin livssituation. Patienter med andningsproblem upplever ofta ångest i samband med sin sjukdom och ångesten kan då lindras genom ett gott omhändertagande. En sjuksköterska med säkerhet och kunnighet, och som vet vad som bör göras för patienten, kan därmed underlätta patientens fysiska och psykiska besvär (Mathisen & Dahle, 2000).

SYFTE

Syftet med föreliggande litteraturstudie var att belysa hur patienter med diagnosen KOL upplever sin vardag.

Definitioner

Kronisk bronkit

Kronisk bronkit diagnostiseras utifrån patientens sjukdomshistoria. Där symptom på daglig, produktiv hosta vars varaktighet är minst tre månader. Andra sjukdomstillstånd med liknande klinisk bild ska vara uteslutna (Rosenhall, 2000).

Emfysem

Emfysem definieras som en patologisk anatomisk förstoring och destruktion av lungvävnaden perifert om lufrören (Skoogh & Larsson, 2006).

KOL

KOL är en samlingsbeteckning för kronisk bronkit och emfysem, där det samtidigt föreligger inflammatoriska förändringar i de små perifera lufrören (bronkiolit). Emfysem bidrar, tillsammans med bronkioliten, till den kroniska luftvägsobstruktionen vid KOL (Skoogh & Larsson, 2006).

METOD

Det har genomförts en litteraturstudie på ett systematiskt sätt och det innebär enligt Forsberg och Wengström (2008) att de artiklarna som väljs görs på ett systematiskt sätt och att metoden för urvalet är definierad. Litteraturstudien skall även innehålla ett identifierat intresseområde, beskriva den sökstrategi man har använt sig av för att identifiera artiklarna och på vilka grunder man har valt artiklarna d.v.s. inklusions resp. exklusionskriterier. Det skall även göras en analys av de ingående artiklars resultat samt kvalitetsgranskning. Vi kommer att presentera vårt tillvägagångssätt med följande rubriker: *sökförfarande, sökresultat och granskning*.

Sökförfarande

Det fanns mycket skrivet om sjukdomen KOL och för att begränsa sökningen till föreliggande syfte valdes följande inklusions- respektive exklusionskriterier:

- Artiklarna skulle vara skrivna på engelska eller något av de skandinaviska språken.

- Inte äldre än fem år d.v.s. från 2004 - 2009.
- Ingen artikel fick vara review.
- Utvalda artiklar skulle i slutändan ha grad I i kvalitetsbedömningen enligt Carlsson och Eiman (2003) kvalitetsbedömningsmall. Grad I innebär hög vetenskaplig kvalitet, grad II medel god vetenskaplig kvalitet och grad III låg vetenskaplig kvalitet.

Litteratursökningen genomfördes under november 2008 till januari 2009. De databaser som användes var Medline, Cinahl och PsykInfo. Den databas som kommer att redovisas inne i arbetet är: Medline (tabell 1) medan sökningsresultatet av de andra databaserna som Cinahl och PsykInfo redovisas som bilaga (bilaga 1). Detta görs för att det inte gav något nytt material utöver det författarna fått i Medline.

Medical Subject Healings terms (MeSH-termer) som användes var: pulmonary disease chronic obstructive, activities of daily living, och quality of life. Det användes även ett sökord som experience* för att ytterligare få en bättre sökträff på föreliggande syfte. För att begränsa antal träffar användes Booleska sökoperatormen "AND".

Urvalet gick till så att titeln fick i första hand avgöra om artikeln svarade mot föreliggande syfte. 115 stycken titlar ansågs intressanta. Av dessa lästes 89 st abstrakt. Fyllde även abstraktet syfte så lästes hela artikeln vilket blev 35 stycken. Av dessa 35 sorterades ytterligare 9 stycken artiklar bort för att de inte motsvarade helt föreliggande syfte. Kvar blev 26 stycken artiklar som kvalitetsbedömdes utifrån bedömningsmallarna av Carlsson och Eiman (2003), (bilaga 2a och 2b). De artiklar som inte hade kvalitetsbedömnings grad I utslöts. För att få grad I måste artiklarna ha 80 procent eller mer av det totala poängantalet, grad II 70 - 80 procent och grad III minst 60 procent. Kvar blev 10 stycken artiklar.

Sökning utfördes även manuellt genom att titta i artiklars referenslistor. Detta gav dock inget ytterligare material.

För att få nya infallsvinklar på sökande adderades phenomenological study till sökprofilen men detta gav dock inga ytterligare artiklar.

Sökresultat

Tabell 1

| Databas | Sökord | Träffar | Lästa titlar | Lästa abstrakt | Lästa artiklar | Kvalitets bedömda artiklar | Valda artiklar |
|---------|---|---------|--------------|----------------|----------------|----------------------------|----------------|
| MedLine | 1 Pulmonary Disease Chronic Obstructive | 3232 | | | | | |
| | 2 Experience* | 61944 | | | | | |
| | 3 Activities of daily living | 9037 | | | | | |
| | 4Quality of life | 25647 | | | | | |

| | | | | | | | |
|--|---------------|-----|----|----|----|----|----|
| | 1 AND 2 | 315 | 53 | 45 | 20 | 17 | 10 |
| | 1 AND 3 | 189 | 12 | 9 | 4 | 2 | 0 |
| | 1 AND 4 | 828 | | | | | |
| | 1 AND 2 AND 3 | 33 | 2 | 2 | 1 | 0 | 0 |
| | 1 AND 2 AND 4 | 84 | 7 | 6 | 1 | 1 | 0 |
| | 1 AND 3 AND 4 | 92 | 4 | 4 | 1 | 1 | 0 |

Granskning

Artiklarna lästes igenom ett flertal gånger av båda författarna, var för sig, för att bekanta sig med materialet. För att bedöma artiklarnas vetenskaplighet användes Polit och Beck (2006) granskningskriterier (bilaga 3). När artiklarna var granskade påbörjades kvalitetsbedömningen och denna utfördes av båda författarna, var för sig, för att sedan jämföras. Två av de tio artiklarna fick olika poängsummer vid kvalitetsbedömningen (skiljde en till två poäng) dessa diskuterades och när båda författarna var överens räknades en ny poängsummer fram. Granskningsprotokollen redovisas i bilaga (bilaga 4a-4j). Artiklarna presenteras i en artikelmatris (bilaga 5).

Analys

Under arbetets gång hade fyra övergripande teman utkristalliserat sig. Ur dessa teman kunde vi identifiera följande huvudkategorier: Hantera symtomen, Begränsningar i vardagen, Psykologiska reaktioner samt Betydelse av anhöriga, stödpersoner och vårdpersonal.

RESULTAT

Vårt resultat bygger på tio vetenskapliga artiklar och alla använde sig av en kvalitativ metod. Tre är från Storbritannien, två från Sverige och resterande från Finland, Nederländerna, Canada, USA och Taiwan.

Föreliggande arbetsresultat kommer att presenteras utifrån de fyra huvudkategorierna.

Hantera symptom

De vanligaste symptomen som patienterna med KOL beskrev var: andnöd, hosta och segt slem. Men även andra symptom som trötthet, syrebrist och viktnedgång nämndes. De flesta av deltagarna beskrev att det kunde variera från dag till dag och till och med från timme till timme hur man upplevde sina besvär (Barnett, 2005).

Värst av alla symptom var andnöd, att inte få luft. Detta framkom i samtliga artiklar (Barnett, 2005; Chen m fl 2008; Cicutto m fl 2004; Ek & Ternstedt 2008;

Elofsson & Öhlén, 2004; Fraser m fl 2006; Habraken m fl 2008; Kanervisto m fl 2007; Robinson, 2005 och Seamark m fl 2004).

I Barnett's (2005) studie fick deltagarna svara på ostrukturerad intervjufrågor, och på frågan: Kan du beskriva hur det känns att inte få luft? Beskrev en man det så här:

"It's like a garden tube... and if you pinch the tube it closes off ...and you just can't breath".
(Barnett, 2005 s 809)

Patienterna valde olika strategier för att hantera andningsbesvären. Den vanligaste åtgärden var att medicinera (Barnett, 2005; Chen m fl 2008; Cicutto m fl 2004; Elofsson & Öhlén, 2004; Fraser m fl 2006; Habraken m fl 2008; Robinson, 2005). I Fraser's m fl (2006) studie beskrev en man hur viktig hans inhalator var:

"Like my American Express Card, I never leave home without it."
(Fraser m fl 2006 s 553)

I Cicutto's m fl (2004) studie framkom det att flertalet av deltagarna utförde samtidigt med medicinintaget olika typer av effektiva andningsövningar som diafragma- och läppandning (a a).

För att lära sig att hantera sina andningssvårigheter och hitta strategier för att spara på krafterna i vardagen hade en del deltagarna gått med i ett lungrehabiliteringsprogram. Detta upplevde de som mycket positivt (Chen m fl 2008; Cicutto m fl 2004; Fraser m fl 2006 Kanervisto m fl 2007; Robinson, 2005).

I en studie av Fraser m fl (2006) framkom det bland annat att de som använde LTOT i hemmet valde några att höja andningsoxygen en stund när andningsbesvären blev allt för besvärande.

Stanna upp eller att dra ner på tempot var en annan vanlig metod (Chen m fl 2008; Cicutto m fl 2004; Habraken m fl 2008). I Chen's m fl (2008) studie framkom det andra metoder som hur personerna undvek att dricka eller äta kall mat för att inte trigga igång hostan. För att få upp det sega slemmet hade många lärt sig att utföra en effektiv hostteknik (a a).

Att leva med KOL jämförde många av deltagarna med att ha ett hårt arbete (Ek & Ternestedt, 2008; Elofsson & Öhlén, 2004). När sjukdomen sedan varierar från en bättre period till en sämre så upplevde deltagarna en enorm trötthet och detta påverkade inte bara fysiskt utan även psykiskt (Ek & Ternestedt, 2008).

Tröttheten som beskrevs av flera deltagare berodde inte bara på att de sov för få timmar per natt (Barnett, 2005) utan även att mycket av energi under dagen gick åt till att andas och få luft (Barnett, 2005; Ek & Ternestedt, 2008). Tröttheten gjorde att deltagarna ibland var tvungna att be om hjälp från anhöriga eller av någon vårdpersonal för att klara av de dagliga aktiviteterna (Barnett, 2005; Elofsson & Öhlén, 2004; Fraser m fl 2006; Habraken m fl 2008).

Att gå ner i vikt på grund av sjukdomen var en negativ effekt som framkom i Seamark's m fl (2004) studie. Flera av deltagarna i Barnett's studie (2005) uppgav att andnöden gjorde att de blev fort fysiskt trötta så de orkade inte få i sig tillräcklig med mat och därmed inte tillräckligt med näring (a a).

