

Examensarbete, Högskolan på Åland, Utbildningsprogrammet för vård

# **KOL-PATIENTERS ERFARENHET AV LUNGREHABILITERING**

— en litteraturstudie

Nina Axelsson



2020:34

Datum för godkännande: 27.05.2020  
Handledare: Katarina Ulenius

# EXAMENSARBETE

## Högskolan på Åland

<b>Utbildningsprogram:</b>	YH-komplettering för sjukskötare
<b>Författare:</b>	Nina Axelsson
<b>Arbetets namn:</b>	KOL-patienters erfarenhet av lungrehabilitering -en litteraturstudie
<b>Handledare:</b>	Katarina Ulenius
<b>Uppdragsgivare:</b>	

### Abstrakt

**Bakgrund:** Kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) är en kroniskt, långsamt progressiv lungsjukdom som påverkar individens fysiska, emotionella och sociala funktion i olika utsträckning vilket leder till en reducerad hälsorelaterad livskvalitet. Förutom farmakologisk behandling är patientutbildning relevant för att öka patientens kunskap och förmåga till egenvård.

**Syfte:** Syftet med studien är att beskriva KOL-patienters erfarenheter av att delta i lungrehabilitering.

**Metod:** En systematisk litteraturstudie med kvalitativ design.

**Resultat:** Utifrån 12 valda artiklar framkom fyra teman: *Ökat självförtroende, Uppmuntran från vårdpersonal, Gemenskap* och *Utmaningar*.

**Slutsats:** Deltagarna uppgav att de i större utsträckning accepterade de begränsningar sjukdomen innebär och utvecklade strategier för att hantera svårigheter, återta kontroll och upprätthålla oberoende. Ökat självförtroende, vårdpersonalens uppmuntran och gemenskapen i rehabiliteringsgruppen bidrog till att deltagarnas fysiska, emotionella och sociala funktion förbättrades vilket ingav känsla av hopp och ökat välbefinnande. Att utveckla fungerande metoder för att vidmakthålla sina nya färdigheter och bibehålla förtroendet och motivationen för att vara fysiskt aktiv var utmaningar för deltagarna.

### Nyckelord (sökord)

Kroniskt obstruktiv lungsjukdom, lungrehabilitering, patient erfarenheter, kvalitativ forskning

<b>Högskolans serienummer:</b>	<b>ISSN:</b>	<b>Språk:</b>	<b>Sidantal:</b>
2020:34	1458-1531	Svenska	29 sidor

<b>Inlämningsdatum:</b>	<b>Presentationsdatum:</b>	<b>Datum för godkännande:</b>
29.03.2020	27.05.2020	27.05.2020

# DEGREE THESIS

## Åland University of Applied Sciences

<b>Study program:</b>	Nursing
<b>Author:</b>	Nina Axelsson
<b>Title:</b>	COPD Patients' Experience of Lung Rehabilitation -A Literature Study
<b>Academic Supervisor:</b>	Katarina Ulenius
<b>Technical Supervisor:</b>	

### Abstract

**Background:** Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is a chronic, slowly progressive lung disease that affects the individual's physical, emotional, and social functioning to varying degrees, leading to a reduced health-related quality of life. In addition to pharmacological treatment, patient education is relevant to increasing the patient's knowledge and ability to self-care.

**Objective:** The aim of the study is to describe COPD patients' experiences of participating in lung rehabilitation.

**Method:** A systematic literature study with qualitative design.

**Results:** Based on 12 selected articles, four themes emerged: Increased confidence, Encouragement from health care professionals, Community and Challenges.

**Conclusion:** Participants stated that they more widely accepted the limitations of the disease and developed strategies for dealing with difficulties, regaining control and maintaining independence. Increased self-confidence, the encouragement of the health care staff and the community in the rehabilitation group helped to improve the physical, emotional and social functioning of the participants, which provided a sense of hope and increased well-being. Developing workable methods to maintain their new skills and maintain the confidence and motivation to be physically active were challenges for the participants.

### Keywords

Chronic obstructive pulmonary disease, lung rehabilitation, patient experiences, qualitative research

<b>Serial number:</b>	<b>ISSN:</b>	<b>Language:</b>	<b>Number of pages:</b>
2020:34	1458-1531	Swedish	29 pages

<b>Handed in:</b>	<b>Date of presentation:</b>	<b>Approved on:</b>
29.03.2020	27.05.2020	27.05.2020

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>1. INLEDNING</b>	<b>5</b>
1.1 Bakgrund	5
1.1.1 Diagnostisering och klassificering av KOL	6
1.1.2 Begränsningar till följd av KOL	7
1.1.3 Behandling av KOL	8
1.2 Problemformulering	9
1.3 Syfte	9
<b>2. METOD</b>	<b>10</b>
2.1 Datainsamling	10
2.2 Urval	10
2.3 Analys	11
2.4 Forskningsetik	11
<b>3. RESULTAT</b>	<b>12</b>
3.1 Ökat självförtroende	12
3.2 Uppmuntran från vårdpersonal	14
3.3 Gemenskap	15
3.4 Utmaningar	16
<b>4. DISKUSSION</b>	<b>18</b>
4.1 Resultatdiskussion	18
4.2 Metoddiskussion	22
4.3 Konklusion	23
<b>KÄLLOR</b>	<b>24</b>
<b>BILAGOR</b>	<b>30</b>

# 1. INLEDNING

Att andas är en förutsättning för mänskligt liv. Andningen är nära förknippad med människans känslor, energi, uthållighet och välbefinnande. Så länge andningen fungerar som den ska är det ingenting vi tänker på eller engagerar oss i. Att däremot ha problem med andningen väcker ofta rädsla och panik. Upplevelsen av andnöd är subjektiv vilket innebär att intensitet och det obehag som andnöden orsakar varierar från individ till individ.

Andningssvikt kan ha många orsaker av vilken den vanligaste är kroniskt obstruktiv lungsjukdom, KOL (Vårdhandboken, u.å). KOL är en kronisk, långsamt progressiv lungsjukdom. Att leva med KOL begränsar den enskilda individen och familjen. Beroende på sjukdomens svårighetsgrad påverkas individens fysiska, emotionella och sociala funktion i olika utsträckning vilket leder till en reducerad hälsorelaterad livskvalitet. (Sigurgeirsdottir, Halldorsdottir, Harpa Arnardottir, Gudmundsson & Bjornsson, 2019). KOL-patienter möter många utmaningar i sin kamp att leva ett så normalt liv som möjligt trots sin sjukdom.

Faktorer som inverkar kan vara patientens kunskap, anpassningsförmåga, tillgång till hälso- och sjukvård, omgivning och miljö (Cooney et al., 2013). Förutom farmakologisk behandling vid KOL är patientutbildning relevant för att öka patientens kunskap och förmåga till egenvård. Rehabilitering förbättrar prestationen hos KOL-patienter (Käypä hoito, 2019; Socialstyrelsen, 2018). Syftet med arbetet var att beskriva KOL-patienters erfarenheter av att delta i lungrehabilitering.

## 1.1 Bakgrund

Enligt The Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) är kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) inte en enda sjukdom utan ett samlingsbegrepp för lungsjukdomar som kan förebyggas och behandlas. Sjukdomen kännetecknas av ihållande obstruktivitet vilken vanligtvis är progressiv och förknippas med en ökad kronisk inflammation i luftvägarna och lungorna. De mest framträdande symtomen är andnöd, kronisk hosta och ökad slemproduktion. Sjukdomen utvecklas under flera år med ett långsamt och smygande förlopp. KOL är den främsta orsaken till kronisk sjuklighet och dödlighet i världen och många människor lider av sjukdomen i flera år och dör i förtid på grund av den

eller till följd av dess komplikationer. Tobaksrökning är den främsta riskfaktorn för att utveckla KOL. Övriga faktorer är bland annat luftföroreningar inomhus och utomhus, yrkesdamm, kemikalier, ångor och rök. I låginkomstländerna är dålig inomhusluft den största riskfaktorn (Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Lung Disease [GOLD], 2019). Enligt Nationalencyklopedin (u.å) innebär kronisk, inom medicinen: stadigvarande, ihållande, långsamt fortlöpande eller obotlig. Obstruktiv lungsjukdom innebär: sjukdom där det förekommer hinder för luftflödet i bronkerna.

### **1.1.1 Diagnostisering och klassificering av KOL**

En klinisk diagnos av KOL bör övervägas hos varje patient som har andnöd, kronisk hosta eller ökad slemproduktion och/eller en historia av exponering av riskfaktorer för sjukdomen. Kvalitetssäkrad spirometri krävs för att bekräfta förekomsten av ihållande obstruktivitet och därmed diagnostisera KOL. Den kliniska svårighetsgraden av KOL bedöms enligt spirometri, symtom och exacerbationer (Käypähoito, 2019). Enligt Nationalencyklopedin (u.å) innebär exacerbation: försämring, ibland tillfällig, under förloppet av en sjukdom, "skov" med mera uttalade symtom.

GOLD klassificerar sjukdomen i fyra svårighetsgrader utifrån patientens lungkapacitet. Från mild svårighetsgrad med lindriga luftvägsbesvär (steg 1), moderat svårighetsgrad (steg 2), svår (steg 3) till mycket svår sjukdom med stora andningssvårigheter, upprepade exacerbationer och omfattande begränsningar i det dagliga livet (steg 4) (GOLD, 2019).

