

COPINGSTRATEGIER HOS PATIENTER MED KOL

En litteraturöversikt

COPING STRATEGIES IN PATIENTS WITH COPD

A literature review

Examensarbete inom huvudområdet omvårdnad
Grundnivå
15 Höskolepoäng
Vårterminen 2018

Författare: Albertsson Josefin
Bergström Matilda

SAMMANFATTNING

Titel:	Copingstrategier hos patienter med KOL - En litteraturöversikt
Författare:	Albertsson, Josefin; Bergström, Matilda
Institution:	Institutionen för hälsa och lärande, Högskolan i Skövde
Program/kurs:	Sjuksköterskeprogrammet, Examensarbete i omvårdnad, OM525G, 15 hp
Handledare:	Larsson, Therese
Examinator:	Svanström, Rune
Sidor:	27
Nyckelord:	Copingstrategier, KOL, livsvärld, patient, stöd

Bakgrund: KOL är en sjukdom som drabbar luftvägarna och lungorna. Sjukdomen kännetecknas av att patienten får ett begränsat luftflöde och den vanligaste riskfaktorn för KOL är tobaksrökning. KOL påverkar hela patientens livsvärld då sjukdomen har både fysisk och psykisk påverkan och patienten är ofta i behov av stöd. För att hantera faktorer som orsakar stress använder människan olika copingstrategier och dessa kan variera beroende på situation, erfarenhet och vilket stöd som finns runt människan. **Syfte:** Att beskriva copingstrategier hos patienter med KOL och därmed skapa förståelse för dessa patienters behov av stöd. **Metod:** Studien är en litteraturöversikt där nio artiklar med kvalitativ ansats och en artikel med kvantitativ ansats har analyserats. **Resultat:** Resultatet presenteras med kategorierna *Copingstrategier för att hantera känslor och tankar* samt *Copingstrategier som fokuserar på förändring*. Under dessa kategorier beskrivs KOL-patienters olika copingstrategier i tio underkategorier. **Konklusion:** Vilka copingstrategier KOL-patienter använder beror på deras livsvärld och vilket socialt och professionellt stöd som finns runt dem. De copingstrategier som fokuserar på förändring är framför allt de som också främjar hälsa men andra copingstrategier är också vanliga då sjukdomen är förknippad med skam och skuld. Sjuksköterskan måste uppmärksamma patienternas copingstrategier och ge dem stöd i att implementera copingstrategier som är hälsofrämjande.

ABSTRACT

Title: Coping strategies in patients with COPD - A literature review

Author: Albertsson, Josefin; Bergström, Matilda

Department: School of Health and Education, University of Skövde

Course: Degree of Bachelor of Science in Nursing, Thesis in Nursing Care, 15 ECTS

Supervisor: Larsson, Therese

Examiner: Svanström, Rune

Pages: 27

Keywords: COPD, coping strategies, lifeworld, patient, support

Background: COPD is a disease that affects the airways and the lungs. The disease is characterized by the patient having a limited airflow and the most common risk factor for COPD is tobacco smoke. COPD affects the entire lifeworld of the patient as the disease has both physical and mental impact and the patient is often in need of support. To handle stress-causing factors, people use different coping strategies, and these may vary depending on the situation, experience, and support available around the person. **Aim:** To describe coping strategies in patients with COPD and thereby create an understanding of these patients need for support. **Method:** The study is a literature review where nine articles with a qualitative approach and one article with a quantitative approach have been analyzed. **Result:** The result is presented with the categories *Coping strategies for managing emotions and thoughts* and *Coping strategies that focus on change*. In these categories different coping strategies of COPD patients are described in ten subcategories. **Conclusion:** Which coping strategies COPD-patients use depends on their lifeworld and what social and professional support is available around them. The coping strategies that focus on change are especially those who promote health, but other coping strategies are also common since the disease is associated with shame and guilt. The nurse must pay attention to the patients' coping strategies and provide them with support in implementing coping strategies that promote health.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
KOL	1
Riskfaktorer	2
Behandling	2
Stöd	3
Coping	3
Livsvärld	4
Att leva med KOL	4
PROBLEMFÖRMULERING	5
SYFTE	6
METOD	7
Urval.....	7
Datainsamling	7
Analys	8
Etiska överväganden	8
RESULTAT	9
Copingstrategier för att hantera känslor och tankar	9
Förnekelse och att lägga över ansvar på andra	9
Att känna skuld och ångest	10
Isolering och att dra sig tillbaka	11
Fortsätta röka	11
Acceptans och positivitet	12
Copingstrategier som fokuserar på förändring	12
Balans mellan aktivitet och vila	12
Söka information.....	13
Ta hjälp utifrån	13
Söka socialt stöd	14
Sluta röka	14
Resultatsammanfattning	15
DISKUSSION	16
Metoddiskussion	16
Resultatdiskussion.....	17
Konklusion	21
Kliniska implikationer och förslag till utveckling av ämnet	22
REFERENSER	23

BILAGOR

1. Redovisning av sökhistorik
2. Granskningsmall
3. Översikt av analyserade artiklar

INLEDNING

Kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) beräknas bli den tredje mest dödliga sjukdomen år 2030 (World Health Organization, 2017). KOL är en svår sjukdom som påverkar hela patientens liv med allvarliga symtom och successiv försämring. Vid alla svåra situationer använder sig människor antingen medvetet eller omedvetet av någon form av coping för att hantera stressen som situationen medför. Patienter med KOL har ofta ett stort vårdbehov och det är viktigt att sjuksköterskan har kunskap om hur sjukdomen kan påverka patienternas liv för att ha möjlighet att kunna ge patienterna det stöd de behöver.

BAKGRUND

KOL

KOL är en progressiv och inflammatorisk sjukdom som drabbar luftvägarna och lungorna (Rabe & Watz, 2017). Sjukdomen kännetecknas av att patienten får ett begränsat luftflöde på grund av en kronisk inflammation i luftvägarna och lungorna, ofta orsakad av skadliga partiklar eller gaser (Berg & Wright, 2016). KOL delas in i kronisk bronkit och emfysem (Wikström, 2012). Hogg (2004) beskriver att kronisk bronkit innebär en inflammation i epitelvävnaden i de centrala luftvägarna som sträcker sig över slemproducerande körtlar. Inflammationen leder till ökad slemproduktion som försämrar reningen av luftvägarna. Enligt Ericson och Ericson (2012) definieras kronisk bronkit som daglig produktiv hosta med slem under minst tre månader per år i minst två års tid. Berg och Wright (2016) beskriver emfysem som ett tillstånd där väggarna i alveolerna bryts ner vilket leder till en permanent och onormal vidgning av andningsluftrummet. Enligt Ericson och Ericson (2012) innebär emfysem minskad andningsyta och förlust av fungerande lungvävnad vilket även leder till minskat gasutbyte i alveolerna. Rabe och Watz (2017) beskriver att patienter med KOL ofta drabbas av exacerbationer vilket innebär försämringsperioder med akut förvärrade andningssymtom, till exempel hosta, andnöd eller ökad slemproduktion. Enligt Ericson och Ericson (2012) är KOL en sjukdom som ofta påverkar livskvaliteten på ett negativt sätt och många patienter är i behov av psykosocialt stöd.

251 miljoner människor världen över beräknades leva med KOL år 2016 och mer än tre miljoner människor dog av sjukdomen år 2015 (World Health Organization, 2017). Ungefär 90 % av alla dödsfall orsakade av KOL beräknas ske i låginkomst- eller medelinkomstländer (Rabe & Watz, 2017). KOL är även den fjärde vanligaste dödsorsaken i industriländer (Berg & Wright, 2016). Rabe och Watz (2017) beskriver att den globala prevalensen av KOL är svår att uppskatta på grund av att det används olika metoder för att beräkna förekomsten. En av svårigheterna med att beräkna den globala prevalensen av KOL är underdiagnostisering, särskilt i utvecklingsländer. KOL är framför allt underdiagnostiserat hos unga personer, personer som aldrig har rökt och personer med låg utbildningsnivå (Rabe & Watz, 2017). Dödsfall orsakade av KOL beräknas öka med mer

än 30 % inom de närmsta tio åren om inga åtgärder sätts in för att minska riskfaktorerna (World Health Organization, 2017). En förklaring till ökningen är delvis att världens befolkning blir äldre men också den fortsatta användningen av tobak som är den största riskfaktorn för att drabbas av KOL (Buist et al., 2007).

Riskfaktorer

Ericson och Ericson (2012) skriver att 80 % av de som drabbas av KOL är eller har varit tobaksrökare. Tobaksrökning är huvudorsaken till insjuknande i kronisk bronkit och vanligtvis uppkommer symtomen först efter 30-50 års rökning. Rabe och Watz (2017) menar att även om antalet tobaksrökare minskat sedan 1990-talet så var en miljard människor fortfarande tobaksrökare under år 2015. Hogg (2004) beskriver att alla människor som röker regelbundet har en viss inflammation i lungorna men för att drabbas av KOL krävs det att den inflammatoriska processen förstärks. Rabe och Watz (2017) beskriver att inandning av omgivande partiklar eller rök från förbränning av biomassa är en riskfaktor för att utveckla KOL, framför allt för människor i utvecklingsländer. Människor som har utvecklat KOL genom att ha exponerats för rök inomhus beräknas utgöra 35 % av alla KOL-patienter i utvecklingsländer. Enligt de Serres, Blanco och Fernández-Bustillo (2006) är brist på alfa-1-antitrypsin, som orsakas av en genmutation och är en av de vanligaste ärftliga genetiska avvikelserna i världen, en känd riskfaktor för att drabbas av KOL. Richmond och Zellner (2005) beskriver att alfa-1-antitrypsin är ett protein som har som uppgift att skydda friska lungceller från nedbrytning. Den genetiska defekten som innebär brist på alfa-1-antitrypsin drabbar cirka en av 1 600 nyfödda i Sverige (Socialstyrelsen, 2017).

Behandling

En säker och effektiv behandling vid KOL är beta-2-agonister, bronkdilaterande läkemedel, som ökar utandningsvolymen genom att den glatta muskulaturen i luftvägarna slappnar av. För långverkande behandling används ofta antikolinergika som också är bronkdilaterande och som har visat sig kunna förlänga tiden till den första exacerbationen och även till viss del bevara lungfunktion (Ahmed-Sarwar, Pierce & Holub, 2015). Ericson och Ericson (2012) beskriver att om inte beta-2-agonister eller antikolinergika ger tillräcklig effekt kan inhalationssteroider kombineras med beta-2-agonister vilket har visat sig vara en behandling som minskar mortaliteten om det används konsekvent. Vid exacerbationer kan det bli aktuellt för KOL-patienter att använda assisterad andning via Bi-PAP (bi-level positive airway pressure). Bi-PAP innebär att patienten andas i en mask som vid utandning ger ett mottryck. Detta bidrar till att luftvägarna och alveolerna är öppna under en längre tid av andningscykeln vilket underlättar andningsarbetet (Ericson & Ericson, 2012).