Begränsningar i vardagen

I Barnett's (2005) och Elofsson & Öhlén's (2004) studier upplevde deltagarna att morgonen var värst, för då var de fysiska kraven större än vad de hade resurser till, med tanke på att de skall stiga upp, gå på toaletten, tvätta sig, klä sig, äta frukost m.m. Det tog åtskilliga timmar innan de kände sig någorlunda "normala" och hade fått effekt av sina mediciner (a a).

Andra aktiviteter som upplevdes oerhört jobbiga var när de skulle duscha eller bada, speciellt om de levde ensamma och inte hade någon som kunde hjälpa dem. De var rädda att de skulle bli så andningspåverkade att de inte skulle kunna ta sig ur duschen/badkaret själva. Att tvätta håret genom att böja sig fram var bland de värsta deltagarna kunde tänka sig, för att de måste dels stå framåt lutad och dels få en massa vatten i ansiktet. Böja sig framåt överhuvud taget var mycket ansträngande för dem så som att knyta sina skosnören eller tvätta fötterna (Barnett, 2005; Elofsson & Öhlén, 2004).

I samtliga studier beskrev deltagarnas hur deras liv hade förändrats från ett aktivt liv till ett mer slentrian och passivt liv på grund av sjukdomen. För att klara av det dagliga livet var de tvungna att ändra prioriteringar och även till viss del sin livssituation. Deltagarna blev varse om att de inte var längre kapabla till att utföra vissa aktiviteter som de tidigare hade kunnat utföra (Barnett, 2005; Chen m fl 2008; Cicutto m fl 2004; Ek & Ternestedt 2008; Elofsson & Öhlén, 2004; Fraser m fl 2006; Habraken m fl 2008; Kanervisto m fl 2007; Robinson, 2005 och Seamark m fl 2004).

En stor del av tiden användes till ingenting, läsa tidningen, titta på TV, prata i telefon eller aktiviteter som inte kräver så mycket fysisk ansträngning (Cicutto m fl 2004; Elofsson & Öhlén; 2004 och Habraken m fl 2008).

"If I'm honest, I have to say that I live in that chair for 99 % of the time."
(Habraken m fl 2008, s 847)

För att hantera sjukdomen hade deltagarna lärt sig nya rutiner för att klara av vardagen. Dagens sysslor delades därmed upp i små bitar där man vilade och hämtade andan innan nästa moment kunde genomföras (Habraken m fl 2008). Deltagarna beskrev också hur bundna de var till hemmet genom att de var beroende av mediciner och LTOT, vilket i sin tur kunde göra det dagliga livet begränsat (Elofsson & Öhlén, 2004). En del var inte bekväma med LTOT för att det kände sig generade som en uttryckte.

Att ha andra grundsjukdomar i botten påverkade också hur väl de klarade av det dagliga livet (Elofsson & Öhlén, 2004).

Psykologiska reaktioner

Att leva med KOL innebar att känslor som frustration, stress, skuld, och mening/meningslöshet präglade vardagen (Barnett, 2005; Chen m fl 2008; Cicutto m fl 2004; Ek & Ternestedt 2008; Elofsson & Öhlén, 2004; Robinson, 2005)

Frustration

Många av de tillfrågade var snarare frustrerade än deprimerade över sin situation – att de inte orkade och hade andnöd vid minsta fysiska ansträngning (Barnett, 2005).

”Daily life can be hard and frustrating. You want to do so many things but your body is not able to.”
(a a s 810)

Att sköta sin allmän daglig livsföring (ADL) var oerhört komplicerat för många av patienterna. Att inte vara kapabel ledde till frustration och ängslan (Robinson, 2005).

”Washing gets your breathless ... the thought of it give me a nightmare.”
(a a s 40)

Stress

Stressen att inte få luft styrde informanternas liv. Informanterna upplevde det stressande att inte veta hur mycket det skulle kunna klara av att göra från den ena dagen till den andra (Ek & Ternestedt 2008). Att inte veta när vårdpersonalen skulle komma var också stressande (Elofsson & Öhlén, 2004).

Stressen att inte kunna få luft ledde till oro och kunde till och med kulminera i panikkänslor, och under dessa panikkänslor kändes det som de skulle kollapsa och dö (Barnett, 2005).

I takt med att sjukdomen progredierade hade de flesta informanterna lärt sig att förhålla sig till och bemästra panik känslorna, självsuggestion och anhörigstöd hjälpte när det var som jobbigast (Barnett, 2005; Ek & Ternestedt 2008; Robinson, 2005).

”You feel as if you are n your last breath. It’s very frightening. When this happens I need someone to hold my hand and talk to me, that give me comfort. Gives me some control.”
(Barnett 2005, s 810)

Skuld

Skulden att inte kunna sluta röka fanns, också att acceptera att skadan av tidigare rökning var problematiskt (Robinson, 2005). Även om alla deltagarna visste att sjukdomen KOL berodde på rökning så var det mer än hälften som fortfarande rökte. De ansåg att skadan redan var skedd (Barnett, 2005). Några av deltagarna beskrev ånger för att de själva hade orsakat sin sjukdom genom att ha rökt cigaretter. De funderar hur deras liv hade varit om det inte hade börjat röka eller om de hade slutat röka tidigare (Ek & Ternestedt 2008).

”If I had quit smoking then maybe I would have been mush better now.”
(Elofsson & Öhlén 2004, s 613)

Många av deltagarna kände skuld att de inte motionerade som de borde (Cicutto m fl 2004).

"Well. Like I might skip a walk one day but I try and make it up on the weekend, weekends are holidays, right? We have them off. So, but, I try and make it up." (Cicutto m fl 2004, s 172)

Mening-/meningslöshet

Att känna att livet hade mening trots att man hade en sjukdom som begränsar en i vardagen var en utmaning att hantera. Faktorer som hade betydelse för att känna mening var att känna sig kapabel och att känna samhörighet med andra (Ek & Ternestedt, 2008). I Chen´s m fl (2008) studie beskrev hur deras emotionella tillstånd hade ändrats under sjukdomens gång och hur de försöker vända negativa tankar till positiva.

Att bli erkänd och sedd som den personen man var innan betydde mycket för deltagarna. En del tyckte att det fokuserades för mycket på själva sjukdomen och svagheterna än styrkan varje person hade (Ek & Ternestedt, 2008).

"I have so much to give – I'm great with teenagers, I'm a good grandmother, I'm a good wife, that's what I believe...you understand...no one asks about that." (Ek & Ternestedt 2008, s 475)

I Elofsson och Öhlén (2004) undersökning upplevde några av deltagarna att livet inte hade någon mening. Att leva med KOL på äldre dar innebar för dem att man var ensam och de upplevde sig som ensamma. De förväntade inte så mycket mer av livet längre för att de visste att de kan inte kunde ändra på omständigheterna eller utgången på sjukdomen (a a).

"So I live as long as I live. Life isn't very rewarding, certainly not." (Elofsson & Öhlén 2004, s 613)

Att acceptera och hantera sjukdomen

De flesta accepterade att deras sjukdom berodde på rökning eller var relaterad till deras yrke (Barnett, 2005). I samma studie uttryckte en:

"I know it's self-inflicted. I'm not very happy about it, but you have to accept it. My mother and father smoked, it was a way of life, smoking. We were not aware then of the health damage it could do." (a a s 808)

Att ha KOL innebar att man gradvis blivit försämrade och att man successivt vände sig vid försämringen, denna process kunde pågå under flera år och synen på sig själv som sjuk kunde variera (Habraken m fl 2008).

"We're not really ill. It may sound funny, but a COPD patient is not ill. He is breathless. Whenever I get an infection, a bacterium, then I'm ill. But like now, I'm not ill because I can eat properly, I can still laugh, I still have fun in my life."
(Habraken m fl 2008, s 847)

Adaptionen eller den gradvisa tillvänjningen kändes ofta inte så markant, eftersom de var äldre som hade grav KOL jämförde de sig själva med andra individer i samma ålder, dessa hade ofta andra sjukdomar som kunde uppfattas som nog så kämpiga att hantera så i jämförelse till dem var deras egna liv acceptabla (Habraken m fl 2008).

"These lungs won't get any better. That's something you need to accept. Well, compared to other people....everyone has got something at my age! I feel lucky to have what I have."
(a a s 847)

I Chen's m fl (2008) studie trodde några av deltagarna att de måste acceptera deras sjukdom efter som det var deras öde.

"We have treatment, but the disease was not cured, so I have to face my fate."
(a a s 600)

De flesta patienterna hade trots allt hittat positiva coping strategier och att de trots allt accepterade sjukdomen med dess begränsningar (Seamark m fl 2004).

"I think far more along the lines of can do rather along the lines what is impossible to do."
(a a)

Några patienter tyckte att det var omöjligt att göra framtidsplaner och försökte så långt det var möjligt att leva i nuet (Seamark m fl 2004)

Sociala begränsningar

Kronisk obstruktiv lungsjukdom påverkade individen på alla plan. De tidigare fysiska aktiviteterna som ofta skedde utanför hemmet, ersattes av mindre fysiskt påfrestande aktiviteter i hemmet (Barnett, 2005; Cicutto m fl 2004). I Barnett's (2005) undersökning upplevde sex av tio att det var bundna till hemmet. Bundenheten till hemmet berodde inte bara på att man inte fysiskt orkade utan i Chen's m fl (2008) undersökning, stannade en informant hemma för att undvika miljöer med dålig luft.

"I seldom go to the parties or gatherings. I don't like to dine out in restaurants that are filled with second-hand smoke. I'd rather not go if I don't have to."
(Chen m fl 2008, s 599)

Rollförlust

Deltagarna nämnde och var medvetna att det hade i stor utsträckning uppstått rollbyte i familjen, ja till och med att deras partner stod för de flesta rollerna eftersom de inte längre var kapabla att göra det som de hade ombesörjt innan sjukdomen hade progredierat (Barnett, 2005; Kanervisto m fl 2007; Robinson, 2005; Seamark m fl 2004).

I Barnett's (2005) studie upplevde en kvinna det som:

"I get very upset when my husband helps me. I realize there is nothing wrong with that, I just find it very hard to accept." (a a s 809)

De som framför allt hjälpte dem i vardagen var deras anhöriga. Upplevelsen att be om hjälp hade också varit en process- över tid hade det blivit lättare och lättare att be om hjälp (Kanervisto m fl 2007). Att förhållandet var så ojämnt på grund av sjukdom ledde ofta till att det lätt uppstod spänningar och den anhöriga kände sig ofta frustrerad och uttråkad eftersom de var så mycket hemma och inte kunde leva ett aktivt och utåtriktat liv tillsammans (Seamark m fl 2004).