Målen för KOL-bedömningen är att fastställa hur allvarlig sjukdomen är, svårighetsgraden av obstruktiviteten och hur påverkad patienten är samt att bedöma risken för framtida händelser (t.ex. exacerbationer, sjukhusinläggningar eller dödsfall) för att styra behandlingen för KOL-patienten. Det är viktigt att diagnostisera och behandla KOL i ett tidigt skede av sjukdomen för att avstanna sjukdomsutvecklingen (GOLD, 2019). Samsjuklighet med hjärt-kärlsjukdom, metaboliskt syndrom, depression, ångest och osteoporos är vanliga och bör utredas (Käypä hoito, 2019).

### 1.1.2 Begränsningar till följd av KOL

Förutom de fysiska symtomen upplever patienter som lider av KOL andra symtom som utvecklas gradvis och inverkar på patientens dagliga liv i olika utsträckning beroende på sjukdomens svårighetsgrad (Hyde et al., 2013; McMillan Boyles, Hill Bailey & Mossey, 2010). När sjukdomen utvecklas och symtomen förvärras begränsas patienten i att delta och klara av sina dagliga fysiska aktiviteter så som hushållsarbete och egenvård (Cooney et al., 2013; Sossai, Gray & Tanner, 2011). Patienter med andnöd upplever sig orkeslösa, uttröttade och utbrända. Tröttheten beskrivs som ständigt närvarande och är en subjektiv känsla vilken involverar hela människan. Tillsammans med andnöd blir tröttheten ännu svårare att hantera. Trötthet till följd av fysisk aktivitet beskrivs som en total utmattning och kroppssmärta. Andra faktorer som påverkar andningen och förvärrar tröttheten är kall, fuktig, rå luft och varm väderlek. Ålder, samsjuklighet, mediciner, smärta, sömnsvårigheter, snarkning och viktuppgång kan också bidra till trötthet. När tröttheten tar över och energinivån sjunker känns det dagliga livet tungt och svårt vilket orsakar känslor av hjälplöshet och hopplöshet, oförmåga, irritation och försämrad livslust. Känslan av hopplöshet beskrivs vara ännu svårare under exacerbation på grund av rädsla för total förlust av energi (Stridsman, Lindberg & Skär, 2014). Även Gabriel, Figueiredo, Jácome, Cruz & Marques (2014) beskriver patienters rädsla för sjukdomsprogression, försämring av symtom och förvärrad andnöd. Rädsla för andnöd kan hindra KOL-patienter från att utföra fysiska aktiviteter och att träna (Guo & Bruce, 2014; Sigurgeirsdottir et al., 2019).

Andnöd väcker ofta känslor av intensiv rädsla, panik och ångest och inverkar negativ på patientens kognitiva funktioner som till exempel minne och uppmärksamhet (Avsar & Kasikci, 2010). Nivån av den kognitiva nedsättningen är associerad med sjukdomens svårighetsgrad och exacerbationer har ytterligare negativa konsekvenser på den kognitiva funktionen (Roncero, 2016). Enligt nationalencyklopedin innebär kognition; de tankefunktioner med vilkas hjälp information och kunskap hanteras.

En följd av andnöd och trötthet är att patientens fysiska kapacitet och rörlighet begränsas, vilket inskränker på möjligheten att delta i arbetslivet, fritidsaktiviteter och sociala aktiviteter (Gabriel et al., 2014). Pitta et al., (2005) och Fastenau, van Schayck, Gosselink, Aretz &

Muris (2013) beskriver i sina studier att de flesta patienter med KOL lever ett mera inaktivt liv, är mera stillasittande och rör sig långsammare jämfört med friska, äldre personer.

I sin studie belyser McMillan Boyles et.al (2010) hur KOL-patienten på grund av de fysiska begränsningarna ofta är oförmögna att fullborda sina fysiska uppgifter som att exempelvis gå i trappor, dammsuga, bära saker, sätta på sig skor eller leka med sina barnbarn. Att de varje dag ställs inför valet att delta eller inte delta i aktiviteter som kräver energi.

De fysiska begränsningarna har en negativ inverkan på det emotionella välbefinnandet.

Förlust av självständighet och känslor av beroende och att vara oduglig är starkt kopplad till psykiskt välbefinnande. Även ångest påverkar det emotionella välbefinnandet och hindrar patienter från att delta i meningsfulla aktiviteter och begränsar socialt deltagande (Sossai et al., 2011). Svårigheter att acceptera sjukdomen kan leda till identitetsförlust och problem med att definiera sin roll i familjen (Gabriel et al., 2014). De flesta patienter känner sig obekväma med att vara beroende av anhöriga och vänner för att klara av sina dagliga sysslor (Avsar & Kasikci, 2010; Whittemore & Dixon, 2008). KOL-patienter rapporterar generellt lägre hälsorelaterad livskvalitet (Bentsen, Rokne & Klopstad Wahl, 2013). Eftersom rökning är den främsta orsaken till att utveckla KOL upplever patienter ofta känslor av skuld och skam över att själva ha orsakat sin sjukdom genom tidigare eller pågående rökning. Rådande omständigheter i samhället betonar individens ansvar för sin egen hälsa vilket förstärker patientens skuldkänslor. Även bristande stöd från den närmaste omgivningen, från hälso- och sjukvården och från samhället i stort stärker känslan av att vara diskrediterad. Upplevd stigmatisering ökar svårigheterna att aktivt söka sociala kontakter, att delta i sociala sammanhang och att uppsöka hälso- och sjukvård (Cooney et al., 2013; Halding, Heggdal & Wahl, 2011; Lundell et al., 2017).

### **1.1.3 Behandling av KOL**

Målet med behandlingen som ges vid KOL är att minska och lindra symtom, bibehålla lungfunktionen, förebygga exacerbationer och främja välbefinnande. Inget av de befintliga läkemedlen som finns idag kan bota den långsiktiga försämringen av lungfunktionen hos patienten. Genom att upptäcka KOL i tid och genom att vidta rätta åtgärder kan sjukdomsutvecklingen avstanna medan den ännu är lindrig. Det innebär att patienten har chans att leva ett normalt liv som inte präglas av stort lidande på grund av sjukdomen



(Larsson, 2014). Förutom farmakologisk behandling vid KOL är patientutbildning relevant för att öka patientens kunskap och förmåga till egenvård (Socialstyrelsen, 2014). Fysisk rehabilitering förbättrar prestationen hos KOL-patienter och minskar symtom och exacerbationer. Träningen ska inkludera muskelstärkande övningar och uthållighetsträning (Käypähoito, 2019). Enligt Socialstyrelsen (2014) bör KOL-patienter med sjukdomsstadie 3 och 4 erbjudas vård med interprofessionell samverkan vilket innebär att många olika områden i patientutbildningen berörs. Utbildningen kan innehålla kostråd, ångest- och stresshantering, energisparande tekniker, rökslutarstöd samt fysisk aktivitet och träning. Utifrån sjukdomens svårighetsgrad och patientens behov och önskemål kan det interprofessionella teamet bestå av enbart två professioner, vanligen läkare och astma/KOL-sjukskötare. Andra professioner som kan ingå är fysioterapeut, arbetsterapeut, kurator/psykolog och näringsterapeut (Socialstyrelsen, 2018). Rehabilitering för KOL-patienter baseras på målinriktad fysisk aktivitet och syftar till en permanent mer aktiv livsstil (Käypähoito, 2019).

## **1.2 Problemformulering**

Kroniskt obstruktiv lungsjukdom är komplex och påverkar patientens dagliga liv i varierande utsträckning beroende på sjukdomens svårighetsgrad. Att samhället betonar individens ansvar för sin egen hälsa liksom att patienten känner skuld och skam över sin sjukdom inverkar på patientens upplevda hälsa och livskvalitet. Målet med behandlingen för KOL-patienter är att minska och lindra symtom, bibehålla lungfunktionen och förbättra den hälsorelaterade livskvaliteten. I denna studie redogörs för KOL-patienters erfarenheter av att delta i lungrehabilitering som komplement till den farmakologiska behandlingen för KOL-patienter.

## **1.3 Syfte**

Syftet med studien är att beskriva KOL-patienters erfarenheter av att delta i lungrehabilitering.

## 2. METOD

För att uppnå studiens syfte har en systematisk litteraturstudie med kvalitativ design utförts. En systematisk litteraturstudie innebär att systematiskt söka, kritiskt granska, analysera och sammanställa artiklar som valts inom området (Forsberg & Wengström, 2017).

### 2.1 Datainsamling

Vetenskapliga artiklar har sökts i databaserna EBSCO/CINAHL och PubMed. Sökningar i Google Scholar gjordes av artiklar från andra litteraturstudiers referenslistor. Sökningarna begränsades genom att välja *peer reviewed*, engelska artiklar i fulltext som var publicerade mellan åren 2009 till 2019. De sökord som användes i olika kombinationer med booleska söktermen AND var *pulmonary disease chronic obstructive*, *pulmonary rehabilitation*, *patient experiences*, *qualitative research*. Sökningarna har dokumenterats i en tabell (Bilaga 1). I tabellen framgår vilka databaser som användes, lästa abstrakt, antalet artiklar som inkluderades i resultatet samt vilka datum sökningarna gjordes. Utifrån de träffar som tillhandahölls genom databassökningarna granskades först rubrikerna. I följande steg av granskningen lästes abstrakten till de artiklar som verkade vara intressanta utifrån syftet. Därefter valdes tretton kvalitativa artiklar ut för en noggrannare genomläsning då de bedömdes vara relevanta för syftet (Forsberg & Wengström, 2017).