Patienter med KOL behöver ofta psykosocialt stöd i form av ångestbehandling med kognitiv beteendeterapi (KBT), antingen enskilt eller i grupp. Behandlingen fokuserar på samtal med en utbildad terapeut, kurator eller psykolog (Ericson & Ericson, 2012). Hjärt-

Lungfonden (2017) skriver att den viktigaste behandlingen för KOL-patienter är att sluta röka eftersom lungfunktionens försämring då bromsas. Att sluta röka i tid minskar risken för allvarliga komplikationer som andningssvikt och belastning på hjärtat. En optimal rökavvänjning för en KOL-patient består av professionell rådgivning i kombination med läkemedelsbehandling. Enligt Österlund Efraimsson et al. (2015) används framför allt motiverande samtal (Motivational Interviewing, MI) på svenska KOL-mottagningar vid rökavvänjning. Enligt Klang Söderqvist (2014) är MI en empatisk samtalsmetodik som syftar till att öka patientens motivation. Tanken är att patienten själv ska komma fram till vad som behöver göras i den aktuella situationen. Detta kan göras genom att patienten listar fördelar och nackdelar med förändringen och sedan formulerar egna mål. Vårdpersonalen ska främst lyssna och bidra med stöd och kunskap vilket skapar en symmetrisk relation som bygger på ömsesidighet och respekt. Hilberink, Jacobs, Schlösser, Grol och Vries (2006) menar att patienter som har svårt att sluta röka kan motiveras genom spirometri där de får se en kurva över hur lungfunktionen försämras på grund av rökningen. Enligt Ericson och Ericson (2012) kan nikotin i olika beredningsformer användas för att minska abstinensproblem vid rökavvänjning. Exempel på nikotinersättningsmedel är plåster, tuggummin och inhalatorer. Hjärt-Lungfonden (2017) beskriver att nikotin är en substans som får hjärnans belöningssystem i obalans och därför behöver nikotinberoende personer ofta tillföra nikotin i någon form för att fungera normalt.

Stöd

En vårdande relation ska alltid sträva mot att stödja och stärka patientens hälsoprocesser. För att kunna ge stöd måste en vårdare öppet och följsamt kunna möta patientens behov och vara behjälplig när känslor som oro, osäkerhet och otillräcklighet drabbar patienten (Dahlberg & Segesten, 2010). Hupcey och Morse (1997) beskriver sjuksköterskans stöd till en patient som professionellt stöd. Det innebär att sjuksköterskan har en maktposition då han eller hon har adekvat utbildning och besitter betydande kunskap jämfört med patienten. Detta leder till att relationen mellan sjuksköterska och patient inte är jämställd och därför kan sjuksköterskan aldrig förvänta sig att få något i utbyte av patienten. Det professionella stödet får inte förväxlas med det sociala stödet.

Hinson Langford, Bowsher, Maloney och Lillis (1997) beskriver socialt stöd som det stöd en person får från familj och andra närstående. Det finns fyra olika typer av socialt stöd: praktiskt, informativt, känslomässigt och bekräftande. Praktiskt stöd innebär hjälp med olika materiella ting. Informativt stöd innebär att erbjuda information för att underlätta problemlösning. Känslomässigt stöd innebär att förmedla trygghet och tillit. Bekräftande stöd innebär att stärka en annan persons åsikter och handlingar. Det finns ett starkt samband mellan socialt stöd och upplevd hälsa.

Coping

Coping definieras som olika sätt att behärska, reducera och tolerera interna eller externa faktorer som kan orsaka stress (Seguin, Lewis, Razmadze, Amirejibi & Roberts, 2017).

Enligt Lazarus och Folkman (1984) handlar coping om människans upplevelser och tankar i förhållande till omgivningen där varje stimuli bedöms på olika sätt. Stimuli kan bedömas som oväsentliga, neutrala eller fientliga och det är denna bedömningsprocess som går under begreppet coping. De åtgärder som följs efter bedömningsprocessen kallas copingstrategier (Lazarus & Folkman, 1984). Björkdahl (2014) beskriver copingstrategier som medfödda eller förvärvade sätt att reagera på upplevda faror, till exempel en svår situation, ett specifikt problem eller en omgivning i förändring. Hur effektiv en copingstrategi är kan bero på flera olika faktorer, dels hur påfrestande situationen är, personens tidigare erfarenheter och vilket stödsystem som finns runt personen. Ineffektiva copingstrategier kan resultera i problem med relationer och förmågan att ta hand om sig själv och de egna basala behoven (Björkdahl, 2014). Langius-Eklöf (2013) menar att det går att studera varje persons val av copingstrategier och därigenom se ett personligt mönster. Detta kan fungera som en bra utgångspunkt i patientundervisning för att göra patienten mer medveten om sina egna copingstrategier.

Livsvärld

Livsvärld är en enskild människas unika och personliga upplevelser av världen runt omkring (Dahlberg & Segesten, 2010). Livsvärlden kan ses som en människas upplevelser av kropp, rum, tid och relationer som är de fyra existencialerna, vilka är fundamentala för vår existens (Hall & Graubæk, 2012). Dahlberg och Segesten (2010) beskriver att den levda kroppen är både fysisk och psykisk och att delarna inte kan separeras. Det är den fysiska delen av kroppen som upplever världen medan den psykiska delen bearbetar känslor, tankar, minnen och identitet. Hall och Graubæk (2012) beskriver det levda rummet som en människas känsla av att befinna sig på en bestämd plats som kan vara både känd eller okänd och upplevas på olika sätt beroende på människans livshistoria. Den levda tiden är en persons subjektiva upplevelse och den kan upplevas på olika sätt. När en människa drabbas av sjukdom förändras ofta tidsuppfattningen vilket kan upplevas som att tiden ibland står stilla. Levda relationer innebär hur en människa upplever relationer till andra människor. Varje relation är unik och kan upplevas både positivt och negativt. Levda relationer skapar ofta möjligheter till gemenskap, mognad och hälsa men kan också skapa hopplöshet, oro, osäkerhet eller ohälsa (Hall & Graubæk, 2012).

Att leva med KOL

Cannon och Cavanaugh (1998) skriver att KOL är en sjukdom som kan ge stark psykosocial påverkan. Symtomen vid KOL tvingar ofta patienten att kämpa för varje andetag. Både kropp och sinne blir involverat i kampen eftersom andningssvårigheter är starkt kopplat till ångest och rädsla. Det finns ett tydligt samband mellan andning och psykosocial funktion då andning krävs för att uttrycka känslor genom att till exempel skratta, gråta eller prata (Cannon & Cavanaugh, 1998). Hjärt-Lungfonden (2017) beskriver hur KOL-patienter ofta drabbas av undernäring på grund av ökat andningsarbete, generell inflammation och förlorad aptit. Detta leder till viktminskning och en förändrad kropp samtidigt som det ökar risken för exacerbationer och försämrad livskvalitet. En KOL-

patient måste lära känna sin kropp och testa sig fram för att kunna känna sig trygg i att kroppen orkar dagliga aktiviteter.

Cannon och Cavanaugh (1998) menar att patienter med KOL ofta hanterar symtomen med förnekelse och isolering. Hjärt-Lungfonden (2017) menar att isoleringen ofta beror på rädsla för plötslig försämring och därför stannar många hemma istället för att delta i aktiviteter. För att bryta isoleringen och komma hemifrån kan det vara gynnsamt för KOL-patienter att fortsätta vara yrkesverksamma utifrån egna förmågor.

Hjärt-Lungfonden (2017) beskriver att KOL-patienter har svårt att klara av det vardagliga livet och att de måste anpassa livet efter symtomen. De får ägna mycket tid åt att vila och ta pauser för att orka enkla saker som att till exempel äta. Många KOL-patienter anpassar sig, avsiktligt eller oavsiktligt, efter sin försämrade lungfunktion och saktar ner tempot vilket gör att det mesta tar längre tid.

Trötthet, rörelsebegränsning och skam leder ofta till att KOL-patienter undviker aktiviteter och sociala relationer. Den sociala förändringen kan då ge patienten låg självkänsla och lågt självförtroende (Cannon & Cavanaugh, 1998). Hjärt-Lungfonden (2017) beskriver att anhöriga kan ha svårt att förstå och acceptera inaktiviteten vilket kan påverka relationer negativt. Att leva med KOL innebär ofta minskad sexlust vilket också kan påverka samliv och relationer. Det är viktigt att en KOL-patient kommunicerar med sin partner för att de ska kunna fortsätta ha ett fungerande samliv. Det är vanligt att patienter med KOL skuldbelägger sig själva och anhörigas reaktioner kan i många fall öka känslan av skuld. Wiklund (2003) menar att när människor skäms så drar de sig undan och de kan även reagera med ilska vilket skapar ett avstånd till människor runt omkring. Det är i dessa situationer viktigt att prata med varandra om skammen och skulden för att kunna bibehålla en god relation (Hjärt-Lungfonden, 2017).

PROBLEMFORMULERING

KOL är en sjukdom som påverkar hela patientens livsvärld. Att få diagnosen KOL kan vara psykiskt påfrestande och svårt för patienten att acceptera. Sjukdomen kan innebära fysiska begränsningar på grund av andningsproblematiken, vilket kan ge patienten en känsla av isolering i både kropp och rum. Att leva med KOL kan också innebära psykisk påfrestning då sjukdomen kan medföra skam och känsla av att själv ha orsakat sjukdomen genom till exempel tobaksrökning. En annan psykisk påfrestning kan vara vetskapen om att leva med en kronisk sjukdom med gradvis försämring. Vid svåra situationer som till exempel allvarlig sjukdom reagerar människor olika och använder sig av någon form av copingstrategi för att hantera situationen. När en patient har diagnostiserats med KOL har sjuksköterskan en viktig roll i att ge stöd så att patienten kan uppleva livskvalitet trots sjukdomen. Copingstrategier vid KOL är därför ett ämne som behöver studeras och uppmärksammas ytterligare för att öka sjuksköterskors kunskap om hur det är att leva med sjukdomen.

SYFTE

Syftet är att beskriva copingstrategier hos patienter med KOL och därmed skapa förståelse för dessa patienters behov av stöd.

METOD

Studiens syfte besvarades genom att genomföra en allmän litteraturöversikt enligt Fribergs modell (2017a). Modellen grundar sig i att systematiskt studera befintlig forskning för att skapa en ökad förståelse inom ett specifikt vårdvetenskapligt område. Den vetenskapliga litteraturen kvalitetsgranskas och analyseras för att sedan sammanställas till en ny helhet som besvarar studiens syfte.

Urval

Det är omöjligt att analysera för många studier och därför måste ett urval göras vid litteratursökning. Det innebär att studier inkluderas eller exkluderas beroende på vilka avgränsningar som har gjorts (Friberg, 2017a). Inklusionskriterier som användes vid denna studies litteratursökning var att studierna skulle utgå från ett patientperspektiv, patienterna skulle vara diagnostiserade med KOL och även vara 35 år eller äldre. Ålderskriteriet valdes eftersom KOL till största delen är en åldersrelaterad sjukdom (Hjärt-Lungfonden, 2017). Ett annat inklusionskriterie var att studierna som granskades skulle vara gjorda i Europa. Studier gjorda utanför Europa exkluderades eftersom målet var att skapa en samlad bild av problemet inom ett begränsat område. Sökningen avgränsades varken till studier med kvalitativ eller kvantitativ ansats. Av de studier som valdes för att analyseras hade nio stycken en kvalitativ ansats och en hade kvantitativ ansats. Artiklarna skulle även vara *peer-reviewed*, vilket innebär att artiklarna är kvalitetsgranskade och publicerade i en vetenskaplig tidskrift (Östlundh, 2017). Artiklarna skulle vara publicerade på engelska från år 2008 och framåt för att säkerställa att forskningen är aktuell och relevant.

Datainsamling

För att begränsa litteratursökningen valdes databaser som inriktas på omvårdnad, hälsa och biomedicin. De databaser som användes för datainsamling var CINAHL, MEDLINE och PubMed. Inför sökningen identifierades sökord som var lämpliga för studien och dessa användes i olika kombinationer för att finna relevanta artiklar (se bilaga 1). Vid sökning användes trunkering (*) som enligt Östlundh (2017) innebär att sökningen resulterar i alla möjliga böjningsformer av ordet. Även boolesk söklogik (AND) användes då detta möjliggör träffar där det finns ett samband mellan sökorden (Östlundh, 2017). Vid sökning i databasen PubMed begränsades publiceringsdatum till tio år, detta för att minska antalet träffar. Efter sökningen lästes alla artiklars titlar och om de bedömdes passa studiens syfte lästes även sammanfattningen. De artiklar vars sammanfattning verkade relevant lästes mer ingående. De artiklar som inte fanns länkade i fulltext i databasen söktes på WorldCat Discovery eller Google. Artiklarna kvalitetsgranskades enligt Fribergs (2017a, s. 187-188) förslag på granskningsfrågor (se bilaga 2). Tio artiklar valdes sedan ut för att analyseras och ingå i studien.