Betydelse av anhöriga, stödpersoner och vårdpersonal

Även om sjukdomen för många hade inneburit rollförlust och ökad irritation sinsemellan så var det de nära anhöriga som bidrog till att de trots sjukdom, för det mesta upplevde en god livskvalitet (Barnett, 2005). Det sociala livet var ofta väldigt reducerat och bestod mycket av telefonkontakt med vänner och familj (Seamark m fl 2004).

"The relationship (with family) has not suffered but it's a different kind of relationship it's a telephone relationship" (Seamark m fl 2004, s 623)

Deltagarna förstod klart och tydligt att det inte fanns något bot mot KOL. Deras motivation att leva vidare trots KOL kom antingen från dem själva (överlevnadsinstinkten eller mer rädslan för att dö) eller vanligare stödet från anhöriga (Cicutto m fl 2004).

När det blev uppmärksammade och erkända så gav de styrka till att fortsätta att leva vidare. Deras vilja till att fortsätta leva berodde på deras samhörighet till andra personer. Samhörighet och socialt aktiv med andra och då speciellt med barn och barnbarn, var viktigt. Samtala med andra var viktigt i det dagliga livet, möjligheten att chatta och dela med sig av sina erfarenheter till andra personer som är i liknande situationer gav dem också styrka att fortsätta leva (Ek & Ternestedt 2008).

"This group [support group] has been a tremendous support. First of all, it's a great group, very upbeat and able to talk to each other. We help each other to talk through our anxieties and get help; hi, how are you, how's it going?" (a a s 476)

Att delta i ett lungrehabiliteringsprogram upplevdes väldigt meningsfullt, för att man mötte andra i samma situation och de anhöriga hade möjlighet att träffa andra anhöriga (Kanervisto m fl 2007; Robinson, 2005). Lungsjuusköterskan ansåg de kunde ge den bästa uppmuntran och informationen.

I Habraken's m fl (2008) studie framkom det att när vårdpersonalen träffade patienter med KOL på vanliga rutinkontroller diskuterade de sällan hur jobbigt de stundtals hade det med sitt dagliga liv, eftersom de ansåg att deras lungor var förstörda och de var inte medvetna att de kunde förbättra sin situation. Ett resultat av de inte diskuterade sin dagliga situation ledde till att de gjorde egna antagande om sin prognos.

"I make calculations. Before, my lung function was 35%, and 2 years later it was 5% less. So, I calculate a loss of 5% every 2 years. That's means that after 4 or 5 years, grandpa will be gone." (a a s 848)

I Chen's m fl (2008) studie hade däremot deltagarna följt läkarens föreskrifter. Informanterna gick upp klockan fyra på morgonen för att följa de råd som doktorn hade gett dem.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Forsberg och Wengström (2008) skriver att urvalsprocessen sker i olika steg när det skall genomföras en litteraturstudie. Första steget som de beskriver var: att identifiera intresseområde och definiera sökord. I vårt fall var intresseområde att belysa hur patienter med KOL upplevde sin vardag. Nu i efterhand ser vi att intresseområdet var något stort och kunde ha antingen begränsats till en tydlig frågeställning eller vinklat ur ett annat perspektiv. Valet av sökord och MeSH termer kan ha en påverkan på hur resultatet av antalet träffar blev.

Nästa steg var att bestämma inklusions och exklusionskriterier. Eftersom det fanns mycket skrivet om sjukdomen KOL begränsades sökningen till de fem sista åren. Detta gjordes dels för att få det senaste skrivet om ämnet men även för att få ett hanterbart material. Fem års begränsning kan ha gjort att relevanta artiklar inte kom till vår kännedom. Författarnas språkliga begränsning gjorde även att alla med ett annat språk utöver engelska och de nordiska språken inte kunde analyseras.

Steg tre var att genomföra sökningar i databaser. Att söka artiklar på ett systematiskt sätt i olika databaser var en relativ ny företeelse för författarna. Till en början var vi noviser, men allteftersom sökningen fortskred blev kunskapsnivån högre. Valet av databaser kan ha en påverkan på vilka artiklar som kom fram.

Steg fyra var att manuellt söka artiklar. Det gjordes manuella sökningar men eftersom tidsbegränsningen på fem år fanns som inklusionskriterie, kunde det ses

att fem år var en kort tid i det sammanhanget och då hade kanske tio år varit bättre.

Steg fem var att välja relevanta titlar och läsa abstrakt. Enligt Backman (2008) skall en vetenskaplig tidskriftsartikel indexeras med författare, titel, publiceringsår, tidskrift, ISSN, dokument typ, språk, söktermer och abstrakt. Det första som visade sig vid sökningarna var artikelns titel och den användes för att göra första urvalet. Om titeln motsvarade syftet eller om det inte helt framgick vad artikeln handlade om, på bara titeln, lästes abstraktet. Frikostigheten att läsa abstrakt fick råda för enl Backman (2008) registreras vanligtvis hela abstraktet, ord för ord. Den detaljerade registreringen gjorde att många artiklar kunde uteslutas redan på detta stadium.

Sista steget var att läsa artiklarna i sin helhet och göra kvalitetsgranskning. Både granskningen och kvalitetsbedömningen gjordes utifrån en beskriven förlaga och för att minska på subjektiviteten utfördes sökningarna, granskningarna och kvalitetsbedömningarna var för sig av författarna. Det anses enl Willman m fl (2006) ge större tyngd bakom resultatet om det är minst två personer oberoende av varandra som utför dessa moment. De artiklar som valdes bort efter granskningen uppnådde inte grad I i vetenskapliga kvalitén.

Resultatdiskussion

Vi har under arbetets gång fått fördjupade kunskaper i hur patienter upplever det är att leva med KOL, att det var påfrestande att leva med KOL visste vi sedan tidigare men att det påverkade individen på alla plan hade vi inte reflekterat över tidigare.

I alla artiklar berättar informanterna om att inte få luft och hur ångestskapande det är att ha andnöd (Barnett, 2005; Chen m fl 2008; Cicutto m fl 2004; Ek & Ternestedt 2008; Elofsson & Öhlén, 2004; Fraser m fl 2006; Habraken m fl 2008; Kanervisto m fl 2007; Robinson, 2005 och Seamark m fl 2004). Just andnöd är de symptom som beskrivs oavsett granskade undersökningar. I en annan studie som Bailey (2004) genomförde djupintervjuade de patienter med familj för att söka förståelse för om det fanns någon korrelation mellan att vara orolig och ha andnöd. Författarna påvisade att de som hade en orolig personlighet hade mycket jobbigare andnöd. Denna slutsats kan tyckas självklar men är värdefull att lyfta fram i ett omvårdnadsperspektiv. Sjuksköterskan kan vara den som lindrar andnöden genom att vara en stabil och lugnande person vilket även Bergbom och Nilsson (2000) beskriver.

LTOT upplevdes av de flesta som positivt, många gånger som en extra livlina. Några patienter beskrev att de tillfälligt höjde andningsoxygen vid andnöd för att få luft (Fraser m fl 2006). I Robinson's (2005) studie var det en informant som var frustrerad över att trots användandet av LTOT under några år, blev andningen successivt sämre. Att successivt uppleva försämring i sitt hälsotillstånd trots att de har lagt om sin livsstil t ex att sluta röka är säkert arbetsamt att hantera. Här har sjuksköterskan en viktig stödjande roll och informera om de inte hade slutat att röka hade de med största sannolikhet mått ännu sämre i sig andning.

I en undersökning som var gjord i Taiwan, framkom det att informanterna använde sig av andra strategier för att bemästra sina olika andningsrelaterade symptom, t ex att undvika kall mat eller dryck för att förhindra att man börjar hosta (Chen m fl 2008). I en annan studie som Jeng m fl (2002) genomförde, även den var Taiwanesisk, beskrevs andra alternativa metoder för att lindra symptom. Här använde informanterna sig av Shian Kung gymnastik som bland annat gick ut på att träna och anpassa andningen. Det är intressant att se exempel på att kulturella skillnader kan ge sig till uttryck när symptom skall kureras. I Chen's m fl (2008) studie trodde några av informanterna att sjukdomen var deras öde och att de var tvungna att acceptera det, även här ser vi en kulturell skillnad. I väst världen talas det nästan aldrig om ödets makt utan här är fokus på individens individuella handlande och möjlighet att påverka sitt liv. Vid sjukdom kan detta vara mycket ångestskapande eftersom kontrollen över livet är förlorad (Jahren Kristoffersen, 2000).

Den förlamande tröttheten som många patienter upplevde påverkade deras liv (Ek & Ternstedt, 2008). Tröttheten medförde att de fysiskt inte orkade få i sig tillräckligt med energi och näringsämnen (Barnett, 2005). Seamark m fl (2004) redovisade en informant att det var negativt att gå ner i vikt på grund av sin sjukdom. I arbetets granskade artiklar berörs inte nutritionens betydelse för patienter med KOL i någon större utsträckning. Detta är anmärkningsvärt eftersom i Socialstyrelsens riktlinjer står det att undernäring är en oberoende riskfaktor för tidig död till följd av KOL. Låg vikt är dessutom också relaterad till osteoporos, försämrad livskvalitet och dålig muskelfunktion (Socialstyrelsen, 2004). Omvårdnadsteoretikern Virginia Henderson hävdar att det är en omvårdnadsuppgift att hjälpa patienten till eller att skapa förutsättningar för att kunna äta och dricka tillräckligt (Henderson, 2000). Som sjuksköterska är det här vi skall ta tillvara på våra professionella kunskaper, genom att identifiera ett eventuellt problem med vikten, initiera kontakt med dietist samt uppföljning. På en vårdavdelning kan detta praktiskt innebära, väga patienten regelbundet, beställa extra näringsrik mat, sätta in näringsdrycker samt ge utbildning till patient och anhöriga.

Att leva med KOL innebar att livet förändrades från att ha levt ett aktivt liv tvingats att vara mer passiv och många gånger var de tvungen att ändra sina prioriteringar. Dagens aktiviteter styckades upp och det krävdes många pauser för att klara av arbetet (Habraken m fl, 2008). Det var viktigt för informanterna att så långt som möjligt själva klara av aktiviteterna. Kämpandet och att lyckas gav mening och trots begränsningar blev livet hanterbart. Vi som författare kom att tänka på känsla av sammanhang (KASAM) begreppet som Antonovsky myntade. Begreppet KASAM går i korthet ut på att om människan upplever att livet har ett sammanhang och om livet känns någorlunda begripligt, hanterbart och meningsfullt är vi bättre på att hantera problem (Antonovsky, 2005). Som sjuksköterskor fås därmed en ytterligare förståelse och insikt vad som kan göras för patienter med KOL. Arbetar vi t ex i hemsjukvården kan vi med patient, anhöriga och arbetsterapeut kartlägga vad patienten vill klara av och hur de på ett realistiskt sätt kan uppnå detta.