### 2.2 Urval

Inklusions- och exklusionskriterier för de inkluderade artiklarna har bestämts utifrån det valda problemet och syftet. För att inkluderas skulle artiklarna vara på engelska och ur ett patientperspektiv. En av de tretton valda artiklarna exkluderades eftersom även deltagare med post tuberkulos ingick i studien. Artiklarna som har inkluderats i resultatet har genomgått en kvalitetsgranskning med hjälp av Forsberg & Wengströms (2017) kvalitetsgranskningsmall för kvalitativ ansats. Tolv vetenskapliga artiklar som behandlar KOL-patienters erfarenhet av lungrehabilitering har inkluderats i resultatet. I tre artiklar ingick förutom KOL-patienter också vårdpersonal och anhöriga i studien. Resultatet inbegriper enbart data ur

patientperspektivet. Elva av de inkluderade artiklarna värderades vara av hög kvalitet och en av medel kvalitet. En sammanställning av artiklarna presenteras i en tabell (Bilaga 2).

## **2.3 Analys**

Att analysera innebär att dela upp det undersökta ämnet i mindre delar för att bearbeta delarna enskilt och därmed ge en ny förståelse för ämnet (Forsberg & Wengström, 2017).

De artiklar som har ansetts vara relevanta för studiens problemformulering och syfte har lästs i sin helhet ett antal gånger. Med hjälp av färgkodning har den information som svarat på problemformuleringen och syftet sammanförts till fyra teman som presenteras i resultatet.

## **2.4 Forskningsetik**

Forskningsetik innebär att värna om människors lika värde, integritet och självbestämmande (Henricsson, 2017). Vetenskapsrådets riktlinjer bygger på de etiska principerna att deltagande i forskning ska vara frivillig. Den undersökta personens självbestämmande ska respekteras och deltagande i forskning baseras på att forskningspersonen erhållit tillräcklig information. Skador och olägenheter bör undvikas samt integritet och dataskydd beaktas. Forskaren är själv ansvarig för att undersökningens etiska och moraliska principer följs. Samtliga studier som använts i resultatet har tagit etiska överväganden i beaktande och/eller godkänts av en etisk kommitté. (Forskningsetiska delegationen, u.å).

### 3. RESULTAT

Syftet med arbetet var att beskriva KOL-patienters erfarenhet av att delta i lungrehabilitering. Ur de 12 artiklar som har använts i resultatet stiger 4 teman fram: *Ökat självförtroende*, *Uppmuntran från vårdpersonal*, *Gemenskap* samt *Utmaningar*.

#### 3.1 Ökat självförtroende

Efter att ha deltagit i ett sex månaders lungrehabiliteringsprogram ökade deltagarnas kunskap om sin sjukdom och sitt eget ansvar. Programmet hjälpte dem att lära sig hantera sjukdomen, särskilt med avseende på kunskap om förebyggande åtgärder, rehabilitering och medicinsk behandling. De fick insikt i sjukdomens svårighetsgrad och prognos. Att förstå utvecklingen av sjukdomen hjälpte dem att ändra sina attityder till självhantering. De blev medvetna om vikten av att undvika riskfaktorer och fick ökad förståelse för betydelsen av rehabilitering (Wang, Mårtensson, Zhao & Nygårdh, 2018). Deltagarna i Hoaas, Andreassen, Lien, Hjalmsen & Zanaboni, (2016) studie beskrev att de fått ett bredare perspektiv på hälsa och hälsofördelar. De gjorde fysiska, psykologiska och sociala framsteg till följd av att ha deltagit i ett tvåårigt rehabiliteringsprogram som bestod av webbaserad hemträning samt videokontakt med fysioterapeut en gång per vecka. Rehabiliteringen gav ökad kompetens inom de olika områdena vilket ökade förtroendet för den egna förmågan. Liknande resultat beskrev deltagarna i ett sju veckor långt hembaserat rehabiliteringsprogram (Lahham et al., 2018) och i en sex veckor lång grupprehabilitering (Sinnerton & Gillen, 2009). De upplevde positiva effekter på fysisk kapacitet, andning och humör vilket ingav känsla av hopp och ökat välbefinnandet; Även Casey, Murphy, Cooney, Mee & Dowling (2011) beskriver att deltagarna i ett åtta veckors rehabiliteringsprogram fick ökad kunskap och information om vad KOL innebär vilket förändrade deltagarnas inställning till sin sjukdom. Det gjorde dem mer positivt inställda till sin situation. De accepterade i större utsträckning de begränsningar sjukdomen innebär och utvecklade strategier för att hantera svårigheter, återta kontroll och upprätthålla oberoende. I Zakrisson, Theander & Anderzén-Carlssons (2014) studie berättade deltagarna att deras medvetenhet om behovet av egenvård ökade efter att de deltagit i ett sex veckors interprofessionellt lungrehabiliteringsprogram. De fick verktyg för att hantera sitt

dagliga liv och övervinna svårigheter trots de begränsningar sjukdomen innebär. De flesta deltagarna nämnde att de lärt sig att använda rätt host- och andningsteknik för att kontrollera andnöden. Några hade ökat användningen av mediciner medan andra hade minskat medicineringen eller slutat röka för att optimera måendet. Någon hade förändrat sin kost. Att anpassa hemmiljön och möblera om underlättade vardagen och lindrade tröttheten. Nästan alla deltagare tog en tupplur varje dag och hade börjat nya fritidsaktiviteter som passade dem. De blev även mer benägna att ta emot hjälp av andra. De ursäktade sig inte för att de hade KOL och kände sig inte längre underlägsna i jämförelse med andra. Andfåddheten var inte så skrämmande längre och de försökte acceptera tröttheten och bristen på energi. Rehabiliteringen hjälpte dem att få kontroll över sjukdomen och att leva ett så bra liv som möjligt i sin egen takt. På liknande sätt beskriver deltagarna i Hogg, Grant, Garrod & Fiddler (2012), Williams, Bruton, Elli-Hill & McPherson (2010) och Witcher et al. (2015) att de upplevde ökad kontroll över andningen efter att ha deltagit i ett åtta veckors hemrehabiliteringsprogram respektive sex samt åtta, tio eller tolv veckors interprofessionellt lungrehabiliteringsprogram. De hade lärt sig att andfåddhet i sig inte är farligt och var därmed inte oroliga för att delta i fysiska aktiviteter som kan förvärra andfåddheten. Före lungrehabiliteringen pratade deltagarna om sina fysiska begränsningar och efter genomgången rehabilitering om sina fysiska förmågor. De rapporterade större förtroende för att hantera andfåddheten och deras känslor hade förändrats från oacceptabel rädsla och panik till en nivå som var mera hanterbar och acceptabel.

Att delta i lungrehabilitering hade positiv inverkan på den individuella upplevelsen av fysisk och social aktivitet. Deltagarna vågade gradvis utmana sina gränser och klarade av mer jämfört med tidigare vilket i sin tur ökade självförtroendet (Witcher et al., 2015). Även Hellem et al., (2012) beskriver att deltagarnas tillfredsställelse med sin träning var relaterad till deras självförtroende och uppfattning om intensiteten på träningen. Deltagarna poängterade att det var motiverande för deras träningsinsatser att förutom subjektiva mål även ha objektiva mål som grund för anpassad träning och för utvärdering av träningsresultatet över tid. En ökning i fysisk prestation tycktes representera en av de viktigaste faktorerna som påverkade motivationen (Hooas et al., 2016). Efter att ha deltagit i ett åtta veckor långt lungrehabiliteringsprogram blev deltagarna mera medvetna om vad de

fortfarande kunde göra i stället för vad de inte längre kunde göra, vilket gynnade deras acceptans av sjukdomen positivt (Meis et al., 2014; Hoaas et al., 2016).

### **3.2 Uppmuntran från vårdpersonal**

Efter deltagande i lungrehabilitering var deltagarna mer medvetna om vikten av hälso- och sjukvård. Vården kändes mer personlig och tillgänglig vilket gjorde det lättare att ta kontakt vid behov (Casey et al., 2011; Zakrisson et al., 2014). De betonade betydelsen av kunnig och kompetent vårdpersonal som gav stöd och uppmuntran för att minska rädsla och öka förtroendet att utöva fysisk aktivitet (Halding, Wahl & Heggdal, 2010; Hellem, Bruusgaard & Bergland, 2012; Hoaas et al., 2016; Hogg et al., 2012; Meis et al., 2014; Witcher et al., 2015). Uppmuntran hjälpte deltagarna att bli varse sin egen roll för att hantera och förbättra den egna hälsan (Casey et al., 2011; Zakrisson et al., 2014).

Interprofessionell lungrehabilitering erbjöd tillgång till specialister som uppmärksammade deltagarnas individuella hälsorelaterade behov, erfarenheter, bekymmer och åsikter. Betyggande och professionell kompetens märktes genom fysiska undersökningar och tester, medicinering, föreläsningar och rådgivning. Deltagarna upplevde att uppmärksamheten och vården gav såväl emotionellt som praktiskt stöd utöver kunskap om sjukdomen och dess behandling (Halding et al., 2010). Deltagarna i ett hemmaträningsprogram poängterade vikten av att fysioterapeuten visade intresse och förståelse för individen, variationer i sjukdomsförloppet och patientens dagliga tillstånd för att anpassa intensiteten i träningsprogrammet individuellt (Hellem et al., 2012). Deltagarna fick vägledning i att formulera egna, specifika, mätbara och uppnåeliga mål för sin träning. De fick även konkreta planer för hur målen skulle uppnås. Genom deltagarnas ökade kompetens, vårdpersonalens uppmuntran och erkännande ökade chanserna för långsiktigt underhåll av livsstilsförändringar (Meis et al., 2014).