Analys

Datamaterialet har analyserats enligt en metod för analys av allmän litteraturöversikt beskriven av Friberg (2017a). Målet med metoden är att skapa ökad förståelse för innehåll och sammanhang i det insamlade datamaterialet och skapa en övergripande bild där likheter och skillnader identifieras. De vetenskapliga artiklarna lästes flera gånger för att identifiera det väsentliga samt för att få en förståelse för helheten och detta sammanställdes sedan för att underlätta analysarbetet. Studierna sammanställdes även i en tabell utifrån syfte, metodologiskt tillvägagångssätt, resultat och forskningsetiska överväganden för att få en övergripande bild av studierna och en tydligare struktur över analysmaterialet (se bilaga 3). Under analysprocessen lästes en artikel åt gången samtidigt av båda författarna. Det relevanta innehållet i den första artikeln sammanställdes i ett separat dokument och delades in under tillfälliga rubriker. Under den fortsatta processen låg fokus på att identifiera likheter och skillnader mellan innehållet i de olika artiklarna. Skillnaderna som identifierades sorterades under nya tillfälliga rubriker medan likheterna som identifierades sorterades under redan skapta tillfälliga rubriker. När alla artiklar hade analyserats och sammanställts identifierades två kategorier och de tillfälliga rubrikerna delades in under respektive kategori. De tillfälliga rubrikerna bearbetades sedan till tydligare rubriker som resulterade i fem underkategorier under respektive kategori.

Etiska överväganden

Enligt Medicinska forskningsrådet (2000) är det ur etisk synpunkt viktigt att kunna lita på forskare och deras resultat. Det är viktigt att forskare aldrig fabricerar data eller plagierar från andra forskare utan att ange källa. En forskare får inte heller förvränga forskningsprocessen genom felaktig metodik eller analys (Medicinska forskningsrådet, 2000). Eftersom en litteraturöversikt helt och hållet baseras på tidigare studier är det extra viktigt att upprätthålla god forskningsetik genom att inte plagiera eller fabricera material (Polit & Beck, 2017). I studien kommer endast artiklar som har ett etiskt godkännande att användas. Referenshantering kommer ske enligt Publication Manual of the American Psychology Association (APA) för att tydligt hänvisa till använd data.

RESULTAT

Det analyserade datamaterialet har delats in i kategorier och underkategorier. Dessa presenteras i en tabell (se tabell 1).

Tabell 1

Kategorier	Underkategorier
Copingstrategier för att hantera känslor och tankar	Förnekelse och att lägga över ansvar på andra
	Att känna skuld och ångest
	Isolering och att dra sig tillbaka
	Fortsätta röka
	Acceptans och positivitet
Copingstrategier som fokuserar på förändring	Balans mellan aktivitet och vila
	Söka information
	Ta hjälp utifrån
	Söka socialt stöd
	Sluta röka

Copingstrategier för att hantera känslor och tankar

Förnekelse och att lägga över ansvar på andra

Lindgren, Storli och Wiklund-Gustin (2014) beskriver att KOL-patienter förnekar och distanserar sig själva från sina symtom. De uppfattar ofta att diagnosen inte stämmer överens med hur kroppen känns. De har svårt att acceptera diagnosen även om symtomen har stor påverkan på livet. Flera patienter försöker förneka sjukdomen och förklarar symtomen med en annan sjukdom. Genom att använda förnekelse som copingstrategi kan patienterna känna att livet fortfarande är normalt och det minskar även skammen över att ha drabbats av sjukdomen. Enligt Lundh, Hylander och Törnkvist (2012) undviker vissa KOL-patienter skrämmande information och undersökningar, till exempel spirometri, för att därmed även undvika känsla av skam och rädsla. Brien, Lewith och Thomas (2016) skriver att många patienter med KOL vägrar se sig själva som sjuka och de vill inte inse allvaret i sin sjukdom. Patienterna försöker distrahera sig från sjukdomen och stressen som den medför genom att till exempel se på TV eller läsa. Enligt Jørgensen, Dahl, Pedersen och Lomborg (2012) har vissa KOL-patienter som största mål att behålla gamla rutiner och vanor vilket gör att de lätt överskattar sin egna förmåga. De ignorerar andnöden och tror att de ska kunna leva som de gjorde innan de blev sjuka.

Många patienter förnekar att det finns ett samband mellan rökning och KOL och menar att de fått sjukdomen på grund av andra orsaker (Lindgren et al., 2014; Strang et al., 2014). Enligt Strang et al. (2014) tycker vissa patienter att de själva inte bär ansvar för att ha drabbats av KOL. Vissa patienter lägger till exempel ansvar på staten och menar att de inte gett ut tillräckligt med information om riskerna med rökning och att staten tjänar pengar på rökare. Andra lägger ansvaret på tobaksindustrin, sjukvården eller andra instanser för att de inte har informerat eller varnat dem. För många är denna copingstrategi ett sätt att slippa känna skuld känslor. Lundh et al. (2012) menar att KOL-patienter som misslyckas med att sluta röka även lägger ansvaret på sin familj eller sina vänner. De tycker att det blir svårare att sluta röka om någon i deras närhet fortsätter att röka. Vissa har även svårt att förstå varför de själva måste sluta röka när personer runt omkring inte slutar.

Min fru röker. Jag har försökt få henne att sluta men... Om hon inte gör det kan jag inte se varför jag skulle (Lundh et al., 2012, s. 489).¹

Många KOL-patienter söker efter orsaker till varför de drabbats av sjukdomen. De tror att det kan bero på dåliga arbetsförhållanden, genetiska faktorer, asbest, damm, astma, att de hade luftrörskatarr som barn eller bara slumpen (Gabriel, Figueiredo, Jácome, Kruz och Marques, 2014; Strang et al., 2014).

Att känna skuld och ångest

Flera KOL-patienter berättar att de känner skuld känslor och att det påverkar deras dagliga liv. Skuld känslorna grundar sig i att de lägger ansvaret för sjukdomen på sig själva eftersom de tidigare har varit rökare. Vissa känner så pass mycket skuld känslor att de inte ens vågar berätta att de har KOL utan säger att de har astma istället (Brien et al., 2016; Lindgren et al., 2014; Strang et al., 2014). Enligt Lundh et al. (2012) känner många KOL-patienter även skuld känslor inför sin läkare eftersom de inte klarar av att sluta röka. De känner sig kritiserade vilket gör att de känner sig värdelösa och får dåligt självförtroende. Strang et al. (2014) skriver att vissa KOL-patienter känner skuld känslor för att ha rökt inför sina barn. Om de hade fått leva om sitt liv hade de aldrig börjat röka och skuld känslor som copingstrategi kan även resultera i att patienterna försöker varna andra rökare för sjukdomen.

KOL-patienter drabbas ofta av ångest och depression på grund av rädsla för andnöd, vilket leder till att deras liv blir begränsade. Många blir frustrerade av att vara beroende av hjälp från andra eftersom de då känner sig som en börda för familj, vänner och läkare. Känslan av att förlora sin autonomi leder ofta till både ångest och depression (Brien et al., 2016; Paap et al., 2014). Enligt Steindal et al. (2017) känner sig många KOL-patienter instängda i sjukdomen och de har dagligen mycket ångest kring hur sjukdomen kommer fortlöpa och hur framtiden kommer se ut. Paap et al. (2014) skriver att vissa KOL-patienter känner så stark rädsla och ångest att de hellre vill dö än att uppleva andnöd.

¹ 'My wife smokes. I've tried to get her to quit but... If she won't I don't see why I should'.

Isolering och att dra sig tillbaka

Enligt Halding och Heggdal (2012) betonar många KOL-patienter vikten av att veta sina begränsningar i vardagliga situationer. Många patienter är oroliga för att inte kunna utöva aktiviteter i samma utsträckning som tidigare på grund av rädsla för andnöd. De känner att det är svårt att leva upp till omgivningens förväntningar vilket ger en upplevelse av att inte passa in i sociala situationer. KOL-patienterna känner sig inte accepterade vilket gör att de drar sig undan dessa situationer och istället blir isolerade. Enligt Steindal et al. (2017) är det större risk för KOL-patienter som bor ensamma och saknar ett socialt nätverk att bli isolerade och instängda i sjukdomen. De patienter som har en partner, ett brett socialt nätverk eller har möjlighet att lämna hemmet är mer benägna att kunna fortsätta leva sitt liv som förut trots sjukdomen. Även Stoilkova, Janssen, Franssen, Spruit och Wouters (2013) beskriver att många KOL-patienter försöker undvika situationer som de vet kan bli jobbiga. Patienterna oroar sig mycket över sina begränsningar vilket gör att de använder isolering som copingstrategi. Enligt Brien et al. (2016), Jørgensen et al. (2012) och Paap et al. (2014) väljer KOL-patienter ofta att undvika aktiviteter som kan leda till andnöd. Jørgensen et al. (2012) beskriver att när KOL-patienter undviker aktiviteter skapas en nedåtgående spiral där de får sämre kondition och ökad risk för andnöd vilket i sin tur leder till ökad rädsla för att utföra aktiviteter och risken för isolering ökar.

Fortsätta röka

KOL-patienter planerar ofta att sluta röka genom att köpa nikotinersättningsmedel och prata med familj och vänner men de klarar inte av att fullfölja planen. Genom att planera och förbereda för ett rökstopp känner patienterna att de verkligen försöker vilket ändå ger en känsla av hopp (Lundh et al., 2012). Många KOL-patienter har svårt att följa läkarens råd om att sluta röka eftersom de är självkritiska och har svårt att acceptera diagnosen (Lindgren et al., 2014). Vissa KOL-patienter använder rökning som copingstrategi i ett försök att distrahera sig från problemen som sjukdomen innebär (Stoilkova et al., 2013). KOL-patienter skjuter ofta upp rökstoppet på grund av att de saknar hopp och känner en känsla av meningslöshet. De upplever att de inte kan förbättra sin hälsa, att det ändå inte finns något botemedel eller att de är för gamla för att ett rökstopp ska ge någon effekt. Beslutet att fortsätta röka kan vara relaterat till patientens kunskap om hur allvarlig sjukdomen är, hur många symptom patienten har eller om patienten är skeptisk till diagnosen. Vissa patienter är även rädda för hur kroppen ska reagera vid ett rökstopp efter att ha varit rökare i flera årtionden vilket leder till att de inte vågar sluta röka (Lundh et al., 2012). Flera KOL-patienter känner att egenvården blir en stor påfrestning som de inte klarar av. Det leder till en känsla av misslyckande eftersom de inte kan förbättra sin hälsa vilket ofta resulterar i att dessa patienter fortsätter med sin dåliga vana att röka (Halding & Heggdal, 2012). De flesta KOL-patienter är medvetna om att de borde sluta röka och tänker på det väldigt ofta vilket skapar en stor press. Rädsla för att få kritik från närstående eller vårdpersonal skapar ännu mer press vilket gör att patienterna försöker smyga med rökningen. Den stora pressen gör att patienterna inte klarar av att sluta röka och till slut accepterar de sig själva som rökare (Lundh et al., 2012).

Acceptans och positivitet

Jørgensen et al. (2012) skriver att vissa KOL-patienter accepterar att de måste ha en lägre aktivitetsnivå och att andnöden begränsar dem i vardagen. Detta gör att de kan lägga upp en strategi för hur de ska hushålla med sina resurser för att orka vardagliga sysslor.