I Robinson's (2005) studie beskrevs skulden över att inte kunna sluta röka. I Elofsson & Öhlén (2004) fram kom även hur informanterna funderade på om sjukdomen hade sett annorlunda ut om de hade slutat röka. Behandling av tobaksberoende är viktigt och rökstopp är också den enda behandlingen som

påverkar långtidsförloppet vid KOL. Ju tidigare rökstopp föreligger desto bättre prognos (Ställberg, 2006). Många sjukhus är numera rökfria och erbjuder hjälp och läkemedel för att sluta röka. Allmänheten har stor tilltro till vad vårdpersonal berättar om hälsa och sjukdom. Sjuksköterskan som träffar patienter med KOL på vårdavdelningen bör kartlägga rökvanor och erbjuda ersättningsprodukter (Larsson & Gilljan, 2006). Att avlasta dem från skulden och inte bygga på skulden över att de fortsatte röka, kan innebära att man säger till dem: När du började röka gavs kanske inte så mycket information om tobakens negativa effekt? Vårdpersonal kan vinkla så att tobaksberoende framstår som ett medicinskt problem och inte ett moraliskt. Sjuksköterskan i sitt samtal med patienten kan förmedla att det går att sluta röka och att man hyser tilltro till patientens egna inneboende krafter.

Att inte klara av roller och aktiviteter som var betydelsefulla innan insjuknandet upplevdes som frustrerande (Barnett, 2005; Williams m fl 2007).

I Barnett's (2005) studie var det en kvinna som beskrev hur arbetsamt hon upplevde det var att få hjälp av sin man. Vi har funderat på om det kan vara svårare för en kvinna att ta emot hjälp från en man?

I en annan studie som Williams m fl (2007) genomförde påvisades en genus skillnad, de kvinnliga informanterna i undersökningen upplevde att det var jobbigt att inte klara av aktiviteterna i hemmet, som att sköta hushållet, medan de manliga informanterna upplevde det jobbigt att inte kunna hantera sysslorna runt huset. Att ha nära relationer, möjlighet att utöva sina hobbyer och känna sig uppskattad för den man var, hade betydelse för att uppleva meningsfullhet och livskvalitet (Ek & Ternstedt, 2008; Barnett, 2005)

De som hade deltagit i ett lungrehabiliteringsprogram var väldigt nöjda och tyckte att det hade varit bra för både sig själva och sin anhörige (Kanervisto m fl 2007). Det var intressant att informanterna i Robinson (2005) studie var så nöjda över lungsjuksköterskans insats. De beskrev hur sjuksköterskan informerade och undervisade dem om sjukdomen. En deltagare beskrev hur lungsjuksköterskan uppmuntrade honom till att göra aktiviteter.

SLUTSATS

Patienter med KOL upplevde att sjukdomen begränsade dem på alla plan och att det var framför allt andnöden som påverkar informanterna fysiskt, psykiskt och socialt. Majoriteten lärde sig nya strategier för att hantera vardagen och med dessa nya strategier upplevde de flesta med KOL sjukdom en positiv livskvalitet. Faktorer som har betydelse för en positiv livskvalitet var framför allt upplevelse av mening, kontroll och att ha ett fungerande socialt nätverk.

FÖRSLAG TILL YTTERLIGARE FORSKNING

I denna uppsats förkom en artikel som hade ett annat kulturellt sätt att se på sjukdomen KOL. Där framkom även hur sjukdomen behandlades olika vid de olika symptom. Detta har väckt författarnas intresse och skulle kunna vara grunden till en fördjupning av hur patienter med KOL och som har en annan kulturell bakgrund upplever sin vardag.

REFERENSER

*= artiklar som används i resultatet

Antonovsky, A (2005) *Hälsans mysterium*. (2:a uppl) Stockholm: Natur och Kultur.

Backman, J (2008) *Rapporter och uppsatser*. (2:a uppl) Lund: Studentlitteratur.

Bailey, P (2004) The dyspnea-anxiety-dyspnea cycle-COPD patients' stories of breathlessness: "It's scary/ when you can't breathe". *Qualitative Health Research*, 14 (6), 760-778.

*Barnett, M (2005) Chronic obstructive pulmonary disease: a phenomenological study of patients' experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 14 (7), 805-812.

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

Bjerkreim, T (2000) Vätska och näring. I Jahren Kristoffersen, N Red (2000) *Allmän Omvårdnad 3*. Stockholm: Liber AB s 285

Bjålie, J m fl (2005) *Människokroppen Fysiologi och anatomi*. Stockholm: Liber AB

Carlsson, S & Eiman, M (2003) *Evidensbaserad omvårdnad. Studiematerial för undervisning inom projektet "Evidensbaserad omvårdnad – ett samarbete mellan Universitetssjukhuset MAS och Malmö Högskola."* Malmö högskola: Hälsa och samhälle, rapport nr 2.

*Chen, KH m fl (2008) Self-management behaviours for patients with chronic obstructive pulmonary disease: a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 64 (6), 595-604.

*Cicutto, L m fl (2004) self-care issues from the perspective of individuals with chronic obstructive pulmonary disease. *Patient Education and Counseling*, 55 (2), 168-176.

*Ek, K & Ternestedt, BM (2008) Living with chronic obstructive pulmonary disease at the end of life: a phenomenological study. *Journal of Advanced Nursing*, 62 (4), 470-478.

*Elofsson, LC & Öhle'n, J (2004) Meanings of being old and living with chronic obstructive pulmonary disease. *Palliative Medicine*, 18 (7), 611-618.

Emtner, M & Olse'ni, L (2006) Sjukgymnastik vid KOL. I Larsson, K Red (2006) *KOL Kronisk Obstruktiv Lungsjukdom*. (2:a uppl) Lund: Studentlitteratur, s 301, 309

Forsberg, C & Wengström, Y (2008) *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Författarna och Bokförlaget Natur och Kultur

*Fraser, DD m fl (2006) Living with chronic obstructive pulmonary disease: insiders' perspectives. *Journal of Advanced Nursing*, 55 (5), 550-558.

Grönberg, A-M (2006) Behandling av undernäringstillstånd vid KOL. I Larsson, K Red (2006) *KOL Kronisk Obstruktiv Lungsjukdom*. (2:a uppl) Lund: Studentlitteratur, s 319

*Habraken, JM m fl (2008) The silence of patients with end-stage COPD: a qualitative study. *The British Journal of General Practice*, 58 (557), 844-9

Hansson, L (2006) Symtom och klinik vid KOL. I Larsson, K Red (2006) *KOL Kronisk Obstruktiv Lungsjukdom*. (2:a uppl) Lund: Studentlitteratur, s 113

Hedlin, G m fl (2003) Andningsvägar. Astma och KOL. I Apoteket AB Red (2003) *Läkemedelsboken 2003/2004*. Uppsala: Apoteket AB s 585

Henderson, V (2000) *The nature of nursing overvejelser efter 25 år*. (2:a uppl) Köpenhamn: Munksgaard

Hillerdal, G (2006) Volymreducerande kirurgi. I Larsson, K Red (2006) *KOL Kronisk Obstruktiv Lungsjukdom*. (2:a uppl) Lund: Studentlitteratur, s 379

Hjärt- och lungsjukas riksförbund *Vad du bör veta om KOL*. Möndal: Glaxo Smith Kline

Jahren Kristoffersen, N Red (2000) *Allmän Omvårdnad 1*. Stockholm: Liber AB

Janson, C & Löfdahl, C-G (2006). Behandling av akut exacerbationer vid KOL. I Larsson, K Red (2006) *KOL Kronisk Obstruktiv Lungsjukdom*. (2:a uppl) Lund: Studentlitteratur, s 421

Jang, C m fl (2002) Experiences of daily activities within two weeks after hospital discharge among Taiwanese elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease. *The journal of nursing research*, 10 (3), 168-176.

*Kanervisto, M m fl (2007) Live with chronic obstructive pulmonary disease in a family's everyday life in Finland: Perceptions of people with chronic obstructive pulmonary disease and their spouses. *Nursing & Health Sciences*, 9 (1), 40-47.

Larsson, K (2006 a) *Kroniskt obstruktiv Lungsjukdom KOL*. Boehringer Ingelheim AB& Pfizer AB

Larsson, K (2006 b) Bronkdilaterade farmaka vid behandling av KOL. I Larsson, K Red (2006) *KOL Kronisk Obstruktiv Lungsjukdom*. (2:a uppl) Lund: Studentlitteratur, s 343

Larsson, M & Gilljan, H (2006) KOL och tobaksrökning. I Larsson, K Red (2006) *KOL Kronisk Obstruktiv Lungsjukdom*. (2:a uppl) Lund: Studentlitteratur, s 279

Larsson, S (2006) Exacerbation vid KOL. I Larsson, K Red (2006) *KOL Kronisk Obstruktiv Lungsjukdom*. (2:a uppl) Lund: Studentlitteratur, s 127

Lundbäck, B (2006) KOL-prevalens, incidens och riskfaktor. I Larsson, K Red (2006) *KOL Kronisk Obstruktiv Lungsjukdom*. (2:a uppl) Lund: Studentlitteratur, s 30, 28

Mathisen, J & Dahle, R (2000) Respiration. I Jahren Kristoffersen, N Red (2000) *Allmän Omvårdnad 3*. Stockholm: Liber AB s 422-423

Nationellt Vårdprogram (2004) Nationellt vårdprogram för KOL Kroniskt Obstruktiv Lungsjukdom. > <http://slmf.se/kol/> < 2009-03-18.

Polit, D & Beck, CT (2006) *Essentials of nursing research Methods, Appraisal, and Utilization* (Sixth edition) Philadelphia: Lippincott.

*Robinson, T (2005) Living with severe hypoxic COPD: the patients experience. *Nursing Times*, 101 (7), 38-42.

Rosenhall, L (2000) Kronisk obstruktiv lungsjukdom. I Bäcklund m fl Red (2000) *Lungfysiologi och diagnostik vid lungsjukdom*. Lund: Studentlitteratur, s. 241

*Seamark, DA m fl (2004) Living with severe chronic obstructive pulmonary disease (COPD): perceptions of patients and their carers. *Palliative Medicine*, 18 (7), 619-25.