Den stödjande miljön i lungrehabilitering, vårdpersonalens uppmuntran och individuellt uppsatta mål stärkte känslan av förtroende att delta i träning. Även en positiv och optimistisk fysioterapeut som kunde framkalla lite skratt och glädje betydde mycket för deltagarna i Hellem et al.s, (2012) studie. Deltagarna menade att det var avgörande för deras motivation

att de kunde tänka positivt och se ljus på framtiden och livet. På liknande sätt berättar deltagarna i Wang et als., (2012) studie att vårdpersonalens uppmuntran förbättrade deras emotionella välbefinnande och vänligheten bidrog till att de kände sig mer optimistiska och starka.

Den informella och glada tonen i samtal med vårdpersonal bidrog till att de traditionella patient- och vårdare rollerna blev mindre framträdande vilket underlättade deltagande och engagemang. Positiva känslor, social integration och den stödjande atmosfären bidrog till att stärka deltagarnas självförtroende, motivation för egenvård, ökat socialt deltagande och förtroende för hälsovårdssystemet (Halding et als., 2010).

### **3.3 Gemenskap**

Den informella och glada stämningen tillsammans med andra deltagare i lungrehabiliteringsgruppen underlättade kommunikationen och gjorde träffarna trevliga. Tillräcklig tid, förtroende och delad förståelse stärkte gemenskapen. Möjligheter gavs att dela erfarenheter och kunskaper samt att erbjuda och få stöd av varandra. Deltagarna upplevde att social integration och stöd var en viktig och positiv del av lungrehabiliteringen som bidrog till förbättrad livskvalitet. Deltagarnas möjligheter att bidra positivt till varandras välbefinnande tycktes öka deras självkänsla och motivera till ytterligare egenvård och socialt umgänge (Halding et al., 2010). Även Hellem et al., (2012) och Hoaas et al., (2016) beskriver att deltagarnas känsla av tillhörighet, att vara en del av ett större sammanhang och att göra något för andra patienter med KOL var motiverande faktorer. På liknande sätt poängterade deltagarna i Witcher et als., (2015) studie att gruppträning är mer motiverande än att träna på egen hand.

Arbetet i gruppen gjorde dem mer motiverade att fortsätta med programmet och hjälpte dem att fokusera på sina mål. Ibland var konkurrens mellan deltagarna drivkraft men också insikten om behovet av att träna för att förhindra försämring sporrade till aktivitet (Casey et al., 2011).

Genom att delta i gruppinteraktion kunde deltagarna jämföra sin situation med andra i liknande situation. De kunde generalisera mönster och symtom på KOL vilket förstärkte känslan av samhörighet för vissa deltagare medan det hade en oroande inverkan på andra. I en annan studie beskrev däremot deltagare att de inte såg några fördelar med att delta i grupprehabilitering. De upplevde att det var svårt att tala i grupp och att diskussionerna med andra deltagare inte gav dem något (Zakrisson et al., 2014).

Deltagarna i Hogg et al., (2012) och Williams et al., (2010) studier uppskattade kamratstödet som fanns i lungrehabiliteringen. Det bidrog till en känsla av trygghet vilket hade positiv inverkan på deltagandet och utövandet av fysisk träning i rehabiliteringsgruppen. Känslan av att tillhöra en grupp främjade regelbunden närvaro vid träningstillfällena. Socialt stöd från gruppen minskade känslan av isolering som kan vara en följd av kronisk sjukdom. Tryggheten som deltagarna fick genom att träna tillsammans med andra i liknande situation minskade känslan av självömkan och bristande självförtroende. Gemenskapen och stödet i gruppen hjälpte deltagarna att övervinna en del av barriärerna mot olika aktiviteter som orsakas av KOL.

Förutom kamratstödet i lungrehabiliteringen betonas även betydelsen av stöd från familj och vänner. Att erbjuda anhöriga att delta i rehabiliteringen en dag ökade deras förståelse för sjukdomen och gav kunskap om hur de kunde stödja sina närmaste (Lahham et al., 2018; Meis et al., 2014; Wang et al., 2018). Deltagarna i Zakrisson et al., (2014) studie upplevde däremot att det kändes svårt att se hur de anhörigas rädsla och oro för den sjukes hälsa ökade pga den kunskap de fick under lungrehabiliteringen.

### **3.4 Utmaningar**

Under den interprofessionella rehabiliteringen hade deltagarna tillgång till och stöd från olika professioner och andra gruppmedlemmar. Efter rehabiliteringen blev det deltagarnas eget ansvar att hantera sin livsstil och kroniska sjukdom igen. Utmaningen blev att utveckla fungerande metoder för att vidmakthålla de nya färdigheterna (Meis et al., 2014). Deltagarna i ett rehabiliteringsprogram med hembesök av fysioterapeut och sju veckors telefonkontakt



uppskattade flexibiliteten i träningen och fördelarna med att träna på den tid som passade dem. Vissa deltagare nämnde att personliga faktorer inklusive sociala åtaganden, väder och prioriteringar av aktiviteter påverkade deras engagemang för rehabiliteringen. En deltagare saknade en mera direkt kontakt med vårdpersonalen och stödet av andra gruppdeltagare. Övriga faktorer som påverkade deltagandet var samsjuklighet och fysiska begränsningar. Vissa deltagare önskade mer variation i träningen. En annan utmaning som nämndes var att komma igång och börja träna efter en relativt långvarig inaktiv livsstil (Lahham et al., 2018). På liknande sätt beskrev deltagarna i en annan studie att individuella faktorer, exempelvis kognitiv förmåga, livssituationen och ekonomiska svårigheter gjorde det svårt för dem att följa programmet. De nämnde också brister i programmet där innehållet inte matchade deras behov (Wang et al., 2018). Även Halding et al (2010) beskriver att några deltagare inte kände gemenskap i gruppen. De uppskattade inte att delta i grupp och kände sig annorlunda på grund av deras olika behov och resurser. De skrämdes av dominerande gruppmedlemmar vilka utgjorde en utmaning för gruppssammanhållningen.

I Hogg et als. (2012) studie uttryckte deltagarna en önskan att fortsätta lungrehabiliteringen för att bibehålla sin nya livsstil. När den regelbundna träningen upphörde upplevdes ofta en försämring i symtom och fysisk förmåga. Förtroendet och motivationen för att vara fysiskt aktiv tenderade att minska efter avslutad rehabilitering. Deltagarna poängterade vikten av tillgång till lämplig träningsanläggning. De önskade få möjlighet att fortsätta träna under ledning även efter avslutad rehabilitering. Likaså uppskattade de att träna tillsammans med andra personer som var i liknande situation.

På liknande sätt menade deltagarna att risken för att avbryta träningen var särskilt stor efter rehabiliteringen. De betonade vikten av att ha en planerad uppföljning och möjlighet att kontakta vårdpersonal vid behov (Hellem et al., 2012). Efter semester och exacerbationer kunde det vara svårt att återuppta träningen. Att upprätthålla motivationen var en annan utmaning (Hoaas et al., 2016; Sinnerton & Gillen, 2009). Trots att deltagarna upplevde fördelar med lungrehabilitering kände de också oro efter programmet. Innan rehabiliteringen visste de att KOL var en allvarlig sjukdom men efteråt fanns det inga tvivel om att det var så. Förbättrad kunskap och gemenskap med andra gruppdeltagare vars sjukdom var längre framskriden ökade deras oro inför framtiden (Zakrisson et al., 2014).

## 4. DISKUSSION

Syftet med den genomförda studien var att beskriva KOL-patienters erfarenhet av att delta i lungrehabilitering. De valda artiklarna resulterade i fyra teman vilka presenteras i resultatet. I detta avsnitt diskuteras de väsentligaste delarna av resultatet i relation till bakgrunden och Katie Erikssons omvårdnadsteori.

### 4.1 Resultatdiskussion

Att lida av KOL påverkar patientens dagliga liv på många sätt. KOL har en negativ inverkan på det fysiska och psykosociala välbefinnandet såväl som på relationen till familj, vänner och på sociala aktiviteter (Cooney et al., 2013; Sigurgeirsdottir et al., 2019). Förutom den farmakologiska behandlingen vid KOL är patientutbildning relevant för att öka patientens kunskap och förmåga till egenvård (Käypä hoito, 2019, Socialstyrelsen, 2014). I resultatet framkommer det att genom att delta i lungrehabilitering ökade deltagarnas kunskap inom olika områden vilket ledde till ökat förtroende för den egna förmågan att hantera andnöd och att utföra aktiviteter i det dagliga livet. Högre nivå av självförmåga tenderar att minska ångest och depression (Bentsen, Wentzel-Larsen, Henriksen, Rokne & Klopstad Wahl, 2013; Lou et al., 2015; Simpson & Jones, 2013). Efter rehabiliteringen vågade deltagarna gradvis utmana sina gränser och klarade av mer jämfört med tidigare vilket ökade deras självförtroende. Ökad fysisk kapacitet har en positiv inverkan på välbefinnandet (Sossai et al., 2011). Katie Eriksson (1984) beskriver hälsa som ett tillstånd av sundhet, friskhet och välbefinnande men inte nödvändigtvis frånvaro av sjukdom. Välbefinnande representerar den fenomenologiska, subjektiva delen och står för graden av individens medvetenhet, upplevelse av mål och känsla av betydelse och makt. Välbefinnande beskriver individens känsla av välmåga och välbehag. Resultatet visar att lungrehabilitering ledde till att deltagarna uppnådde önskade mål och därmed ökade sin personliga kontroll vilket är förknippat med en förbättring av både subjektivt upplevd hälsa och objektivt uppmätt hälsotillstånd (Fischer et al., 2010).