...såhär är det...du kan inte göra saker du brukade göra... du måste lära dig att acceptera det... (Jørgensen et al., 2012, s. 16).²

Lindgren et al. (2014) och Strang et al. (2014) beskriver att vissa patienter har känt skuld över att ha drabbats av KOL men att de gått igenom en process för att hantera det förflutna. De har då lärt sig acceptera situationen och släppa på skuld känslorna. Strang et al. (2014) beskriver att KOL-patienterna försöker göra det bästa av situationen och de fokuserar istället på att lära sig leva med sjukdomen. Vissa patienter har en religiös tro som hjälper dem att acceptera sjukdomen medan andra endast tror på sig själva och sin egen förmåga. Enligt Lindgren et al. (2014) är acceptans en viktig copingstrategi för att kunna leva med KOL men det kan vara svårt att finna acceptans eftersom planer och drömmar om framtiden kan påverkas av sjukdomen.

Många KOL-patienter använder copingstrategin att se positivt på situationen och de känner sig hjälpta av att tänka lugnande tankar samtidigt som de uppmuntrar sig själva med att tänka att det kunde varit värre än vad det är (Gabriel et al., 2014; Stoilkova et al., 2013). Steindal et al. (2017) skriver att KOL-patienter som lärt sig hantera sjukdomen kan lägga fokus på att leva i nuet och se positivt på framtiden. De tänker inte så mycket på symtomen och att sjukdomen försämras utan fokuserar på vad de vill göra här och nu.

Copingstrategier som fokuserar på förändring

Balans mellan aktivitet och vila

Jørgensen et al. (2012) och Paap et al. (2014) beskriver hur KOL-patienter fokuserar på att upprätthålla en balans i livet för att kunna fortsätta med vardagliga aktiviteter och bibehålla sociala kontakter utan att behöva drabbas av andnöd. Enligt Jørgensen et al. (2012) vill KOL-patienterna inte låta sig begränsas i vardagen utan kontrollerar andfåddheten samtidigt som de försöker utmana sina fysiska gränser vilket ger både bättre lungkapacitet och bättre självförtroende. Samtidigt måste patienterna vila och spara på energi för att orka med dagen. Halding och Heggdal (2012) och Steindal et al. (2017) skriver att vissa KOL-patienter använder anpassningsstrategier för att balansera mellan aktivitet och vila. Patienterna avsätter till exempel mycket tid till morgonrutiner då de är medvetna om att det ofta kan vara ansträngande och ge dem andnöd. De anpassar sig även genom att träna med långsamma och lugna rörelser, planera sina aktiviteter och välja att ta bilen om de ska

² ...This is how it is . . . you can't do the things you used to do...you must learn to accept that...

förflytta sig längre sträckor. Lindgren et al. (2014) beskriver att när KOL-patienterna kan finna balans får de en känsla av kontroll vilket gör att de kan släppa på viss rädsla och känna hopp. Enligt Halding och Heggdal (2012) lär sig många KOL-patienter kroppens signaler och kan hantera andnöden genom olika andningstekniker. Genom att ha kontroll över kroppen upplever patienterna bättre självkänsla. Brien et al. (2016) beskriver att det är viktigt för KOL-patienter att ha kontroll över sjukdomen genom att acceptera diagnosen och ha konsekventa begränsningar. Patienterna som har kontroll har en realistisk sjukdomsinsikt och bemöter sjukdomen rationellt istället för emotionellt. Detta ger patienterna en förutsättning att fortsätta med sina aktiva liv trots fysisk begränsning.

Enligt Paap et al. (2014) hanterar vissa patienter KOL genom att aktivera sig för att undvika att bli isolerade hemma. Aktivering genom till exempel regelbunden träning hjälper många patienter att bibehålla välmående och minska medicineringen (Brien et al., 2016; Gabriel et al., 2014). Halding och Heggdal (2012) beskriver att många KOL-patienter tvingar sig själva till daglig träning. Daglig aktivering som copingstrategi skapar känsla av framsteg vilket motiverar patienterna till att leva ett hälsosamt liv. Många patienter vill träna i grupp med andra KOL-patienter då träningen kan anpassas efter deras behov. Samtidigt leder gruppträning till social kontakt vilket främjar en hälsosam livsstil.

Söka information

Halding och Heggdal (2012) och Lindgren et al. (2014) beskriver att KOL-patienter vill ha mer information om sjukdomen eftersom de känner sig osäkra i sina egna kroppar och på sin diagnos. Halding och Heggdal (2012) beskriver att KOL-patienterna även söker information om vad de kan förvänta sig av sjukdomen i framtiden. Copingstrategin att söka information gör patienterna mer motiverade till att ta hand om sig själva och ändra levnadsvanor. Steindal et al. (2017) skriver att KOL-patienterna upplever att utbildning med råd och förslag om livsstilsförändringar är det bästa sättet för att lära sig att bättre kunna hantera sjukdomen. Lindgren et al. (2014) beskriver att när KOL-patienterna söker information blir de mer medvetna om sina rättigheter vilket gör att de kan ställa krav på till exempel behandling vilket även är en förutsättning för att kunna leva på bästa sätt. Enligt Halding och Heggdal (2012) är det viktigt för KOL-patienterna att ha kunskap om sin sjukdom för att kunna stärka självförtroendet, känna hopp om framtiden och förhindra försämring.

Ta hjälp utifrån

Enligt Halding och Heggdal (2012) känner många KOL-patienter trygghet av att ha en egen vårdkontakt som de kan kontakta vid behov. Vissa patienter går även i terapi, till exempel KBT, hypnos, avslappning och rådgivning, för att hantera depression och ångest. Brien et al. (2016) beskriver att KOL-patienter även använder sig av alternativmedicin som copingstrategi. Vissa använder osteopati där behandlaren arbetar med sina händer för att främja patientens självläkningsförmåga genom bland annat ledmobilisering och mjukdelsbehandling. Andra använder sig av ritualer, till exempel reiki, som är en japansk form av healing som genom handpåläggning syftar till att minska spänningar. Paap et al.

(2014) beskriver att många KOL-patienter får hjälp av till exempel hemtjänst eller städhjälp för att lättare kunna hantera vardagen. Även Brien et al. (2016) och Steindal et al. (2017) beskriver att det är vanligt att KOL-patienter tar hjälp av personliga assistenter men att de även använder sig av förflyttningshjälpmedel som till exempel trapplift, rollatorer eller rullstolar. Steindal et al. (2017) skriver att hjälpmedel är viktigt för patienterna för att kunna hushålla med resurser och förebygga andnöd. Enligt Brien et al. (2016) använder sig nästan alla KOL-patienter av någon form av läkemedel då det är en effektiv behandling. Vissa patienter använder enbart medicinsk behandling för att hantera sin sjukdom. Enligt Gabriel et al. (2014) är många KOL-patienter noga med att vaccinera sig mot influensa då de drabbas hårdare och oftare av luftvägsinfektioner jämfört med friska personer.

Söka socialt stöd

KOL-patienter som går på lungrehabilitering i grupp tycker att informationen och övningarna hjälper dem att hantera sjukdomen. De känner sig hjälpta av att träffas i grupp och diskutera hur de hanterar problem som rör sjukdomen (Brien et al., 2016). Att prata med andra patienter som har KOL är en copingstrategi som stärker patientens kunskap och avdramatiserar sjukdomen (Halding & Heggdal, 2012). Paap et al. (2014) och Stoilkova et al. (2013) beskriver att många KOL-patienter tycker det är viktigt att kunna prata med någon om sina känslor eller diskutera problem och be om råd. Patienterna upplever att den typen av stöd är viktigt för att förhindra emotionella problem och för att de ska må bra. Lindgren et al. (2014) och Stoilkova et al. (2013) beskriver att det är viktigt för KOL-patienter att få visa och diskutera sina känslor för att kunna släppa på spänningar och för att förstå hur andra patienter upplever sjukdomen. Enligt Lindgren et al. (2014) kan detta hjälpa patienterna att förstå att de inte är ensamma vilket ger dem ökad självkänsla och en mer öppen attityd till sjukdomen och relationen till andra.

Sluta röka

Lundh et al. (2012) beskriver att många KOL-patienter känner en rädsla över vad som kommer hända med kroppen om de inte slutar röka. De är även rädda för att bli inlagda på sjukhus, att få syrgasbehandling, att få andnöd eller att livet ska bli kortare. Rädslan blir för vissa patienter så stark att de slutar röka. För att sluta röka använder patienterna olika metoder som till exempel att ändra sina rökvanor, lära sig om rökningens negativa effekter, använda nikotinersättningsmedel eller samtalsstöd. De patienter som slutat eller försökt sluta röka gjorde detta för att de hoppades på förbättring eller på grund av att de hade funnit en ny mening i livet genom till exempel barnbarn.

Plötsligt insåg jag att om jag vill se mina barnbarn växa upp måste jag sluta röka (Lundh et al., 2012, s. 489).³

³ Suddenly, I realised that if I want to see my grandchildren grow up I had to stop smoking.

Resultatsammanfattning

Det är vanligt att KOL-patienter förnekar både symtomen och diagnosen på grund av skam och rädsla. Patienterna kan ha svårt att acceptera sambandet mellan rökning och KOL och lägger ofta över ansvaret för sjukdomen på andra faktorer. Det är inte ovanligt att KOL-patienter känner skuld och många kan även uppleva ångest då de är rädda för att drabbas av andnöd. Rädslan för andnöd kan leda till att patienter undviker aktiviteter, drar sig tillbaka och använder isolering som copingstrategi. Många KOL-patienter fortsätter röka efter att de fått diagnosen då de har svårt att acceptera sjukdomen, saknar hopp och inte tror att de kan bli hjälpta av att sluta röka. Det finns även patienter som lärt sig acceptera sjukdomen och att hushålla med sina resurser. Flera KOL-patienter försöker ha en positiv inställning till sjukdomen och lägger fokus på att leva i nuet istället för att oroa sig för framtiden. Det förekommer att KOL-patienter försöker utmana sina fysiska gränser men de är samtidigt medvetna om att de måste spara på energi. Denna balans kan ge patienterna känsla av kontroll och de kan då släppa på viss rädsla och känna hopp. Träning, framför allt i grupp med andra KOL-patienter, ökar välmåendet och främjar social kontakt. Att söka information är en copingstrategi som gör KOL-patienter mer motiverade till att ta hand om sig själva och mer medvetna om sina rättigheter vilket stärker självförtroendet. Många KOL-patienter tar hjälp från sjukvården genom till exempel terapi, hemtjänst eller genom att få hjälpmedel utskrivna och nästan alla patienter använder någon form av läkemedel. Många patienter känner sig hjälpta av att träffas i grupp med andra KOL-patienter för att diskutera sin situation. Denna typ av stöd kan förhindra emotionella problem och ge ökad självkänsla. KOL-patienter är ofta rädda för vad rökningen kan resultera i vilket gör att de använder sig av olika metoder för att sluta röka.

DISKUSSION

Diskussionen består av två delar, metoddiskussion och resultatdiskussion. I metoddiskussionen diskuteras den metod som har valts för att svara på studiens syfte. För- och nackdelar lyfts fram. I resultatdiskussionen diskuteras arbetets resultat genom att kopplas till ny forskning och arbetets bakgrund. Detta relateras även till sjuksköterskans profession.