Skoogh, B-E & Larsson, S (2006) Definitioner, basal diagnostik och svårighetsgradering vid KOL. I Larsson, K Red (2006) *KOL Kronisk Obstruktiv Lungsjukdom*. (2:a uppl) Lund: Studentlitteratur, s 13,

Socialstyrelsen (2004) Socialstyrelsens riktlinje för vård av astma och kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL). Artikelnr 2004-102-6.

Socialstyrelsen (2005) Kompetens beskrivning för legitimerad sjuksköterska. Artikelnr 2005-105-1.

Ställberg, B (2006) KOL I primärvården -diagnostik, behandling och uppföljning. I Larsson, K Red (2006) *KOL Kronisk Obstruktiv Lungsjukdom*. (2:a uppl) Lund: Studentlitteratur, s 405

Williams, V m fl (2007) What really matters to patients living with chronic obstructive pulmonary disease? An exploratory study. *Chronic Respiratory Disease*, 4 (2), 77-85.

Willman, A m fl (2006) *Evidensbaserad omvårdnad – en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. (2:a uppl) Lund: Studentlitteratur

BILAGOR

Bilaga 1: Sökresultat tabell 1 och 2

Bilaga 2a: Bedömningsmall för kvalitativa studier

Bilaga 2b: Bedömningsmall för kvantitativa studier

Bilaga 3: Artikelgranskning

Bilaga 4a-4j: Granskningsprotokoll

Bilaga 5: Artikelmatris

Sökresultat

Tabell 1

| Databas | Sökord | Träffar | Lästa titlar | Lästa abstrakt | Lästa artiklar | Kvalitets bedömda artiklar | Valda artiklar |
|---------|--|---------|--------------|----------------|----------------|----------------------------|----------------|
| Cinahl | 1 Pulmonary Disease, Chronic Obstructive | 9 | 2 | 1 | 1 | 1 | 0 |
| | 2 Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) | 3834 | | | | | |
| | 3 Experience * | 130961 | | | | | |
| | 4 Activities of daily living | 9827 | | | | | |
| | 5 Quality of life | 36466 | | | | | |
| | 2 AND 3 | 1511 | | | | | |
| | 2 AND 4 | 264 | 11 | 8 | 3 | 2 | 0 |
| | 2 AND 5 | 1186 | | | | | |
| | 2 AND 3 AND 4 | 173 (3) | 8 | 3 | 1 | 0 | 0 |
| | 2 AND 3 AND 5 | 758 | | | | | |
| | 2 AND 4 AND 5 | 199 (2) | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 |

Tabell 2

| Databas | Sökord | Träffar | Lästa titlar | Lästa abstrakt | Lästa artiklar | Kvalitets bedömda artiklar | Valda artiklar |
|-----------|--|---------|--------------|----------------|----------------|----------------------------|----------------|
| Psyk Info | 1 Pulmonary disease, chronic obstructive | 705 | | | | | |
| | 2 Experience* | 100874 | | | | | |
| | 3 Activities of daily living | 3719 | | | | | |
| | 4 Quality of life | 26345 | | | | | |
| | 1 AND 2 | 215 (2) | 3 | 2 | 0 | 0 | 0 |
| | 1 AND 3 | 43 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 1 AND 4 | 374 | 5 | 4 | 1 | 1 | 0 |
| | 1 AND 2 AND 3 | 19 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 1 AND 2 AND 4 | 124 (2) | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| | 1 AND 3 AND 4 | 29 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Exempel på bedömningsmall för kvalitativa studier

| Poängsättning | 0 | 1 | 2 | 3 |
|--|-----------------|-------------|----------|-------------|
| Abstrakt (syfte, metod, resultat=3p) | Saknas | 1/3 | 2/3 | Samtliga |
| Introduktion | Saknas | Knapphändig | Medel | Välskriven |
| Syfte | Ej angivet | Otydlig | Medel | Tydlig |
| Metod | | | | |
| Metod val adekvat till frågan | Ej angiven | Ej relevant | Relevant | |
| Metodbeskrivning (repetierbarhet möjlig) | Ej angiven | Knapphändig | Medel | Välskriven |
| Triangulering | Saknas | Finns | | |
| Urval (antal, beskrivning, representativitet) | Ej acceptabel | Låg | Medel | God |
| Patienter med KOL | Ej undersökt | Liten andel | Hälften | Samtliga |
| Bortfall | Ej angivet | >20 % | 5-20 % | <5 % |
| Bortfall med betydelse för resultatet | Analys saknas | Ja | Nej | |
| Etiska aspekter | Ej angivna | Angivna | | |
| Resultat | | | | |
| Frågeställning besvarad | Nej | Ja | | |
| Resultatbeskrivning (redovisning, kodning, etc.) | Saknas | Otydlig | Medel | Tydlig |
| Tolkning av resultatet (citat, kod, teori etc.) | Ej acceptabel | Låg | Medel | God |
| Diskussion | | | | |
| Problem anknytning | Saknas | Otydlig | Medel | Tydligt |
| Diskussion av egen kritik och felkällor | Saknas | Låg | God | |
| Anknytning till tidigare forskning | Saknas | Låg | Medel | God |
| Slutsatser | | | | |
| Överensstämmelse med resultat (resultatets huvudpunkter belyses) | Slutsats saknas | Låg | Medel | God |
| Ogrundade slutsatser | Finns | Saknas | | |
| Total poäng (max48p) | p | P | P | p |
| | | | | P |
| | | | | % |
| | | | | Grad |

Grad I: 80 % _____
 Grad II: 70 % _____
 Grad III: 60 % _____

Titel _____
 Författare _____

Källa: Carlsson, S & Eiman, M (2003) *Evidensbaserad omvårdnad. Studiematerial för undervisning inom projektet "Evidensbaserad omvårdnad – ett samarbete mellan Universitetssjukhuset MAS och Malmö Högskola"*. Malmö högskola: Hälsa och samhälle, rapport nr 2.

Exempel på bedömningsmall för kvantitativa studier

| Poängsättning | 0 | 1 | 2 | 3 |
|--|-----------------|--------------|----------|---------------------|
| Abstrakt (syfte, metod, resultat=3p) | Saknas | 1/3 | 2/3 | Samtliga |
| Introduktion | Saknas | Knapphändig | Medel | Välskriven |
| Syfte | Ej angivet | Otydlig | Medel | Tydlig |
| Metod | | | | |
| Metod val adekvat till frågan | Ej angiven | Ej relevant | Relevant | |
| Metodbeskrivning (repetierbarhet möjlig) | Ej angiven | Knapphändig | Medel | Välskriven |
| Urval (antal, beskrivning, representativitet) | Ej acceptabel | Låg | Medel | God |
| Patienter med KOL | Ej undersökt | Liten andel | Hälften | Samtliga |
| Bortfall | Ej angivet | >20 % | 5-20 % | <5 % |
| Bortfall med betydelse för resultatet | Analys saknas | Ja | Nej | |
| Etiska aspekter | Ej angivna | Angivna | | |
| Resultat | | | | |
| Frageställning besvarad | Nej | Ja | | |
| Resultatbeskrivning (redovisning, tabeller, etc.) | Saknas | Otydlig | Medel | Tydlig |
| Statistisk analys (beräkningar, metoder, signifikans) | Saknas | Mindre bra | Bra | |
| Confounders | Ej kontrollerad | Kontrollerad | | |
| Tolkning av resultatet | Ej acceptabel | Låg | Medel | God |
| Diskussion | | | | |
| Problem anknytning | Saknas | Otydlig | Medel | Tydligt |
| Diskussion av egen kritik och felkällor | Saknas | Låg | God | |
| Anknytning till tidigare forskning | Saknas | Låg | Medel | God |
| Slutsatser | | | | |
| Överensstämmelse med resultatet (resultatets huvudpunkter belyses) | Slutsats saknas | Låg | Medel | God |
| Ogrundade slutsatser | Finns | Saknas | | |
| Total poäng (max47p) | p | P | P | p P % Grad |

Grad I: 80 % _____
 Grad II: 70 % _____
 Grad III: 60 % _____

Titel _____
 Författare _____

Källa: Carlsson, S & Eiman, M (2003) *Evidensbaserad omvårdnad. Studiematerial för undervisning inom projektet "Evidensbaserad omvårdnad – ett samarbete mellan Universitetssjukhuset MAS och Malmö Högskola"*. Malmö högskola: Hälsa och samhälle, rapport nr 2.)

Artikelgranskning

Vi har granskat våra artiklar enligt Polit & Beck (2006). Vetenskaplig artikel skall enligt (a.a.) innehålla följande:

Titel:

Bör innehålla max 15 ord och den ska spegla det huvudsakliga fenomenet som studeras. Även urvalsgrupp skall anges.

Abstrakt:

På ett kortfattat sett beskriva syfte, frågeställning, metod, resultat och studiens framtida värde. Bör hålla sig inom ramen av 100-200 ord.

Introduktion:

Är till för att sätta in läsaren i forskningsproblemet. Ge en sammanfattning av den litteratur som forskarna tagit del av och beskriva det centrala fenomenet, begrepp eller variabler som undersöks. Studiens syfte, forskningsfrågor och hypoteser skall också redogöras här samt eventuell teoretisk referensram.

Metod:

Här presenterar forskaren vilken metod som har använts och anledningen till att man valt denna metod. Man redovisar även urval, datainsamling och analys.

Resultat:

Studiens resultat presenteras här. I kvalitativa studier redovisas resultaten vanligen i form av teman. Man kan ta hjälp av tabeller eller figurer.

Diskussion:

Forskaren skall dra sina egna slutsatser av resultatet. Presentera studiens mening och ge förslag på praktisk tillämpning i framtiden. Här skall också redogöras för studiens begränsningar och forskarnas medvetenhet om dessa samt att begränsningar tagits med i tolkning av resultatet.

Referenser:

En förteckning av de artiklar, rapporter och böcker som forskaren har använt sig av.