Patienter med KOL upplever sig ofta orkeslösa och utan energi. När det dagliga livet känns tungt infinner sig känslor av hjälplöshet och hopplöshet (Sigurgeirsdottir et al., 2019;

Stridsman et al., 2014). Efter avslutad rehabilitering rapporterade deltagarna en mer optimistisk inställning till sin sjukdom (Guo & Bruce, 2014; Fischer et al., 2010). Att lära sig att hantera livet med KOL är en process som tar tid och det är viktigt att upprätthålla hoppet och framtidstro. Hopp kan ses som en inre process, en medvetenhet om sina valmöjligheter där förväntan om att någonting i den aktuella verkligheten kan förändras och att viljan till förändring finns (Eriksson, 1987). Deltagarna uppgav att de i större utsträckning accepterade de begränsningar sjukdomen innebär och hade utvecklat strategier för att hantera svårigheter, återta kontroll och upprätthålla oberoende vilket ingav känsla av hopp och ökat välbefinnande. Att vara tålmodig, känna hopp eller ha en tro som skänker tröst är inre resurser som kan ge kraft till patienten. Tro och hopp hänger samman och att kunna hoppas innebär att inte ha gett upp, att ännu ha framtidstro. Hoppet ger riktning åt hälsan och utgör en viktig faktor för hälsa och välbefinnande (Eriksson, 1987).

Patienter som lider av KOL upplever ofta skuld och skam för att ha orsakat sin sjukdom själva tidigare eller pågående rökning vilket många gånger leder till ensamhet och isolering. Bristande stöd från närmaste omgivningen, från hälso- och sjukvården och från samhället i stort stärker känslan av stigmatisering (Cooney et al., 2013; Lundell et al., 2017). Alla människor bär på skuld pga olika förseelser som man på något sätt känner sig ansvarig för. Känslan av skuld är en form av lidande som kränker människans värdighet och känslan av kränkning leder till att människan ofta drar sig för att tala om sitt lidande (Eriksson, 1994). Det sociala stödet i rehabiliteringsgruppen och vårdpersonalens uppmuntran och vänlighet bidrog till att deltagarna kände sig mer optimistiska och starka. Att se människan och inte rökaren i mötet med KOL-patienten inspirerar och inger hopp vilket minskar patientens skuldkänslor (Zakrisson & Hägglund, 2010).

De fysiska begränsningar som KOL-patienter har leder till förlust av självständighet och begränsar socialt deltagande (Sossai et al., 2011). Deltagarna poängterade betydelsen av att känna tillhörighet i rehabiliteringsgruppen. Att dela erfarenheter med varandra och att erbjuda och få stöd bidrog till att stärka deltagarnas självförtroende. Glädjen och det sociala stödet i gruppen minskade känslan av isolering. De ursäktade sig inte längre för att de led av KOL. Även stödet från vänner och familjemedlemmar samt att acceptera hjälp av andra upplevdes ha positiv inverkan på deltagarnas emotionella välbefinnande vilket bidrog till förbättrad

hälsorelaterad livskvalitet (Lundell et al., 2017; Sigurgeirsdottir, 2019). Vänskapen har gynnsam inverkan på människans hälsoprocesser och glädjen i gemenskapen med andra är en källa till livskraft och hälsa. Mänskliga kontakter, tro, hopp, tröst och uppmuntran är av betydelse för individens upplevda hälsa. En väsentlig omvårdnadsåtgärd för all vårdpersonal är att ge utrymme för hopp hos patienten och dennes närstående (Eriksson, 1984).

I resultatet betonade deltagarna betydelsen av att ha tillgång till professionella specialister inom olika områden. De påtalade vikten av stöd och uppmuntran från kunnig och kompetent vårdpersonal, individuellt anpassad rehabilitering, kontinuitet samt regelbunden uppföljning (Lundell et al., 2017; Sigurgeirsdottir, 2019; Österlund Efraimsson, Hillervik & Ehrenberg, 2008). Efter att ha deltagit i lungrehabilitering hade deltagarna ökat förtroende för hälsovårdssystemet. Enligt Eriksson (1994) kan lidande lindras i vården när patienten känner sig välkommen och inbjuden. Information, delaktig och att få sina frågor besvarade minskar oro och ångslan. Att bemötas med värdighet, känna sig älskad, bekräftad, förstörd och att få individuell vård lindrar lidande. ICN:s etiska kod för sjukskötare beskriver sjukskötarens fyra grundläggande ansvarsområden vilka är att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande. Där står även att sjukskötarens uppgift är att ha en professionell inställning och uppvisa respektfullhet, lyhördhet, medkänsla och integritet i mötet med patienten. I studier gjorda av Lundell et al. (2017) och Zakrisson & Hägglund (2010) betonar sjukskötare att de vill vara stolta över sitt arbete och ge den bästa möjliga skraddarsyddna vården för att stödja KOL-patienten i egenvård. För att omvårdnad ska betraktas som vårdande krävs att de professionella vårdarna baserar omvårdnads utövningen på ett helhetsperspektiv som främjar patientens totala hälsa (Eriksson, 1987).

De flesta KOL-patienter lever ett inaktivt och stillasittande liv på grund av de fysiska begränsningar sjukdomen medför (Pitta et al., 2005; Fastenau et al, 2013; Sigurgeirsdottir et al., 2019). Att utveckla fungerande metoder för att vidmakthålla sina nya färdigheter och bibehålla förtroendet och motivationen för att vara fysiskt aktiv beskrev deltagarna som utmaningar efter avslutad lungrehabilitering. De uttryckte en önskan att ha möjlighet att fortsätta träna under ledning av vårdpersonal efter avslutad rehabilitering. Enligt Eriksson (1994) inbegriper hoppet en önskan om en förändring och en rörelse i önskad riktning. En rörelse mot någonting som ur människans synvinkel är mera önskad än den situation hon

befinner sig i. Lundell et al. (2017) framhåller att det är en utmaning för vården att samla tillräckligt många patienter till gruppaktiviteter, att ha tillgång till lämplig lokal samt möjlighet att erbjuda organiserade fysiska aktiviteter för KOL-patienter. Efraimsson et al. (2008) belyser betydelsen av en skriftlig behandlingsplan, regelbunden uppföljning liksom förtroendet som upprätthålls mellan patient och vårdpersonal som bidragande faktorer för att vidmakthålla patientens efterlevnad av behandlingsregimen. Motiverande samtal liksom spirometri kan vara effektiva pedagogiska hjälpmedel för att motivera till och bevara rökstopp. För att kunna ge adekvat patientutbildning och hälsofrämjande vård till KOL-patienter krävs vägledning, coachning och utbildning av vårdpersonal (Zakrisson et al., 2019).

Förutom farmakologisk behandling vid KOL är patientutbildning relevant för att öka patientens kunskap och förmåga till egenvård och enligt de nationella riktlinjerna bör patienterna erbjudas vård med interprofessionell samverkan (Duodecim käypä hoito, 2019, Socialstyrelsen, 2014). Efter att ha deltagit i lungrehabilitering uppgav deltagarna att deras subjektiva upplevelse av hälsa och deras objektiva uppmätta hälsotillstånd hade förbättrats (Fischer et al., 2010). Det bör vara hälso- och sjukvårdens främsta mål att hjälpa patienten att uppnå sin optimala kapacitet för att kunna förverkliga sig själv. En ingående kännedom om sina egna resurser både fysiska och psykiska såväl som de resurser som finns i omgivningen är en förutsättning för självvård (Eriksson, 1994). I Lundell et als (2017) studie berättar sjukskötare att de önskar tillhandahålla högkvalitativ KOL-vård genom interprofessionellt samarbete men att de många gånger saknar kompetens och hindras av otillräckligt stöd från kollegor och ledning samt av organisatoriska brister och bristfälliga rutiner. Sjukskötarna upplever att KOL-sjukdomen har lägre status inom sjukvårdsorganisationen och därmed prioriteras lägre jämfört med exempelvis diabetes. Det kan leda till att mindre resurser ges till kompetenshöjande utbildning för KOL-sjukskötare.

Sjukskötaren har ett personligt ansvar att genom kontinuerligt lärande upprätthålla sin yrkeskompetens (Svensk sjuksköterskeförening 2017) men möjligheter till vidareutbildning ses som begränsad och vårdpersonal kan själva bli ansvariga för sin egen professionella utveckling. Enligt Eriksson (2014) innebär professionellt vårdarbete att det ska grunda sig på sakkunskap och vetenskaplig kunskap. Yrkesutövaren ska sträva efter att utveckla sitt eget vårdområde och ge en högklassig vård. Vidare har sjukskötare ett personligt ansvar och

vårdarbetet ska styras av en etisk kod. Interprofessionellt samarbete kan förbättra vårdpersonalens kunskap och förståelse för varandras professioner vilket ökar möjligheterna att göra mer förebyggande arbete för KOL-patienter. Eriksson (2014) lyfter fram att alla professioner i vården bör bygga sin yrkesutövning på vårdvetenskaplig grund, inte enbart sjukskötare.

Det finns ett betydande gap mellan klinisk praxis och riktlinjerna i KOL-vården där lungrehabilitering är ett komplement till den farmakologiska behandlingen (Lundell et al., 2017). I flera studier framkommer det att specialiserade KOL-sjukskötare behövs för att möta KOL-patienters specifika behov samt planera och genomföra personcentrerad vård (Lundell et al., 2017; Simpson & Martyn, 2013; Zakrisson & Hägglund, 2010; Österlund Efraimsson et al., 2008).