Metoddiskussion

Syftet med examensarbetet var till en början att beskriva copingstrategier hos patienter med KOL men breddades sedan till att beskriva copingstrategier hos patienter med KOL och därmed skapa förståelse för dessa patienters behov av stöd. Det dubbla syftet valdes för att examensarbetet inte enbart skulle ha ett teoretiskt intresse utan omfatta både en akademisk examen och yrkesexamen (Friberg, 2017b). Metoden som valdes för att svara på studiens syfte var en litteraturöversikt beskriven av Friberg (2017a) som syftar till att kartlägga befintlig forskning och skapa en översikt inom ett omvårdnadsrelaterat område. Enligt Friberg (2017a) är det lämpligt för studenter på kandidatnivå att genomföra en litteraturöversikt. Då båda författarna har genomfört en litteraturöversikt tidigare bedömdes det vara en metod som författarna behärskar, vilket underlättade hela arbetsgången. Studien skulle kunna ha genomförts genom att intervjua KOL-patienter men författarna bedömde att tiden som var avsatt för examensarbetet inte räckte till för att genomföra intervjuer.

Till studien inkluderades främst artiklar med kvalitativ ansats då dessa ansågs ge en tydlig bild av patienternas egna beskrivningar av copingstrategier. Enligt Segesten (2017) ger en kvalitativ metod ökad förståelse för människors unika erfarenheter och upplevelser av ett specifikt fenomen. En artikel med kvantitativ ansats inkluderades då den utgick från en enkätundersökning där patienterna genom svarsalternativ fick redogöra för sina personliga copingstrategier. Vid enkätundersökningar är patienterna begränsade till svarsalternativ vilket kan ses som en nackdel eftersom svaren inte blir personliga (Dahlberg, 2014). Dock har patienterna möjlighet att inte svara på frågan om de upplever att svarsalternativen inte överrensstämmer med deras upplevelse vilket ändå gör att resultatet kan anses vara trovärdigt. Artikeln ansågs även vara lämplig för studien då den kompletterade och stärkte resultaten från artiklarna med kvalitativ ansats. Under litteratursökningen hittades flera artiklar från bland annat Nordamerika och Asien som skulle kunna svara på studiens syfte men då litteraturen från Europa var så pass omfattande kunde en geografisk begränsning göras. Detta kan ses som en styrka då ingen hänsyn behöver tas till att bedöma kulturella skillnader mellan världsdelar utan studien ger en samlad bild över det begränsade området.

Under datainsamling användes databaserna CINAHL, MEDLINE och PubMed då alla tre innehåller artiklar som berör ämnet omvårdnad. Flera av artiklarna som valdes återfanns i fler databaser. Enligt Henricson (2012) stärks arbetets trovärdighet genom att söka i flera databaser eftersom det ökar chansen att finna relevanta artiklar. De artiklar som verkade

svara på studiens syfte lästes och kvalitetsgranskades enligt Fribergs (2017a, s. 187-188) förslag på granskningsfrågor (se bilaga 2). Båda författarna läste och granskade alla artiklar var för sig och diskuterade sedan med varandra för att säkerställa att artiklarnas kvalitet hade tolkats på ett likvärdigt sätt. En artikel som svarade på studiens syfte valdes bort då den inte nådde upp till kvalitetskraven eftersom det var oklart om etiskt godkännande fanns. Samtliga artiklar var skrivna på engelska och översattes till svenska. Översättningsprogram användes vid behov. En så korrekt översättning som möjligt eftersträvades men dock finns det risk att översättningen kan ha påverkat datan vilket kan ses som en svaghet i studien. Båda författarna var delaktiga under analysprocessen. Artiklarna lästes ännu en gång och analyserades var för sig för att identifiera likheter och skillnader i artiklarnas resultat. Författarna diskuterade sedan det innehåll som var mest relevant och som svarade på studiens syfte för att slutligen kunna skapa lämpliga kategorier och underkategorier.

Examensarbetet har kontinuerligt granskats och diskuterats vid grupphandledning med studiekamrater och handledare, vilket Henricson (2012) menar stärker studiens trovärdighet och bekräftelsebarhet. Under grupphandledning har nya idéer och andra synvinklar lyfts fram vilket har givit författarna en bättre förståelse som har stärkt examensarbetet. För att uppnå pålitlighet vid en litteraturöversikt gäller det att reflektera över förförståelsen (Henricson, 2012). Under arbetets gång har författarnas förförståelse kontinuerligt diskuterats och fokus har legat på att vara neutrala för att undvika att personliga åsikter påverkar tolkning och resultat. Som sjuksköterskestudenter har författarna viss erfarenhet av att ha träffat KOL-patienter på olika praktikplatser vilket har gett en inblick i hur det är att leva med sjukdomen. Henricson (2012) menar att trovärdigheten i studien stärks om författarna har spenderat tid i den typen av miljö som undersöks. Denna förståelse har varit en bra utgångspunkt för att kunna förstå och ta till sig informationen i datamaterialet. Dock har denna förståelse inte påverkat studiens resultat då författarna kontinuerligt diskuterade och reflekterade för att uppnå objektivitet. Att vara två författare har varit positivt då vi har olika erfarenheter och kunskaper vilket gjort att vi kunnat lära av varandra. Det gav även möjlighet att kunna diskutera och motivera varandra genom arbetets gång. Studien anses ha god bekräftelsebarhet då tillvägagångssättet och analysprocessen utförligt beskrivs i metodavsnittet och sökprocessen redovisas i en tabell. Då studien har god trovärdighet, pålitlighet och bekräftelsebarhet kan överförbarhet diskuteras (Henricson, 2012). Författarna tror att studiens resultat kan överföras till andra patientgrupper inom samma geografiska område, framför allt de med andra allvarliga kroniska sjukdomar. Det är oklart om resultatet kan överföras till patienter med andra levnadsförhållanden och kulturer då dessa faktorer troligtvis påverkar patienternas copingstrategier.

Resultatdiskussion

Resultatet visar tydligt på uppdelningen mellan copingstrategier för att hantera känslor och tankar och copingstrategier som fokuserar på förändring. Denna uppdelning går att koppla till det som Lazarus och Folkman (1984) beskriver som emotionsfokuserade och problemfokuserade copingstrategier. Den första kategorin som beskrivs i resultatet är de

olika sätt som patienterna hanterar tankar som uppstår efter att ha fått diagnosen KOL. Den andra kategorin är däremot olika sätt som patienterna hanterar själva problemet, att ha drabbats av KOL, för att skapa förändring.

I resultatet beskrivs förnekelse och att lägga över ansvar på andra som copingstrategier flera KOL-patienter använder sig av. KOL-patienterna förnekar sina symtom eftersom de har svårt att acceptera diagnosen och förnekelsen gör att livet fortfarande känns normalt. Detta överensstämmer med Cannon och Cavanaughs (1998) beskrivning av att KOL-patienter ofta hanterar symtomen med förnekelse. Resultatet visar också att många patienter förnekar sambandet mellan KOL och rökning. Det är intressant att patienter förnekar sambandet mellan rökning och KOL då all forskning pekar på ett tydligt samband mellan dessa. Hjärt-Lungfonden (2015) beskriver att den forskning som gjorts på skador orsakade av tobak visar att rökning är bland det värsta en människa medvetet kan utsätta sin kropp för. En förklaring till att KOL-patienter ändå förnekar sambandet kan vara relaterat till svårigheten att sluta röka då nikotin är en beroendeframkallande substans. Genom förnekelse kan patienterna därför rättfärdiga beslutet att fortsätta röka trots sjukdomen. Som sjuksköterska kan det därför vara viktigt att visa KOL-patienten forskning om vad rökning gör med kroppen. Genom att visa bilder eller filmer på lungor som skadats av rökning kan patienten ändra inställning till rökningen och förhoppningsvis bli motiverad till att sluta röka.

Andra vanliga copingstrategier som beskrivs i resultatet är att känna skuld och ångest. KOL-patienter känner skuldkänslor främst på grund av att de själva orsakat sjukdomen genom rökning. Detta stöds även av Hjärt-Lungfonden (2017) och Lundell et al. (2017) som skriver att KOL ofta är kombinerat med skuldkänslor, framför allt då sjukdomen är starkt förknippad med rökning. Det är fullt förståeligt att KOL-patienter känner skuldkänslor över att ha drabbats av sjukdomen om de varit eller är rökare. Det är allmänt känt att rökning är farligt och att det kan leda till bland annat KOL. Det finns till och med varningstext på varje cigarettpaket vilket kan öka känslan av att ha fattat dåliga beslut och själv orsakat sjukdomen. Det kan också vara så att bemötandet från omgivningen ökar på känslan av skuld hos KOL-patienterna. Lundell et al. (2017) beskriver att KOL-patienter blir bemötta som mindre intressanta och mindre viktiga jämfört med personer som har andra kroniska sjukdomar. Brown-Johnson och Popova (2016) skriver också att stigmatiseringen kring rökning leder till att KOL-patienter ofta känner att de behöver ljuga om rökningen för anhöriga och vårdpersonal. Det är viktigt att sjuksköterskan behandlar alla patienter likvärdigt oavsett sjukdom och inte låter personliga värderingar påverka vården. Den bakomliggande orsaken till sjukdomen bör alltid uppmärksammas men får aldrig påverka hur sjuksköterskan bemöter patienten. Om en patient känner skuld måste detta uppmärksammas och patienten ska då erbjudas samtalsstöd av antingen sjuksköterskan eller annan samtalskontakt.

I resultatet beskrivs att KOL-patienter undviker aktiviteter som kan medföra andnöd vilket leder till att de drar sig tillbaka och blir isolerade. Även Hjärt-Lungfonden (2017) beskriver att många KOL-patienter isolerar sig hemma på grund av rädslan för plötslig försämring i sjukdomen. Detta överensstämmer med Leidy och Travers (1996) beskrivning

av att KOL-patienter ofta känner att de tappar kontroll över sin kropp och sina sociala kontakter vilket leder till att de blir socialt isolerade och deprimerade. Eftersom det går att se ett tydligt mönster i att KOL-patienter använder isolering som copingstrategi kan det vara viktigt att sjuksköterskan uppmärksammar detta och erbjuder hjälp med till exempel daglig aktivering eller psykosocialt stöd. Det är viktigt att patienterna får stöd för att bryta isoleringen eftersom det påverkar hela patientens livsvärld genom alla fyra existentialer som beskrivs av Hall och Graubæk (2012). Det levda rummet blir begränsat till patientens hem och den levda tiden kommer troligtvis upplevas som att den går långsamt på grund av begränsning och otillräcklig stimulans. Den levda kroppen påverkas negativt genom att konditionen försämras när patienten inte aktiverar sig och levda relationer påverkas eftersom den sociala kontakten riskerar att bli mindre eller försvinna helt.

En vanlig copingstrategi som beskrivs i resultatet är att KOL-patienter försöker ha en positiv inställning till sin sjukdom och de blir stärkta av tanken att det skulle kunna vara värre. Denna copingstrategi kan kopplas till Weldam, Lammers, Decates och Schuurmans (2013) beskrivning av att KOL-patienter som försöker ha en positiv inställning till hur sjukdomen påverkar det dagliga livet och en positiv inställning till sin behandling har bättre livskvalitet jämfört med de som har en mer negativ inställning. Det är viktigt att sjuksköterskan uppmärksammar och stöttar patienter även om de har en positiv inställning och verkar hantera sjukdomen väl. KOL är en progressiv sjukdom som kan ge plötslig försämring vilket innebär att patienten snabbt kan förlora sin positiva inställning. Det är då viktigt att patienten har förtroende och känner stöd från sjuksköterskan för att kunna acceptera situationen och få tillbaka en positiv inställning.