Granskningsprotokoll

Barnett, M (2005) Chronic obstructive pulmonary disease: a phenomenological study of patients' experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 14 (7), 805-812.

| | | |
|---|--|---|
| Titel: Talar väl om vad artikeln handlar om. Består av tio ord. | Ok | Päng enl bedömningsmallen |
| Abstrakt: Mycket långt abstrakt. Innehåller syfte, frågeställning, metod, resultat och framtida värde. | Samtliga delar fanns med. | 3 |
| Introduktion: Leder väl in läsaren i ämnet och beskrev varför de vill göra studien. | Välskriven Syfte tydlig | 3 3 |
| Metod: Relevant metodval och mycket utförlig beskrivning. Förklarar inte var ifrån det har fått antalet urval. Stort bortfall. Ingen analys på det stora bortfallet. Något märklig förklaring till de patienterna med stor familj exkluderades. Analysen gjordes utifrån en beskriven metod. | Relevant Metodbeskrivning utförlig Triangulering saknas Urval medel Samtliga har diagnosen KOL Bortfall angivit Bortfall med betydelse ja Kvalitet på analysen hög Etiska aspekter angivna | 2 3 0 2 3 1 0 3 1 |
| Resultat: Uppnådde syftet. Redovisade i fyra teman. Presenterades med många citat. Lättläst och berikande. | Frågeställning besvarad Resultatbeskrivning tydlig Tolkning av resultatet god | 1 3 3 |
| Diskussion: Tydlig problemanknytning, egenkritik fanns och slutsatser överensstämde med resultatet. | Problemanknytning tydlig Felkällor och egenkritik god Anknytning till tidigare forskning medel Slutsatser överensstämmer med resultatet medel Ogrundade slutsatser saknas | 3 2 2 2 1 |
| Referenser: Harvardsystem, hela 33 st referenser. Var från 1982 till 2002 | Alla referenser fanns med. | |
| | Max 48p Grad I 80 % Grad II 70 % Grad III 60 % | Totalt 41p 85 % Grad 1 |

Granskningsprotokoll

Chen, KH; Chen, ML; Lee,S; Cho, HY; Weng, LC (2008) Self-management behaviors for patients with chronic obstructive pulmonary disease: a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing, Vol. 64 (6), 595-604.*

| | | |
|--|--|---|
| Titel: Talar väl om vad artikeln handlar om. Består av 13 ord. | Ok | Päng enl. bedömningsmallen |
| Abstrakt: Lagom långt abstrakt. Innehåller syfte, frågeställning, metod, resultat och framtida värde. | Samtliga delar fanns med. Sex nyckelord fanns, var av ett tveksamt. | 3 |
| Introduktion: Leder väl in läsaren i ämnet och beskrev varför de vill göra studien. | Välskriven Syfte tydlig | 3 3 |
| Metod: Relevant metodval. Beskrev inklusionskriterierna men saknar totala populationen. Ovanligt att inte ha något bortfall. Analysen gjordes utifrån en beskriven metod. | Relevant Metodbeskrivning medel Triangulering saknas Urval låg Samtliga har diagnosen KOL Bortfall angivit Bortfall med betydelse nej Kvalitet på analysen hög Etiska aspekter angivna | 2 2 0 1 3 3 1 3 1 |
| Resultat: Uppnådde syftet. Fem teman presenterades. Presenterades med många citat. Lättläst och berikande. Intressant att se både behandling och egenvård ur ett annat kulturellt perspektiv. | Frågeställning besvarad Resultatbeskrivning tydlig Tolkning av resultatet god | 1 3 3 |
| Diskussion: Tydlig problemanknytning. Mycket välskriven diskussion. Egenkritik fanns och slutsatser överensstämde med resultatet. | Problemanknytning tydlig Felkällor och egenkritik god Anknytning till tidigare forskning god Slutsatser överensstämmer med resultatet god Ogrundade slutsatser saknas | 3 2 3 2 1 |
| Referenser: Harvardsystem, gedigen referenslista på hela 47 st referenser. Var från 1973 till 2007 | Alla referenser fanns med. | |
| | Max 48p Grad I 80 % Grad II 70 % Grad III 60 % | Totalt 43p 89 % Grad I |

Granskningsprotokoll

Cicutto, L; Brooks, D; Henderson, K (2004) Self-care issues from the perspective of individuals with chronic obstructive pulmonary disease. *Patient Education and Counseling Vol 55 (2), 168-76.*

| | | |
|--|---|---|
| Titel: Talar väl om vad artikeln handlar om. Består av 12 ord. | Ok | Päng enl bedömningsmallen |
| Abstrakt: Lagom långt abstrakt. Innehåller syfte, frågeställning, metod, resultat och framtida värde. | Samtliga delar fanns med. Tre nyckelord. | 3 |
| Introduktion: Leder väl in läsaren i ämnet och beskrev varför de vill göra studien. | Välskriven Syfte tydlig | 3 3 |
| Metod: Relevant metodval. Svårt att få en överblick med dessa fokusgrupper. Inklusion- resp exklusionskriterier nämndes. Analysen gjordes utifrån en beskriven metod. | Relevant Metodbeskrivning utförlig Triangulering saknas Urval medel Samtliga har diagnosen KOL Bortfall angivit Bortfall med betydelse nej Kvalitet på analysen medel Etiska aspekter angivna | 2 2 0 2 3 3 1 2 1 |
| Resultat: Uppnådde syftet. Redovisade i ett huvudtema och två undertema. Trots alla indelningar så var det lättläst. Presenterades med många citat. | Frågeställning besvarad Resultatbeskrivning tydlig Tolkning av resultatet god | 1 3 3 |
| Diskussion: Tydlig problemanknytning. Sparsam egenkritik. | Problemanknytning tydlig Felkällor och egenkritik låg Anknytning till tidigare forskning medel Slutsatser överensstämmer med resultatet, slutsatser medel Ogrundade slutsatser saknas | 3 1 2 2 1 |
| Referenser: Vancoversystem, 27 st referenser. En hel del äldre referenser från 1967 till 2002 | Alla referenser fanns med. | |
| | Max 48p Grad I 80 % Grad II 70 % Grad III 60 % | Totalt 41p 85 % Grad I |

Granskningsprotokoll

Ek, K & Ternestedt, BM (2008) Living with chronic obstructive pulmonary disease at the end of life: a phenomenological study. *Journal of Advanced Nursing*, 62 (4), 470-478.

| | | |
|---|---|---|
| Titel: Talar väl om vad artikeln handlar om. Består av 14 ord. | Ok | Päng enl bedömningsmallen |
| Abstrakt: Något långt abstrakt. Innehåller syfte, frågeställning, metod, resultat och framtida värde. | Samtliga delar fanns med. Sju relevanta nyckelord. | 3 |
| Introduktion: Leder in läsaren i ämnet och beskrev varför de vill göra studien. | Medel Syfte tydlig | 2 3 |
| Metod: Relevant metodval. Insamlingsdatan skedde fem år tidigare. Saknar den totala populationen. Inklusionskriterierna beskrevs. Analysen gjordes utifrån en beskriven metod. | Relevant Metodbeskrivning medel Triangulering saknas Urval medel Samtliga har diagnosen KOL Bortfall angivit Analys av bortfall saknas Kvalitet på analysen medel Etiska aspekter angivna | 2 2 0 2 3 2 0 2 1 |
| Resultat: Uppnådde syftet. Presenterade i sex rubriker. Lättläst och berikande. Presenterades med många citat. | Frågeställning besvarad Resultatbeskrivning tydlig Tolkning av resultatet medel | 1 3 2 |
| Diskussion: Tydlig problemanknytning och egenkritik fanns. Slutsatser presenteras också separat i en ruta och överensstämde med resultatet. | Problemanknytning tydlig Felkällor och egenkritik god Anknytning till tidigare forskning god Slutsatser överensstämmer med resultatetmedel Ogrundade slutsatser saknas | 3 2 3 2 1 |
| Referenser: Harvardsystem, 27 st referenser. Var från 1988 till 2007 | Alla referenser fanns med. | |
| | Max 48p Grad I 80 % Grad II 70 % Grad III 60 % | Totalt 39p 81% Grad 1 |

Granskningsprotokoll

Elofsson, LC & Öhlén, J (2004) Meanings of being old and living with chronic obstructive pulmonary disease. *Palliative Medicine*, 18 (7), 611-618.

| | | |
|---|--|---|
| Titel: Talar väl om vad artikeln handlar om. Består av tio ord. | Ok | Päng enl bedöm- nings- mallen |
| Abstrakt: Ett mycket långt abstrakt. Innehåller syfte, frågeställning, metod, resultat och framtida värde. | Samtliga delar fanns med. 5 nyckelord var av två tveksamma | 3 |
| Introduktion: Leder in läsaren i ämnet och beskrev varför de vill göra studien. | Medel Syfte tydlig | 2 3 |
| Metod: Relevant metodval. Inklusionskriterier beskrevs. Saknar den totala populationen. Analysen gjordes utifrån en beskriven metod. | Relevant Metodbeskrivning utförlig Triangulering saknas Urval låg Samtliga har diagnosen KOL Bortfall angivit Bortfall med betydelse ja Kvalitet på analysen hög Etiska aspekter angivna | 2 3 0 1 3 2 0 3 1 |
| Resultat: Uppnådde syftet. Redovisade i fyra teman. Presenteras med många citat. | Frågeställning besvarad Resultatbeskrivning tydlig Tolkning av resultatet god | 1 3 3 |
| Diskussion: Det fanns ingen egenkritik men slutsatserna överensstämde med resultatet. | Problemanknytning medel Fanns ingen egenkritik Anknytning till tidigare forskning god Slutsatser överensstämmer med resultatet god Ogrundade slutsatser saknas | 2 0 3 3 1 |
| Referenser: Vancouver, gedigen referenslista hela 42 st referenser. Några är av äldre datum. Var från 1962 till 2004 | Alla referenser fanns med. | |
| | Max 48p Grad I 80 % Grad II 70 % Grad III 60 % | Totalt 39p 81 % Grad 1 |

Granskningsprotokoll

Fraser, DD; Kee, CC; Minick P (2006) Living with chronic obstructive pulmonary disease: insiders' perspectives. *Journal of Advanced Nursing*, 55 (5), 550-558.

| | | |
|--|---|---|
| Titel: Talar väl om vad artikeln handlar om. Består av åtta ord. | Ok | Päng enl bedömningsmallen |
| Abstrakt: Ett mycket långt abstrakt. Innehåller syfte, frågeställning, metod, resultat och framtida värde. | Samtliga delar fanns med. 7 nyckelord | 3 |
| Introduktion: Leder in läsaren i ämnet och beskrev varför de vill göra studien. | Medel Syfte tydlig | 2 3 |
| Metod: Relevant metodval. Saknar den totala populationen. Analysen gjordes utifrån en beskriven metod. | Relevant Metodbeskrivning medel Triangulering saknas Urval medel Samtliga har diagnosen KOL Bortfall angivit Bortfall med betydelse ej angivet Kvalitet på analysen hög Etiska aspekter angivna | 2 2 0 2 3 0 0 3 1 |
| Resultat: Uppnådde syftet. Tre huvudteman identifierades. Presenterades med många citat. | Frågeställning besvarad Resultatbeskrivning tydlig Tolkning av resultatet god | 1 3 3 |
| Diskussion: Tydlig problemlänk och egenkritik fanns. Slutsatser presenterades också separat i en ruta och överensstämde med resultatet. | Problemlänk tydlig Felkällor och egenkritik god Anknytning till tidigare forskning god Slutsatser överensstämmer med resultatet god Ogrundade slutsatser saknas | 3 2 3 3 1 |
| Referenser: Harvardsystem, hela 33 st referenser. Några av äldre datum. Var från 1978 till 2005 | Alla referenser fanns med. | |
| | Max 48p Grad I 80 % Grad II 70 % Grad III 60 % | Totalt 39p 81 % Grad 1 |