## 4.2 Metoddiskussion

För att uppnå syftet med arbetet gjordes en systematisk litteraturstudie av kvalitativ design. Kvalitativa artiklar valdes framför kvantitativa eftersom kvalitativ forskning grundar sig på att studera personers levda erfarenheter. Valet av metod kändes väsentlig i relation till arbetets frågeställning och syfte. I början var det svårt att hitta relevanta artiklar då sökmotorderna och databaserna var obekanta för författaren. De artiklar som användes var *peer-reviewed*, förhandsgranskade för att stärka trovärdigheten genom att artiklarna då anses vara vetenskapligt- och etiskt granskade. Datainsamling, granskning och analys kan ha påverkats av att det var författarens första litteraturstudie vilket kan vara en svaghet (Henricson, 2012). För att inkluderas skulle artikeln hålla tillräckligt god vetenskaplig kvalitet. Artikelns trovärdighet, pålitlighet, bekräftelsebarhet och överförbarhet granskades enligt Forsberg & Wengströms, (2017) granskningsprotokoll för kvalitativ ansats. Granskningsprotokollet var obekant för författaren vilket kan ha påverkat tolkningen och resultatet av kvalitetsbedömningen. Att kvalitetsgranskningen gjordes av endast en person kan också ha försvagat arbetets tillförlitlighet. De kvalitativa artiklar som höll tillräckligt god kvalitet enligt granskningsprotokollet presenteras i en tabell (Bilaga 2.) Endast artiklar som har tillstånd från etisk kommitté är inkluderade i resultatet (Henricson, 2014). I resultatet ingår artiklar från Sverige, Norge, Storbritannien, Nederländerna, Kanada, Australien och

Kina. De behandlade lungrehabilitering antingen i grupp eller i hemmiljö. Det som stärker trovärdigheten i resultatet är att de inkluderade artiklarna påvisade samma eller liknande resultat oberoende land och rehabiliteringsform.

Författaren har tidigare erfarenhet av att arbeta på lungmottagning med vård av KOL-patienter. Handledare och kollegor har genom arbetets gång läst igenom texten och kommit med råd och förslag vilket har varit till hjälp för att utveckla arbetet.

### **4.3 Konklusion**

Arbetets resultat visar att det ur patientperspektiv finns många hälsofördelar men också utmaningar med att delta i lungrehabilitering. Deltagarna uppgav att de i större utsträckning accepterade de begränsningar sjukdomen innebär och hade utvecklat strategier för att hantera svårigheter, återta kontroll och upprätthålla oberoende. Ökat självförtroende, vårdpersonalens uppmuntran och gemenskapen i rehabiliteringsgruppen bidrog till att deltagarnas fysiska, emotionella och sociala funktion förbättrades vilket ingav hopp och ökat välbefinnande. Trots rekommendationerna är tillgången till lungrehabilitering begränsad och det finns ett betydande gap mellan klinisk praxis och riktlinjer i KOL-vården. Vidare forskning inom området kunde undersöka KOL-patientens erfarenhet av vården på Åland.

# KÄLLOR

Avsar, G., & Kasikci, M. (2010). Living with chronic obstructive pulmonary disease: a qualitative study. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 28(2), 46-52.

Bentsen, S. B., Rokne, B. & Klopstad Wahl, A. (2013). Comparison of health-related quality of life between patients with chronic obstructive pulmonary disease and the general population. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 27. 905-912.

Bentsen, S.B., Wentzel-Larsen, T., Henriksen A.H., Rokne, B. & Klopstad Wahl. A. (2013). Anxiety and depression following pulmonary rehabilitation. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27. 541-550.

Casey, D., Murphy, K., Cooney, A., Mee, L. & Dowling, M. (2011). Developing a structured education programme for clients with COPD. *British Journal of Community Nursing*. 16(5), 231-237.

Cooney, A., Mee, L., Casey, D., Murphy, K., Kirwan, C., Burke, E., ... the PRINCE Team. (2013). Life with chronic obstructive pulmonary disease: striving for 'controlled co-existence'. *Journal of Clinical Nursing*. 22, 986-995.

Duodecim Käypä hoito. Hämtad 01.12. 2019 från

<https://www.kaypahoito.fi/kht00025>

Eriksson, K. (1987). *Vårdandets idé*. Stockholm: Norstedts Förlag AB.

Eriksson, K. (1984). *Hälsans idé*. (2. uppl.). Stockholm: Liber AB.

Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Liber.

Eriksson, K. (2014). *Vårdprocessen*. (5. uppl.). Stockholm: Liber AB.



Fastenau, A., van Schayck, O. CP., Gosselink, R., Aretz, K. CPM. & Muris, J. WM. (2013). Discrepancy between functional exercise capacity and daily physical activity: a cross-sectional study in patients with mild to moderate COPD. *Primary Care Respiratory Journal*, 22(4), 425-430.

Fischer, M., Scharloo, M., Abbink, J., van't Hul, A., van Ranst, D., Rudolphus, A., ... Kaptein, A.A. (2010). The dynamics of illness perceptions: Testing assumptions of Leventhals common-sense model in a pulmonary rehabilitation setting. *British Journal of Health Psychology*, 15, 887-903.

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2017). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur & Kultur.

Forskningsetiska delegationen. Hämtad 03.10.2019 från <https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/etiskapriciper.pdf>

Gabriel, R., Figueiredo, D., Jácome, C, Cruz, J. & Marques, A. (2014). Day-to-day living with chronic obstructive pulmonary disease: Towards a family-based approach to the illness impacts. *Psychology & Health*, 29(8), 967-983.

GOLD. (2019). *Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. Hämtad 26.05.2019 från <https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2018/11/GOLD-2019-v1.7-FINAL-14Nov2018-WMS.pdf>

Guo, S-E., & Bruce, A. (2014). Improving understanding of and adherence to pulmonary rehabilitation in patients with COPD: A qualitative inquiry of patient and health professional perspectives. *Plos One* [www.plosone.org](http://www.plosone.org) , 9(10). doi: [10.1371/journal.pone.0110835](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0110835).

Halding, A-G., Heggdal, K. & Wahl, A. (2011). Experiences of self-blame and stigmatisation for self-infliction among individuals living with COPD. *Scandinavian Journal of caring Science*. 25.100-107.

Hellem, E., Bruusgaard, K. A. & Bergland, A. (2011). Exercise maintenance: COPD patients perception and perspectives on elements of success in sustaining long-term exercise. *Physiotherapy Theory and Practice*, 28(3), 206-220.

Henricson, M. (Red.). (2014). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (1. uppl.). Studentlitteratur.

Hoas, H., Andreassen, H. K., Lien, L. A., Hjalmsen, A. & Zanaboni, P. (2016). Adherence and factors affecting satisfaction in long-term telerehabilitation for patients with Chronic Obstructive pulmonary disease: a mixed methods study. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 16 (26).

Hogg, L., Grant, A., Garrod, R. & Fiddler, H. (2012). People with COPD perceive ongoing, structured and socially supportive exercise opportunities to be important for maintaining an active lifestyle following pulmonary rehabilitation: a qualitative study. *Journal of Physiotherapy*, 58, 189-195.

Hyde, N., Casey, D., Murphy, K., Cooney, A., Mee, L., Kirwan, C., Tully, A., Mooney, B. (2013). COPD in primary care settings in Ireland: stories from usual care. *MA Healthcare Ltd*, 18(6), 275-282.

Lahham, A., McDonald, C., Mahal, A., Lee, A., Hill, C., Burge, A., ... Holland, A. (2018). Home-based pulmonary rehabilitation for people with COPD: A qualitative study reporting the patient perspective. *Chronic Respiratory Disease*. 15(2), 123-130.

Larsson, K. (Red.). (2014). *KOL Kroniskt obstruktiv lungsjukdom*. Lund: Studentlitteratur.

Lundell, S., Tistad, M., Rehn, B., Wiklund, M., Holmner, Å. & Wadell, K. (2017). Building COPD care on Shaky ground: a mixed methods study from Swedish primary care professional perspective. *BMC Health Services Research*, 17(467).

McMillan Boyles, C., Hill Bailey, P & Mossey, S. (2010). Chronic Obstructive Pulmonary Disease as Disability: Dilemma Stories. *Qualitative Health Research*, 21(2), 187-198.

Lou, P., Chen, P., Zhang, P., Yu, J., Wang, Y., Chen, N., ... Zhao, J. (2015). A COPD health management program in a community-based primary care setting: A randomized controlled trial. *Respiratory care*, 60(1), 102-112.

Meis, J., Bosma, C., Spruit, M., Franssen, F., Janssen, D., Teixeira, P., ... Kremers, S. (2014). A qualitative assessment of COPD patients' experiences of pulmonary rehabilitation and guidance by healthcare professionals. *Respiratory Medicine*. 108, 500-510.

Nationalencyklopedin. Hämtad 26.05.2019 från

<https://www-ne-se.ha.idm.oclc.org/sök/?t=uppslagsverk&q=exacerbation>

Nationalencyklopedin. Hämtad 30.05.2019 från

<https://www-ne-se.ha.idm.oclc.org/s%C3%B6k/?t=uppslagsverk&q=kognition>

Nationalencyklopedin. Hämtad 26.05.2019 från

<https://www-ne-se.ha.idm.oclc.org/sök/?t=uppslagsverk&q=kronisk>

Nationalencyklopedin. Hämtad 26.05.2019 från

<https://www-ne-se.ha.idm.oclc.org/uppslagsverk/encyklopedi/lång/obstruktiv-lungsjukdom>

Pitta, F., Troosters, T., Spruit, M. A., Probst, V. S. Decramer, M. & Gosselink, R. (2005). Characteristics of Physical Activities in Daily Life in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 171(9), 972-977.