I resultatet beskrivs en copingstrategi som att ha balans mellan aktivitet och vila. KOL-patienter försöker utmana sina fysiska gränser vilket stärker självförtroendet och förbättrar lungkapaciteten. Samtidigt är de väl medvetna om att de måste vila för att orka med vardagen. Denna copingstrategi beskrivs även av Hjärt-Lungfonden (2017) som menar att det är viktigt för KOL-patienter att lära känna sin kropp och testa sig fram för att de ska kunna känna sig trygga i att kroppen orkar dagliga aktiviteter. Även Habraken, Pols, Bindels och Willems (2008) beskriver att KOL-patienter ofta hanterar sina fysiska begränsningar genom att fortsätta med sina dagliga aktiviteter, dock på ett annorlunda sätt. De tar till exempel regelbundna pauser eller använder hjälpmedel. Att fortsätta med dagliga aktiviteter är ett sätt för patienten att bli mer självständig och bibehålla sociala kontakter. Sjuksköterskan ska stötta patienter till att aktivera sig men samtidigt måste de även informera om vikten att vila och hushålla med resurser. Här kan sjuksköterskan med fördel göra patientens närstående delaktiga eftersom de är en stor del av patientens livsvärld. De kan till exempel gemensamt få upprätta någon slags aktivitetsplan. De närstående får då möjlighet att stötta patienterna i att finna en balans mellan aktivitet och vila vilket kommer stärka patientens levda kropp samtidigt som det blir en social situation som kan stärka den levda relationen. På detta sätt kan sjuksköterskan stödja patienten i två av de fyra existencialerna som ingår i patientens livsvärld. Andenæs, Kalfoss och Wahl (2006) och Yuet, Alexander och Chun (2002) beskriver att patienter som har socialt stöd ofta upplever bättre hälsa.

Att söka information beskrivs som en copingstrategi hos KOL-patienter. Lazarus och Folkman (1984) beskriver det som en vanlig problemfokuserad copingstrategi som människor använder sig av för att skapa förändring i en specifik situation. I resultatet beskrivs att KOL-patienterna söker information eftersom de känner sig osäkra på sjukdomen och vad de kan förvänta sig av den i framtiden. Att söka information gör patienterna mer motiverade att ta hand om sig själva. KOL-patienterna blir mer medvetna om sina rättigheter genom att söka information och de får bättre koll på olika behandlingsalternativ. Enligt §1, kap. 5, i SFS 2014:821 står det att ”Hälsa- och sjukvården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten”. Det är alltid sjukvårdens ansvar att ge patienten tillräckligt med information på ett individanpassat sätt. Genom att patienterna även aktivt söker information om både sjukdomen och behandlingsalternativen skapas dock bättre förutsättningar för att nå upp till Patientlagens mål om delaktighet och patienterna blir samtidigt stärkta och motiverade. Sjuksköterskan träffar patienten en begränsad tid vilket gör det svårt att förmedla allt för mycket information och det kan vara svårt för patienten att ta in all information just då. Sjuksköterskan kan därför ge patienten rådet att i lugn och ro hemma söka information om sjukdomen på relevanta hemsidor. Vid uppföljning ska patienten sedan ges möjlighet att få svar på frågor som uppkommit under tiden.

För många KOL-patienter är det viktigt att få hjälp utifrån, framför allt från hälso- och sjukvården. KOL-patienter känner sig trygga av att ha en egen vårdkontakt och många använder sig av någon form av terapi för att hantera depression och ångest. Detta stärks av Lundell et al. (2017) som menar att en egen vårdkontakt, ofta i form av en sjuksköterska specialiserad på KOL, är viktigt för en KOL-patient då sjuksköterskan ansvarar för både undersökning och behandling. Sjuksköterskan kan även vid behov kontakta andra professioner inom vården och skapar i många fall en stabilitet för patienten. Detta visar på hur viktig sjuksköterskan kan vara för KOL-patienter vilket innebär att sjuksköterskan måste vara duktig på att skapa goda vårdrelationer för att kunna se och uppmärksamma patientens behov. En god relation är en förutsättning för att patienten ska våga öppna upp sig och lyfta problem. Österlund Efraimsson et al. (2015) skriver att vårdpersonal ofta ger KOL-patienter stöd i form av MI, framför allt vid rökavvänjning. Som sjuksköterska kan det vara en trygghet att ha ett strukturerat arbetssätt för hur patienter ska ges stöd, till exempel MI. Genom att använda sig av evidensbaserade metoder ökar möjligheten att göra framsteg i patientens behandling. Det är viktigt att fler sjuksköterskor får utbildning i denna typ av arbetssätt så det kan implementeras i större utsträckning och inte enbart användas vid rökavvänjning.

I resultatet framkommer att KOL-patienter hanterar rökning med hjälp av olika copingstrategier. Vissa väljer att fortsätta röka medan andra väljer att försöka sluta röka. KOL-patienter känner ofta en stor press från omgivningen att de måste sluta röka. Pressen kan leda till att de istället fortsätter att röka. Enligt Lundell et al. (2017) är det så mycket fokus från vårdpersonalen på att KOL-patienter ska sluta röka att det istället kan ha en negativ effekt. Patienterna känner sig skuldbelagda vilket gör att de inte ens vill besöka vården utan istället fortsätter att röka. Även Masefield et al. (2016) beskriver att KOL-patienter som röker ofta blir bemötta av vårdpersonal på ett sätt som känns nedvärderande

vilket inte motiverar till rökstopp. Om patienterna istället hade blivit bemötta med empati och medkänsla hade de känt sig mer bekväma i att diskutera rökningen och ta tag i problemet. I resultatet beskrivs att de KOL-patienter som slutar eller försöker sluta röka ofta gör det på grund av rädsla för att livet ska bli kortare eller för att de hoppas på en förbättring i sitt sjukdomstillstånd. Även Hilberink et al. (2006) beskriver att de KOL-patienter som försöker sluta röka ofta har en mer positiv attityd jämfört med de som fortsätter röka. De tror att rökstoppet ska förbättra deras hälsa, öka deras självkänsla och minska risken för att utveckla lungcancer. Hjärt-Lungfonden (2017) beskriver att rökstopp är den viktigaste behandlingen för KOL-patienter eftersom risken för allvarliga komplikationer då minskar. Det är viktigt att sjuksköterskan bemöter alla KOL-patienter med respekt oavsett om de har slutat röka eller fortfarande röker. Alla patienter har rätt till vård på lika villkor oavsett livsstil.

Det är viktigt att sjuksköterskan inte sätter för stor press och skuldbelägger de patienter som inte har slutat röka då det kan leda till att patienterna får ännu svårare att sluta röka. Samtidigt är det viktigt att sjuksköterskan inte ger upp om de patienter som inte direkt vill eller kan sluta röka. För patienterna kan det vara en stor omvälvande process att sluta röka då det kan påverka hela patientens livsvärld genom de fyra existencialerna. Den levda kroppen kan påverkas av till exempel abstinensbesvär som kan ge fysiska symtom. De levda relationerna kan påverkas då patienten kanske undviker personer i sin närhet som röker för att inte falla tillbaka i sitt beroende. Detta kan leda till att patienten håller sig hemma och blir mer isolerad vilket kan påverka det levda rummet. Att sluta röka kan även påverka den leva tiden eftersom det kan vara svårt att tänka på något annat än röksuget, tiden kan då upplevas som att den går långsamt. Patienterna kan därför behöva stöd och motivation under en längre tid för att lyckas med ett rökstopp. Om patienten klarar av att sluta röka kan de fyra existencialerna i förlängningen påverkas på andra sätt. Den levda kroppen kommer upplevas som friskare eftersom symtomen troligtvis minskar. Patienter som går i rökavvänjningsgrupp får möjlighet att träffa andra personer i samma situation vilket kan påverka de leva relationerna. Om patienten känner sig friskare kan det skapa möjlighet till aktivering vilket kan leda till att patienten inte blir isolerad hemma. Den leva tiden kan påverkas genom att patienten känner hopp om ett längre och friskare liv.

Konklusion

Denna studie visar en översikt av vanliga copingstrategier som KOL-patienter använder sig av. Det finns en tydlig uppdelning mellan copingstrategier för att hantera känslor och tankar samt copingstrategier som fokuserar på förändring. Resultatet visar att KOL-patienter kan använda sig av flera olika typer av copingstrategier för att hantera sjukdomen. Vilka copingstrategier en KOL-patient väljer kan bero på patientens livsvärld och vilken eller vilka av de fyra existencialerna som blivit påverkade av sjukdomen. Valet av copingstrategier påverkas också mycket av vilket stöd som finns runt patienten. Det sociala stödet är viktigt för KOL-patienterna men även det professionella stödet från sjuksköterskan. De copingstrategier som fokuserar på förändring är framför allt de som också främjar hälsa. Att många KOL-patienter ändå använder sig av copingstrategier för att hantera känslor och tankar beror på att sjukdomen är starkt förknippad med skam och

skuld. Sjuksköterskan måste uppmärksamma patienternas copingstrategier och fokus bör ligga på att ge patienterna stöd i att implementera copingstrategier som är hälsofrämjande.

Kliniska implikationer och förslag till utveckling av ämnet

Resultatet i denna studie ökar förståelsen för KOL-patienters copingstrategier och ger också en klar bild över att dessa patienter behöver både professionellt och socialt stöd. Resultatet kan användas för att skapa strukturerade arbetsmetoder för hur sjuksköterskan ska ge KOL-patienter stöd. Detta är troligtvis mest tillämpligt på till exempel KOL-mottagningar där sjuksköterskan träffar patienten under en längre tid och de kan skapa en relation till varandra. Resultatet kan också vara användbart för KOL-patienters närstående för att de ska kunna ge bättre socialt stöd. Resultatet är troligtvis också till viss mån applicerbart på andra typer av allvarliga kroniska sjukdomar eftersom dessa patienter ofta går igenom liknande processer och är i behov av stöd. Eftersom alla människor i pressade situationer använder någon typ av copingstrategier är förslag på fortsatt forskning att studera hur copingstrategier skiljer sig mellan olika typer av sjukdomar. Det vore intressant att jämföra till exempel kroniska sjukdomar och akuta sjukdomar där det finns möjlighet att bli frisk då dessa troligtvis upplevs och hanteras på olika sätt.

REFERENSER

* = studier som ingår i resultatet

Ahmed-Sarwar, N., Pierce, D. P. & Holub, D. C. (2015). COPD: Optimizing treatment. *The Journal of Family Practice*, 64, 610-623.

Andenæs, R., Kalfoss, M.H. & Wahl, A.K. (2006). Coping and psychological distress in hospitalized patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Heart Lung*, 35, 46-57. doi:10.1016/j.hrtlng.2005.09.009

Berg, K. & Wright, J. L. (2016). The Pathology of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*, 140, 1423-1428. doi:10.1146/annurev.pathol.4.110807.092145

Björkdahl, A. (2014). Psykosocial hälsa och psykisk ohälsa. I B. Klang (Red.), *Sjuksköterskans omvårdnads-kunnande: en praktisk och teoretisk grundbok* (s. 73-90). Harlow: Pearson.

* Brien, S.B., Lewith, G.T. & Thomas, M. (2016). Patient coping strategies in COPD across disease severity and quality of life: a qualitative study. *Primary Care Respiratory Medicine*, 26. doi:10.1038/npjpcrm.2016.51

Brown-Johnson, C.G. & Popova, L. (2016). Exploring Smoking Stigma, Alternative Tobacco Product Use, & Quit Attempts. *Health Behavior and Policy Review*, 3, 13-20. doi: 10.14485/HBPR.3.1.2

Buist, A. S., McBurnie, M. A., Vollmer, W. M., Gillespie, S., Burney, P., Mannino, D. M., ... Nizankowska-Mogilnicka, E. (2007). International variation in the prevalence of COPD (The BOLD Study): a population-based prevalence study. *The Lancet*, 370, 741-750. doi: 10.1016/S0140-6736(07)61377-4

Cannon, C. A. & Cavanaugh, J. C. (1998). Chronic Illness in the Context of Marriage: A Systems Perspective of Stress and Coping in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Families, Systems & Health*, 16, 401-418. doi:10.1037/h0089865

Dahlberg, K. (2014). *Att undersöka hälsa & vårdande*. Stockholm: Natur & Kultur.

Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010). *Hälsa & vårdande: i teori och praxis*. Stockholm: Natur & Kultur.

de Serres, F.J., Blanco, I. & Fernández-Bustillo, E. (2006). Estimating the Risk for Alpha-1 Antitrypsin Deficiency among COPD Patients: Evidence Supporting Targeted Screening. *Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 3, 133-139. doi: 10.1080/15412550600829257

Ericson, E. & Ericson, T. (2012). *Medicinska sjukdomar* (4:e uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Friberg, F. (2017a). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3:e uppl., s. 141-152). Lund: Studentlitteratur.

Friberg, F. (2017b). Tankeprocessen under examensarbetet. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3:e uppl., s. 37-48). Lund: Studentlitteratur.

* Gabriel, R., Figueriredo, D., Jácome, C., Cruz, J. & Marques, A. (2014). Day-to-day living with severe chronic obstructive pulmonary disease: Towards a family-based approach to the illness impacts. *Psychology & Health*, 29, 967-983. doi: 10.1080/08870446.2014.902458

Habraken, J.M., Pols, J., Bindels, P.J.E. & Willems, D.L. (2008). The silence of patients with end-stage COPD: a qualitative study. *British Journal of General Practice*, 58, 844-849. doi:10.3399/bjgp08X376186

* Halding, A-G. & Heggdal, K. (2012). Patients' experiences of health transitions in pulmonary rehabilitation. *Nursing Inquiry*, 19, 345-356. doi:10.1111/j.1440-1800.2011.00573.x

Hall, E.O.C. & Graubæk, A. (2012). Patientologi - från berättelser till grundläggande värderingar. I A. Graubaek (Red.), *Patientologi: personcentrerad vård i teori och praktik* (s. 79-106). Stockholm: Natur & Kultur.

Henricson, M. (2012). Diskussion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 471-479). Lund: Studentlitteratur.

Hilberink, S.R., Jacobs, J.E., Schlösser, M., Grol, R.P.T.M. & de Vires, H. (2006). Characteristics of patients with COPD in three motivational stages related to smoking cessation. *Patient Education and Counseling*, 61, 449-457. doi:10.1016/j.pec.2005.05.012

Hinson Langford, C.P., Bowsher, J., Maloney, J. & Lillis, P.P. (1997). Social support: a conceptual analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 95-100. doi:10.1046/j.1365-2648.1997.1997025095.x

Hjärt-Lungfonden. (2015, 30 november). Forskning om tobak. Hämtad 8 februari, 2018, från <https://www.hjart-lungfonden.se/Forskning/Aktuell-forskning/Forskning-om-riskfaktorer/Forskning-om-tobak/>

Hjärt-Lungfonden. (2017). *En skrift om kroniskt obstruktiv lungsjukdom*. Hämtad från https://www.hjart-lungfonden.se/Documents/Skrifter/KOL_2017_lowres.pdf

Hogg, J.C. (2004). Pathophysiology of airflow limitation in chronic obstructive pulmonary disease. *The Lancet*, *364*, 709-721. doi:10.1016/S0140-6736(04)16900-6

Hupcey, J.E. & Morse, J.M. (1997). Can a Professional Relationship Be Considered Social Support? *Nursing Outlook*, *45*, 270-276. doi:10.1016/S0029-6554(97)90006-3

* Jørgensen, L.B., Dahl, R., Pedersen, P.U. & Lomborg, K. (2012). Four types of coping with COPD-induced breathlessness in daily living: a grounded theory study. *Journal of Research in Nursing*, *18*, 520-541. doi:10.1177/1744987112468443

Klang Söderqvist, B. (2014). Hälsa, välbefinnande och sjukdom. I B. Klang Söderqvist (Red.), *Sjuksköterskans omvårdnadskunnande: en praktisk och teoretisk grundbok* (s. 47-71). Harlow: Pearson.

Langius-Eklöf, A. (2013). Salutogenes och känsla av sammanhang. I B. Klang Söderqvist (Red.), *Patientundervisning* (s. 85-110). Lund: Studentlitteratur.

Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer.

Leidy, N.K., Traver, G.A. (1996). Adjustment and social behavior in older adults with chronic obstructive pulmonary disease: the family's perspective. *Journal of Advanced Nursing*, *23*, 252-259. doi:10.1111/j.1365-2648.1996.tb02664.x

* Lindgren, S., Storli, S.L. & Wiklund-Gustin, L. (2014). Living in negotiation: patients' experiences of being in the diagnostic process of COPD. *International Journal of COPD*, *9*, 441-451. doi:10.2147/COPD.S60182

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 Service Research*, *17*. doi:10.1186/s12913-017-2393-y

* Lundh, L., Hylander, I. & Törnkvist, L. (2012). The process of trying to quit smoking from the perspective of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *26*, 485-493. doi:10.1111/j.1471-6712.2011.00953.x

Masefield, S., Powell, P., Jiménez-Ruiz, C., Hajek, P., Lewis, K., Andreas, S. ... Fletcher, M. (2016). Recommendations to improve smoking cessation outcomes from people with lung conditions who smoke. *European Respiratory Journal*, 2. doi: 10.1183/23120541.00009-2016

Medicinska forskningsrådet. (2000). *Riktlinjer för etisk värdering av medicinsk humanforskning*. Stockholm: Centraltryckeriet.

* Paap, M.C.S., Bode, C., Lenferink, L.I.M., Groen, L.C., Terwee, C.B., Ahmed, S. ... van der Palen, J. (2014). Identifying key domains of health-related quality of life for patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease: the patient perspective. *Health and Quality of Life Outcomes*, 9. doi:10.1186/s12955-014-0106-3

Polit, D. & Beck, C. (2017). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (10:e uppl.). Philadelphia: Wolters Kluwer.

Rabe, K.F. & Watz, H. (2017). Chronic obstructive pulmonary disease. *The Lancet*, 389, 1931-1940. doi:10.1016/S0140-6736(17)31222-9

Richmond, R.J. & Zellner, K.M. (2005). α 1-Antitrypsin Deficiency: Incidence and Implications. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 24, 255-260.

Segesten, K. (2017). Att välja ämne och modell för sitt examensarbete. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3:e uppl., s. 105-117). Lund: Studentlitteratur.

Seguin, M., Lewis, R., Razmadze, M., Amirejibi, T. & Roberts, B. (2017). Coping strategies of internally displaced women in Georgia: A qualitative study. *Social Science & Medicine*, 194, 34-41. doi:10.1016/j.socscimed.2017.10.014

SFS 2014:821. *Patientlag*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 13 Februari, 2018, från http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/%20patientlag-2014821_sfs-2014-821

Socialstyrelsen. (2017). KOL, alfa-1-antitrypsinbrist. Hämtad 27 november, 2017, från <http://www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjerastmaochkol/sokiriktlinjerna/kol-alfa-1-antitrypsinbrist>

* Steindal, S.A., Österlind, J., Halvorsen, K., Schjelderup, T., Kive, E., Wergeland Sørbye, L. & Dihle, A. (2017). A qualitative study of women's experiences of living with COPD. *Nursing Open*, 4, 200-208. doi:10.10 02/nop2.86

* Stoilkova, A., Janssen, D.J.A., Franssen, F.M.E., Spruit, M.A. & Wouters, E.F.M. (2013). Coping styles in patients with COPD before and after pulmonary rehabilitation. *Respiratory Medicine*, 107, 825-833. doi:10.1016/j.rmed.2013.03.001

* Strang, S., Farrell, M., Larsson, L-O., Sjöstrand, C., Gunnarsson, A., Ekberg-Jansson, A. & Strang, P. (2014). Experience of guilt and Strategies for Coping with Guilt in Patients with Severe COPD: A qualitative interview study. *Journal of Palliative Care*, 30, 108-115.

Weldam, S.W.M., Lammers, J-W.J., Decates, R.L. & Schuurmans, M.J. (2013). Daily activities and health-related quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease: psychological determinants: a cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 11. doi:10.1186/1477-7525-11-190

Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur & Kultur.

Wikström, J. (2012). *Akutsjukvård: omvårdnad och behandling vid akut sjukdom eller skada* (2:a uppl.). Lund: Studentlitteratur.

World Health Organization. (2017). Chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Hämtad 27 november, 2017, från <http://www.who.int/respiratory/copd/en/>

Yuet, L.M., Alexander, M. & Chun, C.J. (2002). Coping and adjustment in Chinese patients with chronic obstructive pulmonary disease. *International Journal of Nursing Studies*, 39, 383-395. doi:10.1016/S0020-7489(01)00036-0

Österlund Efraimsson, E., Klang, B., Ehrenberg, A., Larsson, K., Fossum, B. & Olai, L. (2015). Nurses' and patients' communication in smoking cessation at nurse-led COPD clinics in primary health care. *European Clinical Respiratory Journal*, 2. doi:10.3402/ecrj.v2.27915

Östlundh, L. (2017). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3:e uppl., s. 59-82). Lund: Studentlitteratur.

BILAGA 1: Redovisning av sökhistorik

Databas Datum	Sökord	Antal träffar	Antal lästa titlar	Lästa abstrakt	Valda artiklar
CINAHL 2018-01-18	coping* COPD	27	27	11	<ul style="list-style-type: none">• Gabriel, R., Figueriredo, D., Jácome, C., Cruz, J. & Marques, A. (2014).• Jørgensen, L.B., Dahl, R., Pedersen, P.U. & Lomborg, K. (2012).• Halding, A-G. & Heggdal, K. (2012).• Strang, S., Farrell, M., Larsson, L-O., Sjöstrand, C., Gunnarsson, A., Ekberg-Jansson, A. & Strang, P. (2014).
MEDLINE 2018-01-18	coping* COPD	42	42	25	<ul style="list-style-type: none">• Brien, S.B., Lewith, G.T. & Thomas, M. (2016).
PubMed 2018-01-19	coping* patient* COPD	60	60	22	<ul style="list-style-type: none">• Steindal, S.A., Österlind, J., Halvorsen, K., Schjelderup, T., Kive, E., Wergeland Sørbye, L. & Dihle, A. (2017).
MEDLINE 2018-01-19	coping* patient* COPD	22	22	10	<ul style="list-style-type: none">• Paap, M.C.S., Bode, C., Lenferink, L.I.M., Groen, L.C., Terwee, C.B., Ahmed, S. ... van der Palen, J. (2014).• Stoilkova, A., Janssen, D.J.A., Franssen, F.M.E., Spruit, M.A. & Wouters, E.F.M. (2013).
PubMed 2018-01-22	coping AND COPD	232	232	15	<ul style="list-style-type: none">• Lindgren, S., Storli, S.L. & Wiklund-Gustin, L. (2014).
MEDLINE 2018-01-22	quit smoking COPD	24	24	5	<ul style="list-style-type: none">• Lundh, L., Hylander, I. & Törnkvist, L. (2012).

BILAGA 2: Granskningsmall

Förslag på frågor vid granskning av kvalitativa studier:

- Finns det ett tydligt problem formulerat? Hur är detta i så fall formulerat och avgränsat?
- Finns teoretiska utgångspunkter beskrivna? Hur är dessa i så fall formulerade?
- Finns det någon omvårdnadsvetenskaplig teoribildning beskriven? Hur är denna i så fall beskriven?
- Vad är syftet? Är det klart formulerat?
- Hur är metoden beskriven?
- Hur är undersökningspersonerna beskrivna?
- Hur har data analyserats?
- Hur hänger metod och teoretiska utgångspunkter ihop?
- Vad visar resultatet?
- Hur har författarna tolkat studiens resultat?
- Vilka argument förs fram?
- Förs det några etiska resonemang?
- Finns det en metoddiskussion? Hur diskuteras metoden i så fall?
- Sker en återkoppling till teoretiska antaganden, t.ex. vårdvetenskapliga antaganden?