Granskningsprotokoll

Habraken, JM; Pols, J; Bindels, PJ; Willems, DL (2008) The silence of patients with end-stage COPD: a qualitative study. *The British Journal of General Practice*, 58 (557), 844-9

| | | |
|--|--|---|
| Titel: Talar väl om vad artikeln handlar om. Består av tio ord. | Ok | Päng enl bedömningsmallen |
| Abstrakt: Ett mycket långt abstrakt. Innehåller syfte, frågeställning, metod, resultat | Samtliga delar fanns med. 7 nyckelord var av två tveksamma | 3 |
| Introduktion: Knapphändig introduktion, men beskrev varför de vill göra studien. | Knapphändig Syfte tydlig | 1 3 |
| Metod: Relevant metodval. De beskrev inte varför de valde just det antalet som skulle ingå i studien. | Relevant Metodbeskrivning medel Triangulering saknas Urval låg Samtliga har diagnosen KOL Bortfall angivit Bortfall med betydelse nej Kvalitet på analysen hög Etiska aspekter angivna | 2 2 0 1 3 3 1 3 1 |
| Resultat: Uppnådde syftet. Presenterade i tabell, figur och använde sig av många citat. Lättläst. | Frågeställning besvarad Resultatbeskrivning tydlig Tolkning av resultatet god | 1 3 3 |
| Diskussion: Otydlig problemanknytning. Egenkritik fanns. Slutsatser presenterades också separat i en ruta och överensstämde med resultatet. | Problemanknytning otydlig Felkällor och egenkritik god Anknytning till tidigare forskning god Slutsatser överensstämmer med resultatet medel Ogrundade slutsatser saknas | 1 2 3 2 1 |
| Referenser: Vancoversystem, bara 22 st referenser. Alla utom två var på 2000-talet. | Alla referenser fanns med. | |
| | Max 48p Grad I 80 % Grad II 70 % Grad III 60 % | Totalt 39p 81 % Grad 1 |

Granskningsprotokoll

Kanervisto, M; Kaistila, T; Paavilainen, E (2007) Serve chronic obstructive pulmonary disease in a family's everyday life in Finland: Perceptions of people with chronic obstructive pulmonary disease and their spouses. *Nursing & Health Sciences*, 9 (1), 40-47.

| | | |
|---|---|---|
| Titel: Talar väl om vad artikeln handlar om men väldigt lång. Består av 23 ord. | | Päng enl bedömningsmallen |
| Abstrakt: Lagom långt abstrakt. Innehåller syfte, frågeställning, metod, resultat och framtida värde. | Samtliga delar fanns med. 4 nyckelord var av flera sammansatta ord | 3 |
| Introduktion: Leder väl in läsaren i ämnet och beskriver varför de vill göra studien | Välskriven Syfte tydligt | 3 3 |
| Metod: Relevant metodval. Metoden beskrevs utförligt. Inklusionskriterierna och urvalsprocessen är lite vagt beskrivet . | Relevant Metodbeskrivning medel Triangulering saknas Urval låg Majoriteten har diagnosen KOL Bortfall angivit Bortfall med betydelse nej Kvalitet på analysen hög Etiska aspekter angivna | 2 2 0 1 2 2 1 3 1 |
| Resultat: Uppnådde syftet. Resultatet presenterades med hjälp av relevanta huvudrubriker. | Frågeställning besvarad Resultatbeskrivning tydlig Tolkning av resultatet god | 1 3 3 |
| Diskussion: Tydlig problemanknytning. Mycket välskriven diskussion. | Problemanknytning medel Felkällor och egenkritik låg Anknytning till tidigare forskning god Slutsatser överensstämmer med resultatet medel Ogrundade slutsatser saknas | 2 1 3 2 1 |
| Referenser: Harvardsystem, 32 st referenser. Var från 1990 till 2002 | Alla referenser fanns med. | |
| | Max 48p Grad I 80 % Grad II 70 % Grad III 60 % | Totalt 39p 81 % Grad 1 |

Granskningsprotokoll

Robinson, T (2005) Living with severe hypoxic COPD: the patients experience. *Nursing Times*, 101 (7), 38-42.

| | | |
|--|---|---|
| Titel: Talar väl om vad artikeln handlar om. Består av sju ord. | Ok | Päng enl bedöm- nings- mallen |
| Abstrakt: Lagom långt abstrakt. Innehåller syfte, frågeställning, metod, resultat och framtida värde. | Samtliga delar fanns med. | 3 |
| Introduktion: Leder in läsaren i ämnet och beskrev varför de vill göra studien. | Knapphändig Syfte tydlig | 1 3 |
| Metod: Relevant metodval. Inklusionkriterier och populationen väl beskriven. | Relevant Metodbeskrivning utförlig Triangulering saknas Urval medel Samtliga har diagnosen KOL Bortfall ej angivit Bortfall med betydelse ja Kvalitet på analysen medel Etiska aspekter angivna | 2 3 0 2 3 0 0 2 1 |
| Resultat: Uppnådde syftet. Resultatet presenterades på ett lättöverskådligt sätt. | Frågeställning besvarad Resultatbeskrivning tydlig Tolkning av resultatet god | 1 3 3 |
| Diskussion: Presenterades invävt i resultatet. Slutsatserna överensstämde bra med resultatet. | Problemanknytning tydlig Felkällor och egenkritik god Anknytning till tidigare forskning god Slutsatser överensstämmer med resultatet medel Ogrundade slutsatser saknas | 3 2 3 3 1 |
| Referenser: Harvardsystem, 26 st referenser. Var från 1978 till 2004 | Alla referenser fanns med. | |
| | Max 48p Grad I 80 % Grad II 70 % Grad III 60 % | Totalt 39p 81 % Grad 1 |

Granskningsprotokoll

Seamark, DA; Blake, SD; Seamark, CJ; Halpin, DM (2004) Living with severe chronic obstructive pulmonary disease (COPD): perceptions of patients and their carers. *Palliative Medicine*, 18 (7), 619-25.

| | | |
|---|---|---|
| Titel: Talar väl om vad artikeln handlar om. Består av 14 ord. | Ok | Päng enl bedöm- nings- mallen |
| Abstrakt: Lagom långt abstrakt. Innehåller syfte, frågeställning, metod, resultat | Samtliga delar fanns med. 4 nyckelord | 3 |
| Introduktion: Leder in läsaren i ämnet och beskriver varför de vill göra studien. | Medel Syfte tydlig | 2 3 |
| Metod: Relevant metodval. Metoden beskrevs utförligt. Urvalsprocessen grundligt beskriven. Inklusionskriterier beskrevs. | Relevant Metodbeskrivning medel Triangulering saknas Urval god Samtliga har diagnosen KOL Bortfall angivit Bortfall med betydelse ja Kvalitet på analysen medel Etiska aspekter angivna | 2 2 0 3 3 1 0 2 1 |
| Resultat: Uppnådde syftet, resultatet presenterades med många citat. | Frågeställning besvarad Resultatbeskrivning tydlig Tolkning av resultatet god | 1 3 3 |
| Diskussion: Tydlig problemanknytning. Ingen egenkritik. Mycket kort konklusion. | Problemanknytning tydlig Felkällor och egenkritik fanns ej Anknytning till tidigare forskning god Slutsatser överensstämmer med resultatet god Ogrundade slutsatser saknas | 3 0 3 3 1 |
| Referenser: Vancoversystem, 24 st referenser. Var från 1979 till 2002 | Alla referenser fanns med. | |
| | Max 48p Grad I 80 % Grad II 70 % Grad III 60 % | Totalt 39p 81 % Grad 1 |

Artikelmatris

| Fullständig referens | Syfte | Typ av studie Intervention (metod) Urval och bortfall | Resultat | Kommentarer | Kvalitet |
|---|--|--|---|---|---------------|
| <p>Barnett, M</p> <p>Chronic obstructive pulmonary disease: a phenomenological study of patients' experiences</p> <p><i>Journal of Clinical Nursing Vol. 14 (7), pp.805-812</i> (2005)</p> <p>United Kingdom</p> | <p>Undersöka erfarenheter av att leva med KOL genom att undersöka den subjektiva fenomen som beskrivs av patienten.</p> | <p>Kvalitativ studie utifrån ett fenomenologiskt perspektiv.</p> <p>Ostrukturerade intervjuer som bandades.</p> <p>Analysen skedde utifrån Diekelman et al (1989) sju steg.</p> <p>Av de 16 st som identifierades så delgav 10 st sitt godkännande.</p> | <p>Redovisas i fyra teman:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪Insikt av allvar och symtomen. ▪Funktionellt handikapp ▪känslomässiga trauman av att ha KOL ▪Konsekvenser omkring social förlust <p>Andfäddhet var de mest besvärande symptom. Det ledde till ångest, panik och rädsla men även frustration och trötthet som i sin tur ledde till social isolering. Sociala isoleringen ledde till förlust av sin roll i familjen och intimiteten i personliga relationer. Trots detta ansåg hälften av deltagarna att de hade en ganska god livskvalitet.</p> | <p>Mycket välskriven artikel. Dock ett bortfall på 37 %.</p> | <p>Grad I</p> |
| <p>Chen, KH; Chen, ML; Lee,S; Cho,HY; Weng,LC</p> <p>Self-management behaviors for patients with chronic obstructive pulmonary disease: a qualitative study.</p> <p><i>Journal of Advanced Nursing Vol. 64 (6), pp.595-604</i> (2008)</p> <p>Taiwan</p> | <p>Utforska den egna handhavande beteendet hos patienter med KOL och hur patienterna går till väga för att klara av sin sjukdom.</p> | <p>Kvalitativ beskrivande studie .</p> <p>Djup intervju som var semistrukturerad.</p> <p>De bandades och varade mellan 30-70 minuter.</p> <p>Analysen skedde utifrån Miles & Huberman (1994).</p> <p>Urvalskriterierna var:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪att de har diagnosen KOL sedan minst ett år, ▪pratar Mandarin eller Taiwanesiska. <p>18 st identifierades. Inget bortfall.</p> | <p>Fem teman presenterades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪symtom handhavande ▪aktivitets och övnings genomförande ▪miljökontroll ▪emotionell anpassning ▪upprätthålla en hälsosam livsstil. <p>Deltagarna visade förmåga att välja lämpliga metoder för att förhindra symptom och komplikationer.</p> | <p>Intressant att se både behandling och egenvård ur ett annat kulturellt perspektiv.</p> | <p>Grad I</p> |