Roncero, C., Campuzano, A. I., Quintano, J. A., Molina, J., Pérez, J. & Miravittles, M. (2016). Cognitive status among patients with chronic obstructive pulmonary disease. *International Journal of COPD*. 11, 543-551.

Sigurgeirsdottir, J., Halldorsdottir, S., Arnardottir, R.H., Gudmundsson, G., & Bjornsson, E.H. (2019). COPD patients experiences, self-reported needs, and needs-driven strategies to cope with self-management. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 14, 1033-1043.

Simpson, E., & Jones, M. (2013). An exploration of self-efficacy and self-management in COPD patients. *British Journal of Nursing*, 22(19), 1105-1109.

Sinnerton, J., & Gillen, P. (2009). Exploring people's perceptions of a pulmonary rehabilitation program and maintenance options. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness*, 1, 229-236.

Socialstyrelsen. Hämtad 30.05.2019 från

<http://slmf.se/kol/niva-2/diagnostik/>

Sossai, K., Gray, M. & Tanner, B. (2011). Living with chronic obstructive pulmonary disease: experiences in northern regional Australia. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 18(11), 631-642.

Stridsman, C., Lindberg, A. & Skär, L. (2014). Fatigue in chronic obstructive pulmonary disease: a qualitative study of people's experiences. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(1), 130-138.

Svensk sjuksköterskeförening. (2017). ICN:s etiska kod för sjuksköterskor. Hämtad 28.09.2019 från [https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas\\_etiska\\_kod\\_2017.pdf](https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas_etiska_kod_2017.pdf)

Wang, L., Mårtensson, J., Zhao, Y. & Nygårdh, A. (2018). Experiences of a health coaching self-management program in patients with COPD: a qualitative content analysis. *International Journal of COPD*, 13, 1527-1536.

Whittemore, R. & Dixon, J. (2008). Chronic illness: the process of integration. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic illness* in association with *Journal of Clinical Nursing*, 17(7b), 177-187.

Williams, V., Bruton, A., Ellis-Hill, C. & McPherson, K. (2010). The effect of pulmonary rehabilitation on perceptions of breathlessness and activity in COPD patients: a qualitative study. *Primary Care Respiratory Journal*, 19(1), 45-51.

Witcher, C., McGannon, K., Hernandez, P., Dechman, G., Ferrier, S., Spence, J.,... Blanchard, C. (2015). A qualitative exploration of exercise among pulmonary rehabilitation participants: Insight from multiple sources of social influence. *Respiratory care*, 60(11), 1624-1634.

World Health Organization. (2017). Chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Hämtad 26.05.2019 från

[https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)](https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd))

Vårdhandboken. Hämtad 03.11.2019 från

<https://www.varldhandboken.se/varld-och-behandling/luftvagar/andningsvard/oversikt/>

Zakrisson, A-B., Arne, M., Hasselgren, M., Lisspers, K., Ställberg, B., & Theander, K. (2019). A complex intervention of self-management for patients with COPD or CHF in primary care improved performance and satisfaction with regard to own selected activities; A longitudinal follow-up. *Journal of Advanced Nursing*, 75, 175-186.

Zakrisson, A-B., & Häggglund, D. (2010). The asthma/COPD nurses experience of educating patients with chronic obstructive pulmonary disease in primary health care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24, 147-155.

Zakrisson, A-B., Theander, K. & Anderzén-Carlsson, A. (2014). How life turned out one year after attending a multidisciplinary pulmonary rehabilitation programme in primary health care. *Primary Health Care Research & Development*, 15, 302-311.

Österlund Efraimsson, E., Hillervik, C., & Ehrenberg, A. (2008). Effects of COPD self-care management education at a nurse-led primary health care clinic. *Scandinavian Journal of caring Sciences*, 22, 178-185.

# BILAGOR

*Bilaga 1. Tabellöversikt över datainsamling*

<b>Databas</b>	<b>Sökord</b>	<b>Antal träffar</b>	<b>Antal lästa abstract</b>	<b>Antal använda artiklar i studiens resultat</b>	<b>Datum för sökning</b>
<b>EBSCO/ CINAHL</b>	Pulmonary rehabilitation AND patient experience	32	4	3	26.03.2019
<b>EBSCO/ CINAHL</b>	Pulmonary disease, chronic obstructive AND Self management	108	13	2	26.03.2019
<b>PubMed</b>	Pulmonary disease, chronic obstructive AND Qualitative research	43	15	4	12.08..2019
<b>Google Scholar</b>	Manuell sökning av artiklar från andra studiers referenslistor			3	23.05.2019

Bilaga 2. Tabellöversikt över inkluderade artiklar

Författare, år, titel, tidskrift, land	Syfte	Urval	Metod	Resultat	Kvalitet
<p><b>Casey, D., Murphy, K., Cooney, A., Mee, L., Dowling, M.</b></p> <p><b>2011</b></p> <p>Developing a structured education programme for clients with COPD</p> <p>British Journal of Community Nursing</p> <p>Irland</p>	<p>Att beskriva utvecklingen av ett strukturerat utbildningsprogram för KOL patienter SEPRP) för PRINCE studien (Pulmonary Rehabilitation In Nurse-led Community Environments</p>	<p>I studien deltog 16 patienter med KOL diagnos. Majoriteten var män (9 st) från landsbygden, 44-76 år. 50% av deltagarna hade tidigare deltagit i ett 8 veckor lung rehabilitering program.</p> <p>25 vårdpersonal (9 läkare, 7 sjukskötare, 4 fysioterapeuter, 3 sjukskötare specialiserade i lungsjukvård, 1 dietist, ordförande för nationella KOL strategigruppen)</p> <p>Majoriteten av deltagarna var kvinnor (16) 10 st 30-39 år 7 st 40-49 år</p>	<p>Två små deskriptiva kvalitativa studier</p> <p>Semi strukturerade face to face intervjuer med KOL patienter.</p> <p>Semi-strukturerade telefonintervjuer med vårdpersonal.</p>	<p>Fem teman kunde urskiljas: självbevarelse-drift, Anpassningsstrategier för att hantera KOL, tillgång till service och stöd, miljöpåverkan</p> <p>Resultatet pekar på att sjukskötare i primärvården har en viktig roll i utvecklingen och utförandet av strukturerat utbildningsprogram för KOL patienter Sjukskötare har förmåga att vägleda KOL patienter och utbildningsprogrammet är ett exempel på hur det kan verkställas i praktiken.</p>	<p>Medel</p>

<p><b>Halding, A-G., Wahl, A., Heggdal, K.</b></p> <p><b>2010</b></p> <p>‘Belonging’. Patients’ experiences of social relationships during pulmonary rehabilitation</p> <p>Disability and Rehabilitation</p> <p>Norge</p>	<p>Att beskriva upplevelsen av sociala relationer under deltagandet i lung rehabilitering för patienter som lever med KOL</p>	<p>13 män och 5 kvinnor i åldern 52 till 81 år deltog i 12 veckors lung rehabilitering</p>	<p>Studien utgör en del av en större utredning designad att utforska KOL patienters upplevelse av vardagslivet och rehabilitering</p> <p>En kvalitativ innehållsanalys med individuella kvalitativa intervjuer</p> <p>Tolkande fenomenologi</p>	<p>Resultatet visade ett övergripande tema: samhörighet</p> <p>Deltagarna betonade social integration i rehabiliterings grupperna, stöd från kamrater och från vårdpersonal som viktiga aspekter av sociala relationer under rehabilitering</p>	<p>Hög</p>
---	---	--	---	---	------------



<p><b>Hellem, E., Bruusgard, K., A., Bergland, A.</b></p> <p><b>2012</b></p> <p>Exercise maintenance: COPD patients' perception and perspectives on elements of success in sustaining long-term exercise</p> <p>Physiotherapy Theory &amp; Practice</p> <p>Norge</p>	<p>Att belysa hur patienter med KOL som framgångsrikt behåller ett långsiktigt träningsprogram förstår överensstämmelse med underhållsövningar och ser potentiella lösningar</p>	<p>Totalt 11 deltagare, tre män och 8 kvinnor som deltagit i ett 12 månaders hemträningsprogram</p> <p>6 deltog i individuella intervjuer</p> <p>5 deltog i fokusgrupp intervjuer</p>	<p>6 in-depth intervjuer och en fokusgrupp intervju</p> <p>Kvalitativ innehållsanalys</p>	<p>Fyra teman kunde urskiljas: uppfattning och bekräftelse av sjukdomen, terapeutens personlighet och kompetens, uppfattning om träningsprogrammet, lämnad till mig själv - en fallgrop i bevarandet</p>	<p>Hög</p>
--	--	---	---	--	------------

<p><b>Hoaas, H., Andreassen, H., K., Lien, L., A., Hjalmarsen, A., Zanaboni, P.</b></p> <p><b>2016</b></p> <p>Adherence and factors affecting satisfaction in long-term telerehabilitation for patients with chronic obstructive pulmonary disease: a mixed methods study</p> <p>BMC Medical Informatics and Decision Making</p> <p>Norge</p>	<p>Att utforska KOL patienters tillgivenhet och erfarenheter av långvarig tele-rehabilitering för att förstå faktorer som påverkar tillfredsställelse och potential för förbättringar av servicen</p>	<p>10 KOL patienter deltog i en tvåårig pilotstudie med hem rehabilitering</p>	<p>En två årig pilot studie</p> <p>Två semi strukturerade fokusgrupper och individuella frågeformulär med öppna frågor</p> <p>Kvalitativa data analyserades med systematisk text-kondensering</p>	<p>Fyra teman kunde urskiljas: upplevda hälsovinster, ökad self-efficacy och självständighet, emotionell trygghet till följd av regelbundna möten och tillgång till specialkompetens, bevarande av motivation</p>	<p>Hög</p>
---	---	--	---	---	------------