Förslag på frågor vid granskning av kvantitativa studier:

- Finns det ett tydligt problem formulerat? Hur är detta i så fall formulerat och avgränsat?
- Finns teoretiska utgångspunkter beskrivna? Hur är dessa i så fall formulerade?
- Finns det någon omvårdnadsvetenskaplig teoribildning beskriven? Hur är denna i så fall beskriven?
- Vad är syftet? Är det klart formulerat?
- Hur är metoden beskriven?
- Hur har urvalet gjorts? (t.ex. antal personer, ålder, inklusions- respektive exklusionskriterier)?
- Hur har data analyserats? Vilka statistiska metoder användes? Var dessa adekvata?
- Hänger metod och teoretiska utgångspunkter ihop? I så fall hur?
- Vad visar resultatet?
- Vilka argument förs fram?
- Förs det några etiska resonemang?
- Finns det en metoddiskussion? Hur diskuteras metoden i så fall, t.ex. vad gäller generaliserbarhet?
- Sker en återkoppling till teoretiska antaganden, t.ex. omvårdnadsvetenskapliga antaganden?

(Friberg, 2017a)

BILAGA 3: Översikt av analyserade artiklar

Författare Årtal Titel Tidskrift Land	Syfte Perspektiv	Metod	Resultat	Förekomst av forskningsetiska överväganden
Brien, S.B., Lewith, G.T. & Thomas, M. (2016). Patient coping strategies in COPD across disease severity and quality of life: a qualitative study. <i>Primary Care Respiratory Medicine</i> England	Syftet är att undersöka och förstå variationer i upplevelser och copingstrategier hos KOL-patienter med olika sjukdomsstadier och sjukdomspåverkan.	Kvalitativ metod med semistrukturerade individuella intervjuer med 34 patienter.	Hälften av deltagarna hade anpassat sig till sin pågående hälsoförsämring och hade implementerat positiva copingstrategier. Den andra hälften hade mycket sämre livskvalitet vilket berodde på otillräcklig anpassning till deras sjukdom. De använde även mindre effektiva copingstrategier och drabbades mer av ångest och depression.	Studien är godkänd av East Midlands Research Ethics Committee. Deltagarna har gett skriftligt samtycke till att delta i studien.
Gabriel, R., Figueriredo, D., Jácome, C., Cruz, J. & Marques, A. (2014). Day-to-day living with severe chronic obstructive pulmonary disease: Towards a family-based approach to the illness impacts. <i>Psychology & Health</i> Portugal	Syftet är att undersöka perspektivet hos både patienter och anhöriga angående hur KOL påverkar deras familjeliv.	Kvalitativ tvärsnittsstudie med individuella intervjuer med 20 patienter och 20 anhöriga.	Det är ett komplext samspel mellan att leva med KOL och sociala roller inom familjen där både känslor och kommunikation påverkar. Resultatet visar att det behöver utvecklas familjebaserade insatser för att underlätta anpassningen till KOL.	Studien är godkänd av Insitutional Ethics Committee. Deltagarna har gett skriftligt samtycke till att dela i studien. Alla deltagare erbjuds psykologiskt stöd efter intervjuerna.

<p>Halding, A-G. & Heggdal, K. (2012). Patients' experiences of health transitions in pulmonary rehabilitation. <i>Nursing Inquiry</i> Norge</p>	<p>Syftet är att beskriva KOL-patienters erfarenheter av hälsoförändringar under och efter lungrehabilitering.</p>	<p>Kvalitativ metod med individuella intervjuer med 18 patienter på en lungrehabiliterings-avdelning.</p>	<p>Lungrehabilitering hjälper patienterna att hantera hälsoförändringarna med hjälp av ökad kunskap och ökad tro på sin egen förmåga. Efter rehabiliteringen behövde patienterna utveckla nya copingstrategier för att hantera hälsoförändringar i vardagen. KOL-patienter är i behov av stöd i utsatta perioder av både stödgrupper och vårdpersonal. Patientcentrerad rehabilitering ökar motivationen att tillämpa positiva copingstrategier i vardagen.</p>	<p>Studien är godkänd av The Regional Committee for Medical Research Ethics och Norwegian Social Science Data Services. Deltagarna har gett skriftligt samtycke till att delta i studien.</p>
<p>Jørgensen, L.B., Dahl, R., Pedersen, P.U. & Lomborg, K. (2012). Four types of coping with COPD-induced breathlessness in daily living: a grounded theory study. <i>Journal of Research in Nursing</i> Danmark</p>	<p>Syftet är att undersöka hur personer med måttlig till svår KOL huvudsakligen hanterar andnöd i det dagliga livet.</p>	<p>Klassisk grounded theory användes som metod vid intervjuer med tolv deltagare och detta kombinerades med multimodal metod som möjliggör att kombinera kvalitativ och kvantitativ data.</p>	<p>Deltagarna försöker hantera andnöd genom att spara på resurser i ett försök att bevara integritet. I studien identifierades fyra olika copingtyper: överskattaren, underskattaren, utmanaren och utjämnaren. Varje copingtyp hade olika fysiologiska, kognitiva, affektiva och psykosociala egenskaper vilket speglade vilken copingstrategi de använde sig av.</p>	<p>Studien är godkänd av The Danish Data Protection Agency. Deltagarna informerades både skriftligt och muntligt om deltagandet i studien.</p>

<p>Lindgren, S., Storli, S.L. & Wiklund-Gustin, L. (2014). Living in negotiation: patients' experiences of being in the diagnostic process of COPD. <i>International Journal of COPD</i> Norge</p>	<p>Syftet är att belysa den process en patient som diagnostiserats med KOL går igenom.</p>	<p>Fenomenologisk hermeneutisk metod med individuella intervjuer med åtta patienter.</p>	<p>Deltagarna upplevde att läkare gett dem KOL-diagnosen på ett otydligt sätt. Deltagarna tyckte att processen var förvirrande och såg diagnosen som ett ”slag i ansiktet”. Oklara besked gjorde att deltagarna skiftade mellan att inte förstå allvaret i situationen, rädsla och osäkerhet. Deltagarna kände skam och skuld över diagnosens ursprung. Diagnosen gjorde deltagarna osäkra på sin framtid.</p>	<p>Studien är godkänd av North Norwegian Regional Committee for Medical and Health Research Ethics. Deltagarna har gett skriftligt samtycke till att delta i studien.</p>
<p>Lundh, L., Hylander, I. & Törnkvist, L. (2012). The process of trying to quit smoking from the perspective of patients with chronic obstructive pulmonary disease. <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> Sverige</p>	<p>Syftet är att undersöka varför vissa patienter med KOL har svårt att sluta röka. Syftet är också att utveckla en modell som beskriver patienternas svårigheter.</p>	<p>Grounded theory metod med semistrukturerade individuella intervjuer med 14 patienter. Ytterligare fyra patienter intervjuades om den framtagna modellen.</p>	<p>Resultatet visar att flera faktorer påverkar beslutet att försöka sluta röka, till exempel psykiskt påfrestande tillstånd och användandet av konstruktiva eller destruktiva strategier. De konstruktiva strategierna kan leda till rökstopp medan destruktiva strategier kan leda till misslyckade försök och förlorat hopp. Resultatet sammanställs i en modell som illustrerar processen av att försöka sluta röka.</p>	<p>Studien är godkänd av en etisk forskningskommitté på Karolinska Institutet i Stockholm. Deltagandet var frivilligt och alla garanterades sekretess och anonymitet.</p>

<p>Paap, M.C.S., Bode, C., Lenferink, L.I.M., Groen, L.C., Terwee, C.B., Ahmed, S. ... van der Palen, J. (2014). Identifying key domains of health-related quality of life for patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease: the patient perspective. <i>Health and Quality of Life Outcomes</i> Nederländerna</p>	<p>Syftet är att identifiera vilka områden som är viktigast för KOL-patienter för att uppnå hälsorelaterad livskvalitet.</p>	<p>Kvalitativ metod med semistrukturerade individuella intervjuer med 21 patienter.</p>	<p>De områden som identifierades som viktigast av KOL-patienterna för att uppnå hälsorelaterad livskvalitet var fysisk hälsa som innefattar trötthet och fysisk funktion, social hälsa som innefattar stöd och deltagande i sociala aktiviteter samt användandet av copingstrategier för att hantera sjukdomen. Förvånansvärt få patienter identifierade psykisk hälsa som ett viktigt område, endast två personer nämnde ångest under intervjun.</p>	<p>Studien är godkänd av Ethical review of the University of Twente. Deltagarna har fått information om studien och alla har samtyckt till att delta.</p>
<p>Steindal, S.A., Österlind, J., Halvorsen, K., Schjelderup, T., Kive, E., Wergeland Sørbye, L. & Dihle, A. (2017). A qualitative study of women's experiences of living with COPD. <i>Nursing Open</i> Norge</p>	<p>Syftet är att undersöka kvinnors erfarenheter av att leva med KOL i hemmet.</p>	<p>Kvalitativ metod med semistrukturerade intervjuer med nio kvinnliga patienter.</p>	<p>Kvinnorna i studien upplevde begränsningar relaterade till den traditionella kvinnorollen och kände sig oförmögna att uppfylla sina egna förväntningar. De upplevde ett bra liv trots de begränsningar som uppstod med hjälp av anpassning och copingstrategier. För att kvinnorna skulle känna sig trygga behövde de veta att de kunde få nödvändig hjälp om sjukdomen förvärrades. För att bättre kunna hantera sjukdomen ville kvinnorna ha utbildning som gav specifika förslag på copingstrategier.</p>	<p>Studien är godkänd av sjukhuset forskningskommitté och Regional Committee for Medical Research Ethics. Deltagarna har gett skriftligt samtycke till att delta i studien.</p>

<p>Stoilkova, A., Janssen, D.J.A., Franssen, F.M.E., Spruit, M.A. & Wouters, E.F.M. (2013). Coping styles in patients with COPD before and after pulmonary rehabilitation. <i>Respiratory Medicine</i> Nederländerna</p>	<p>Syftet är att undersöka copingstrategier hos KOL-patienter före och efter lungrehabilitering.</p>	<p>Kvantitativ metod där 303 patienter fick besvara enkäter före och efter lungrehabilitering. Enkäterna kompletterades med data från patienternas journaler.</p>	<p>Resultatet visar att tvärvetenskapliga lungrehabiliteringsprogram kan ändra copingstrategier hos KOL-patienter. Copingstrategierna ändras på grund av att patienterna lär känna sin kropp och får minskad ångest och depression under lungrehabiliteringen. De ändrade copingstrategierna är inte relaterade till specifika förändringar i sjukdomsbilden.</p>	<p>Studien har godkännande från institutionens styrelse för att använda patienternas journaler och patienternas sekretess har bibehållits.</p>
<p>Strang, S., Farrell, M., Larsson, L-O., Sjöstrand, C., Gunnarsson, A., Ekberg-Jansson, A. & Strang, P. (2014). Experience of guilt and Strategies for Coping with Guilt in Patients with Severe COPD: A qualitative interview study. <i>Journal of Palliative Care</i> Sverige</p>	<p>Syftet är att undersöka hur patienter med svår KOL ser på och upplever skuld och hur de hanterar skuldkänslorna.</p>	<p>Kvalitativ metod med semistrukturerade individuella intervjuer med 31 patienter.</p>	<p>Relativt få patienter uttryckte skuld på en medveten nivå, men de som kände ånger skyllde på sig själva och medgav att de skämdes och att de även hade blivit skuldbelagda av andra. Många patienter skyllde sin sjukdom på andra, till exempel tobaksindustrin, sjukvårdssystemet eller andra myndigheter, vilket var ett sätt att befria sig själva från skuld.</p>	<p>Studien har godkännande från etikprövningsnämnden i Göteborg. Deltagarna har gett skriftligt samtycke till att delta i studien.</p>