| Fullständig referens | Syfte | Typ av studie Intervention (metod) Urval och bortfall | Resultat | Kommentarer | Kvalitet |
|--|--|---|---|---|---------------|
| <p>Cicutto,L; Brooks, D; Henderson, K</p> <p>Self-care issues from the perspective of individuals with chronic obstructive pulmonary disease.</p> <p><i>Patient Education and Counseling Vol 55 (2), pp. 168-76 (2004)</i></p> <p>Canada</p> | <p>Förstå de dagliga egen vårds aktiviteterna som personer med KOL gör med beräkning på aktivitetens betydelse.</p> | <p>Kvalitativ intervju. Använder sig av fokusgrupper som enligt Morgan & Krueger (1997) rekommenderar.</p> <p>Alla intervjuerna bandades och varade i cirka 60 minuter.</p> <p>Urvalskriterier</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪KOL ▪har dagligen besvär av sina symptom ▪använder inhalationer dagligen ▪Engelsk talande <p>Sju grupper med totalt 42 deltagare.</p> <p>De delades in i olika grupper. Patienter som kräver LTOT och inte LTOT och som har deltagit i ett lung/rehab program samt patienter som kräver LTOT och inte LTOT och som inte har deltagit i något lung/rehab program.</p> | <p>Redovisades i ett huvudtema och två undertema.</p> <p>Huvudtemat var att överleva KOL i sammanhanget att leva.</p> <p>Undertemat:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪fysiska anpassning ▪känslomässig anpassning <p>Deltagarna diskuterade sin egenvård praxis inom ramen för syfte och meningen med livet. Även om deltagarna upplevde stora fysiska begränsningar så strävade de att hålla fast vid vissa livskvalitet genom att anpassa sig fysiskt och känslomässigt.</p> | <p>Svårt att få en överblick med dessa fokusgrupper</p> | <p>Grad I</p> |
| <p>Ek, K & Ternstedt, BM</p> <p>Living with chronic obstructive pulmonary disease at the end of life: a phenomenological study.</p> <p><i>Journal of Advanced Nursing Vol. 62 (4), pp.470-8. (2008)</i></p> <p>Sweden</p> | <p>Beskriva den grundläggande strukturen och erfarenheten av att leva med svår KOL under palliativ fas av sjukdomen.</p> | <p>Kvalitativa intervju med öppna frågor. Giorgi's fenomenologiska metod utifrån Husserl's teori.</p> <p>Urvals kriterierna</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ha diagnosen KOL ▪vara i palliativ fas d.v.s. att de använder sig av LTOT i hemmet ▪kunna var i så god form att de kan delta ▪kunna förstå och prata | <p>Presenteras i sex rubriker:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪begränsat utrymme ▪brist på fysisk styrka ▪bli tvingad till att glömma aktiviteter och materiella saker ▪vara socialt och existentiell ensam ▪betydelselösa erfarenheter ▪känna sig meningsfull och ha en tillhörighet <p>Patienterna beskriver hur deras fysiska begränsningar tvingade dem till att avstå från meningsfulla aktiviteter. Detta ledde till social isolering. Känsla av delaktighet och tron på att livet är meningsfullt gav energi till att önska fortsätta leva och att tänka sig en framtid.</p> | <p>Datainsamlingen skedde fem år tidigare.</p> | <p>Grad I</p> |

| Fullständig referens | Syfte | Typ av studie Intervention (metod) Urval och bortfall | Resultat | Kommentarer | Kvalitet |
|---|---|---|---|--|----------|
| Elofsson, LC & Öhler, J Meanings of being old and living with chronic obstructive pulmonary disease. <i>Palliative Medicine Vol. 18 (7), pp.611-8</i> (2004) Sweden | Uppnå en djupare förståelse av innebörden av levnadserfarenhet hos äldre personer som är svårt sjuka i KOL och är i behov av daglig omsorg. | Narrativ från dialoger. Narrativen analyserades ur ett fenomenologisk-hermeneutiskt synsätt och utifrån en teori av Ricoeur's. Urvalskriterier: ▪ha diagnosen KOL ▪65 år eller äldre, ▪bo på ett hem eller lägenhet med tillgång till sjuksköterskor, ▪svensktalande ▪kunna delta i intervjuerna Sju personer tillfrågades. Bortfall på en. | Det framkom två strukturella analyser. Första: Att leva med KOL är ett hårt liv. Andra: Områdes mönster som •undergivenhet anspråklös •ensamhet/gemenskap •vara hemlös/vara hemma Den strukturella analysen visade på allvarliga problem i det dagliga livet p.g.a. hög ålder med en förfallen kropp. Man måste förstå att liv, lidande och komfort måste förstås som en sammanflätad erfarenheter där åldrande är lika viktigt som upplevelsen av sjukdomen. | | Grad I |
| Fraser, D; Kee, CC; Minick P Living with chronic obstructive pulmonary disease: insiders' perspectives <i>Journal of Advanced Nursing Vol. 55 (5), pp. 550-8</i> (2006) USA | Hur äldre personer med sjukdom svår KOL som bodde hemma upplevde att sjukdomen påverkade deras liv. | Semistrukturerade intervjuer. Materialet analyserades ur ett hermeneutiskt och fenomenologiskt synsätt 10 st intervjuades. Urvalet skedde från en grupp patienter som deltog i ett lungrehabiliterings program. | Tre huvudteman identifierades: ▪kunskap om vad som fungerar ▪knappt klara det dagliga livet ▪ha kontroll och erövra kontroll. Känslan av att inte få luft påverkade det dagliga livet på alla plan. De intervjuade identifierade strategier som användes när de inte kunde få luft. | Oklart hur själva urvalet från lungrehabiliteringsprogrammet gick till. Det nämns inte hur många som sammanlagt deltog i programmet. | Grad I |

| Fullständig referens | Syfte | Typ av studie Intervention (metod) Urval och bortfall | Resultat | Kommentarer | Kvalitet |
|---|---|---|---|---|---------------|
| <p>Habraken, JM; Pols, J; Bindels, PJ; Willems, DL</p> <p>The silence of patients with end-stage COPD: a qualitative study.</p> <p><i>The British Journal of General Practice</i> Vol. 58 (557), pp. 844-9 (2008)</p> <p>Netherlands</p> | <p>Att få insikt i varför patienter med svår KOL inte hade en tendens att be om hjälp</p> | <p>Kvalitativ med semi-strukturerade intervjuer.</p> <p>Ur ett kvantitativt antal på 825 valdes 82 st patienter med ett FEV1 under 30 % ut och 11 personer valdes sedan ut för intervju.</p> | <p>Patienter med svår KOL ber sällan om hjälp eftersom de inte anser att sjukdomen går att förbättra/förändra. Alla de intervjuade nämnde andnöden som det jobbigaste symptom och svårigheterna att få luft ledde till begränsningar i det dagliga livet.</p> | <p>Urvalet var noggrant gjort för att urvalsgruppen skulle vara så representativt som möjligt.</p> | <p>Grad I</p> |
| <p>Kanervisto, M; Kaistila, T; Paavilainen, E</p> <p>Serve chronic obstructive pulmonary disease in a family's everyday life in Finland: Perceptions of people with chronic obstructive pulmonary disease and their spouses</p> <p><i>Nursing & Health Sciences</i> Vol. 9 (1), pp.40-7 2007</p> <p>Finland</p> | <p>Att undersöka hur den KOL sjuke och dess anhörige upplevde sin situation.</p> | <p>Kvalitativ semistrukturerade intervjuer.</p> <p>5 personer med svår KOL och 4 anhöriga intervjuades.</p> <p>Svarsmaterialet analyserades enligt deduktivt innehållsanalys.</p> <p>De intervjuade var utvalda av två personal på universitetssjukhuset och tillfrågades om de ville medverka i studien.</p> | <p>Att de intervjuade behövde ha bättre undervisning hur de kan förbättra sitt dagliga liv och hur små saker kan vara oerhört betydelsefulla. Patienter med KOL var mycket beroende av sina anhörigas hjälp.</p> | <p>Bristfällig beskrivning om hur urvalsprocessen gick till.</p> <p>Skulle svaren bli annorlunda om anhöriga till KOL patienter inte var med?</p> | <p>Grad I</p> |

| Fullständig referens | Syfte | Typ av studie Intervention (metod) Urval och bortfall | Resultat | Kommentarer | Kvalitet |
|---|---|--|---|-------------|----------|
| Robinson T Living with severe hypoxic COPD: the patients experience <i>Nursing Times</i> Vol. 101 (7), pp. 38-42. 2005 United Kingdom | Att beskriva hur det var att leva med svår KOL. | Ostrukturerade intervjuer och som analyserades med ett kvalitativt fenomenologiskt synsätt Personer med sjukdom svår KOL och ett FEV 1 mindre än 40 % selekterades ut ur en population på 175 000 människor. 54 personer hade svår KOL och från dessa 54 slumpades 10 st individer ut som sedan deltog i undersökningen. | Alla hade psykiska och fysiska problem framför allt orsakade av andningsbesvär. 50 % kände sig deprimerade. 80 % tyckte att sjukdomen KOL hade påverkat deras familjeliv. De kände skuld för att de hade svårigheter att sluta röka och att rökningen hade orsakat deras problem. 10 % upplevde det negativt att ha LTOT. | | Grad I |
| Seamark, DA; Blake, SD; Seamark, CJ; Halpin, DM Living with severe chronic obstructive pulmonary disease (COPD): perceptions of patients and their carers <i>Palliative Medicine</i> Vol. 18 (7), pp. 619-25 2004 United Kingdom | Att få insikt i vad en svårt KOL sjuke patient hade för omvårdnads behov och om den var intresserad av ett palliativt team och/eller synsätt. | Kvalitativ semistrukturerade intervjuer som transkriberades och analyserades med ett fenomenologiskt synsätt I en databas letade man upp personer som hade mindre än 40 % av förväntat FEV 1 och hade svår KOL eller som använde LTOT i hemmet. 13 personer identifierades men tyvärr dog tre innan själva intervjuerna ägde rum. | Många upplevde att den personliga friheten var förlorad och att andnöden som blev värre och värre med tröttheten som följd var det mest framträdande symtomet. | | Grad I |