<p><b>Hogg, L., Grant, A., Garrod, R., Fiddler, H.</b></p> <p><b>2012</b></p> <p>People with COPD perceive ongoing, structured and socially exercise opportunities to be important for maintaining an active lifestyle following pulmonary rehabilitation: a qualitative study</p> <p>Journal of Physiotherapy</p> <p>UK</p>	<p>Vilka åsikter och uppfattningar har personer med KOL om att upprätthålla en aktiv livsstil efter lungrehabilitering</p>	<p>16 personer med KOL</p> <p>hem rehabilitering</p>	<p>Kvalitativ studie med två fokusgrupper</p> <p>Fokusgrupp intervjuer bandades digitalt och transkriberades ordagrant</p> <p>grupp diskussionen underlättades med hjälp av en ämnesguide med åtta öppna frågor som hade utvecklats med en erfaren forskare</p>	<p>5 huvudteman kunde urskiljas: Värdet av lung rehabilitering Pågående träning professionellt stöd socialt stöd av kamrater Hälsostatus</p>	<p>Hög</p>
--	--	--	---	--	------------

<p><b>Lahham, A., McDonald, C.F., Mahal, A., Lee, A.L., Hill, C.J., Burge, A.T., Cox, N.S., Moore, R., Nicolson, C., O'Halloran, P., Gillies, R., Holland, A.E.</b></p> <p><b>2018</b></p> <p>Home-based pulmonary rehabilitation for people with COPD: A qualitative study reporting the patient perspective</p> <p>Chronic Respiratory Disease</p> <p>Australien</p>	<p>Syftet med studien var att dokumentera perspektivet hos KOL patienter som deltog i hem baserad lung rehabilitering i en klinisk prövning</p>	<p>13 KOL patienter som deltog i ett 7 veckors hemrehabiliteringsprogram</p>	<p>Kvalitativ studie</p> <p>Semi strukturerade intervjuer med öppna frågor</p> <p>12 face to face intervjuer och en telefonintervju</p>	<p>5 huvudteman med underteman kunde urskiljas</p> <p>Tema 1: Förbättrad fysisk funktion -bättre andning -Bättre humör</p> <p>Tema 2: -flexibelt program som passar i livet -mindre resor - träna vid lämplig tidpunkt -flexibilitet vid kontakt med fysioterapeut -obligatorisk prioritering och problemlösning</p> <p>Tema 3: Socialt stöd och uppmuntrande engagemang</p> <p>Tema 4: Utmaningar i programmet -fysiska begränsningar för träning -variation i träning</p> <p>Tema 5: Nya planer för framtiden -ny träningsrutin</p>	<p>Hög</p>
--	---	--	---	---	------------

<p><b>Meis, J.J.M., Bosma, C.B., Spruit, M.A., Franssen, F.M.E., Janssen, D.J.A., Teixeira, P.J., Augustin, I.M.L., Wouters, E.F.M., de Vries, N.k., Schols, A.M.W.J., Kremers, S.P.J</b></p> <p><b>2014</b></p> <p>A qualitative assessment of COPD patients' experi ences of pulmonary rehabilitation and guidance by helthcare professionals</p> <p>Respiratory Medicine</p> <p>Nederländerna</p>	<p>Att utvärdera KOL patienters upplevelser under lung rehabilitering och vägledning från vårdpersonal Ett tredje mål betraktade överföringen till hemmiljö efter avslutad rehabilitering</p>	<p>7 KOL patienter i början av studien och sex till i slutet av ett 8 veckors rehabiliteringen</p> <p>7 + 7 vårdpersonal: fysioterapeut, arbetsterapeut, fysisk tränare, lungläkare, lung sjukskötare, psykolog, dietist</p>	<p>Kvalitativ studie med deskriptiv, fenomenologisk approach</p> <p>Fokusgrupper med semi-strukturer ade intervjuer bandades digitalt och transkriberades ordagrant</p>	<p>Sju huvudteman kunde urskiljas: -Acceptans -Målsättning -Ökad kunskap -Upplevda fördelar -Balanserad kontrollerad och autonom motivation -Känsla av släktskap -Överföring till hemmiljö</p>	<p>Hög</p>
--	---	--	---	--	------------

<p><b>Sinnerton, J., Gillen, P.</b></p> <p><b>2009</b></p> <p>Exploring people`s perceptions of a pulmonary rehabilitation program and maintenance options</p> <p>Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness</p> <p>UK</p>	<p>Att utforska patienters uppfattningar om lungrehabilitering och alternativ för underhåll</p>	<p>25 deltagare som hade deltagit i ett 6 veckors lung rehabiliterings program</p>	<p>Fokusgrupp intervjuer med öppna frågor</p> <p>Intervjuerna bandades och transkriberades ordagrant</p>	<p>Tre huvudteman med underkategorier kunde urskiljas:</p> <p>Resultat av lung rehabilitering -fysiska och psykologiska</p> <p>Gynnsamma aspekter av programmet -grupp-motivation och kamratstöd</p> <p>Hinder för deltagande -exacerbation, resväg, bristande motivation</p>	<p>Hög</p>
--	---	--	--	---	------------

<p><b>Wang, L., Mårtensson, J., Zhao, Y., Nygårdh, A.</b></p> <p><b>2018</b></p> <p>Experiences of a health coaching self-management program in patients with COPD: a qualitative content analysis</p> <p>International Journal of COPD</p> <p>Kina</p>	<p>Att beskriva KOL patienters erfarenhet av att delta i self-management program</p>	<p>20 patienter som deltagit i 6 månaders 3 stegs self management program med ett face to face tillfälle med sjukskötare och månatlig telefon uppföljning</p>	<p>Semi-strukturerade intervjuer</p> <p>Induktiv kvalitativ innehållsanalys</p>	<p>Fyra kategorier och 13 subkategorier kunde urskiljas: att få insikt om vikten av kunskap och eget ansvar i hanteringen av KOL, att upprätthålla en hälsosam livsstil, att känna stöd i programmet, att hindras av individuella och program begränsningar</p>	<p>Hög</p>
---	--	---	---	---	------------

<p><b>Williams, V., Hardinge, M., Ryan, S., Farmer, A.</b></p> <p><b>2014</b></p> <p>Patients' experience of identifying and managing exacerbations in COPD: a qualitative study</p> <p>Primary Care Respiratory Medicine</p> <p>UK</p>	<p>Att beskriva patienters nuvarande förståelse och erfarenhet av att hantera och identifiera KOL exacerbationer hemma</p>	<p>44 patienter, 17 kvinnor och 27 män med moderat till väldigt svår KOL deltog i ett 8 veckor rehabiliteringsprogram</p>	<p>En kvalitativ intervjustudie</p> <p>Empirisk studie med grundad teori</p>	<p>Patienter identifierade exacerbationer genom synliga symtom som hosta och ökad slemproduktion, osynliga symtom som känsla i bröstet och kroppskänedom</p>	<p>Hög</p>
---	--	---	--	--	------------



<p><b>Witcher, C.S.G., McGannon, K.R., Hernandez, P., Dechman, G., Ferrier, S., Spence, J.C., Rhodes, R.E., Blanchard, C.M.</b></p> <p><b>2015</b></p> <p>A qualitative exploration of exercise among pulmonary rehabilitation participants: insight from multiple sources of social influence</p> <p>Respiratory care</p> <p>Kanada</p>	<p>Syftet med studien var att få flera perspektiv på lung rehabilitering för att få insikt i faktorer som påverkar tränings deltagande bland individer som diagnostiserats med KOL</p>	<p>Totalt 26 deltagare 8 personer med KOL deltog i 6, 10 eller 12 veckors rehabiliterings program</p> <p>4 familje medlemmar</p> <p>11 vårdpersonal 3 kommunala beslutstagare</p>	<p>Kvalitativ studie</p> <p>Telefon intervjuer med öppna semi-strukturerade frågor</p> <p>Intervjuerna bandades digitalt och transkriberades ordagrant</p>	<p>3 teman kunde urskiljas</p> <p>-Själv effektivitet vid träning -Stöd och uppmuntran -Uppfattningar om könsskillnader</p>	<p>Hög</p>
--	--	---	--	---	------------

<p><b>Zakrisson, A-B., Theander, K., Anderzén-Carlsson, A.</b></p> <p><b>2014</b></p> <p>How life turned out one year after attending a multidisciplinary pulmonary rehabilitation programme in primary health care</p> <p>Primary Health care Research &amp; Development</p> <p>Sverige</p>	<p>Att beskriva KOL patienters erfarenhet av den bestående nyttan ett år efter deltagande i lung rehabilitering</p>	<p>20 KOL patienter som deltagit i ett 6 veckors inter professionellt rehabiliterings program</p>	<p>Semi strukturerade intervjuer</p> <p>Kvalitativ innehållsanalys</p>	<p>Ett tema och tre sub-teman kunde urskiljas: Jag lever livet i min egen takt ; att vara medveten om begränsningarna i mitt liv, att återfå kontroll över mitt liv, ingen förändring i mitt liv</p>	<p>Hög</p>
--	---	---	--	--	------------