



HÖGSKOLAN  
I HALMSTAD

Sjuksköterskeprogrammet 180hp

# KANDIDATUPPSATS



Patientens upplevelse av andnöd

När luften tar slut

Karl Eliasson och Rickard Tingemar

Omvårdnad 15hp

Varberg 2017-12-06

**Patientens upplevelse av andnöd**  
När luften tar slut

Författare: Karl Eliasson  
Rickard Tingemar

Ämne Omvårdnad  
Högskolepoäng 15hp  
Stad och datum Varberg 2017-12-06

<b>Titel</b>	Patientens upplevelse av andnöd
<b>Författare</b>	Karl Eliasson / Rickard Tingemar
<b>Akademi</b>	Hälsa och välfärd
<b>Handledare</b>	Åsa Roxberg, Docent i omvårdnad, Fil. Dr
<b>Examinator</b>	Henrika Jormfeldt, Docent i omvårdnad, Fil. Dr
<b>Tid</b>	Höstterminen 2017
<b>Sidantal</b>	15
<b>Nyckelord</b>	Andnöd, patient, personcentrerad-vård, sjuksköterskan, upplevelse

## Sammanfattning

Andnöd är ett vanligt symtom på allvarliga sjukdomar som medför multidimensionella och komplexa upplevelser. Andnöd är kraftigt fysiskt och psykiskt begränsande dygnet runt för patienten. **Syftet** med studien var därför att belysa patientens upplevelse av andnöd. **Metod:** Studien genomfördes som en allmän litteraturstudie med induktiv ansats. Litteratursökningen genomfördes systematiskt. **Resultat:** Nio vetenskapliga artiklar låg till grund för resultatet. Med hjälp av meningsbärande enheter framkom sex underkategorier som resulterade i två huvudkategorier: Attack på livet och Hantera livet. **Slutsats:** Symtomet bidrog till kraftiga begränsningar i livet. Patienterna upplevde att hela deras livsvärld påverkades av andnöden även efter den akuta fasen. Rädsla eller okunskap skapade osäkerhet hos patienterna som upplevde sig själva som otillräckliga och hjälplösa. Detta tillsammans med brister inom vården bidrog till att patienterna upplevde skam på grund av andnöd. Genom att andnöden ständigt fanns med patienten i tankarna upplevdes också hopplöshet och negativ syn på framtiden. Resultatet visar även en positiv sida där patienterna kunde hantera livssituationen genom stöd av familj och anhöriga, ökad kunskap, kontroll samt träning. Fortsatt forskning om hur personcentrerad vård kan hjälpa patienter och lindra upplevelserna av andnöd behövs. Ny forskning som tydligare uppmärksammar patienternas upplevelser av andnöd även efter den akuta fasen är angeläget.

<b>Title</b>	The patients experience of breathlessness
<b>Author</b>	Karl Eliasson / Rickard Tingemar
<b>Department</b>	Health and welfare
<b>Supervisor</b>	Åsa Roxberg Associate. Professor in nursing, PhD
<b>Examiner</b>	Henrika Jormfeldt Associate. Professor in nursing, PhD
<b>Period</b>	Autumn term 2017
<b>Pages</b>	15
<b>Key words</b>	Breathlessness, dyspnea, experince, nurse, patient, person-centered care,

## Abstract

Shortness of breath is a common symptom of serious illnesses producing multidimensional and complex experiences. Breathlessness is very limiting - physically and psychologically - for patients around the clock. The purpose of the study was therefore to highlight the patient's experience of breathlessness. **Method:** The study was conducted as a general literature study with inductive approach. Literature was searched systematically. **Result:** Nine scientific articles formed the outcome. Using meaningful extracts six subcategories were formed in two main categories: Attack on life and Managing life. **Conclusion:** Breathlessness contributed to severe limitations in life. Patients felt their entire way of life was affected even beyond the acute phase. Fear or ignorance created uncertainty among patients who perceived themselves as inadequate and helpless. This, combined with shortcomings in health care, contributed to patients experiencing shame. Because breathlessness was always on the patient's mind, hopelessness and despair were also experienced. The result also described a positive side where patients could handle life through supporting family and relatives, increased knowledge, control and training. Further research how person-centred care can relieve patients' experiences of breathlessness is needed. New research clearly addressing patients' experiences of breathlessness outside the acute phase is required.

## Innehållsförteckning

<b>Inledning</b> .....	<b>1</b>
<b>Bakgrund</b> .....	<b>1</b>
Andningens fysiologi .....	1
Upplevelse av andnöd .....	2
Personcentrerad vård.....	2
Problemformulering.....	4
<b>Syfte</b> .....	<b>4</b>
<b>Metod</b> .....	<b>4</b>
Design .....	4
Datainsamling .....	4
Dataanalys .....	5
<b>Forskningsetiska övervägande</b> .....	<b>6</b>
<b>Resultat</b> .....	<b>6</b>
<b>Attack på livet</b> .....	<b>6</b>
Ångest .....	6
Skam.. .....	7
Den dagliga kampen .....	8
<b>Hantera livet</b> .....	<b>8</b>
Känslan att hantera vardagen .....	8
Känslan av kontroll .....	9
Upplevelsen att övervinna begränsningar .....	9
<b>Diskussion</b> .....	<b>10</b>
<b>Metoddiskussion</b> .....	<b>10</b>
<b>Resultatdiskussion</b> .....	<b>12</b>
Attack på livet.....	12
Hantera livet .....	13
<b>Konklusion</b> .....	<b>14</b>
<b>Implikation</b> .....	<b>15</b>

## **Bilagor**

Bilaga A: Sökordsöversikt

Bilaga B: Sökhistorik

Bilaga C: Artikelöversikt

Bilaga D: Exempel på datakategorisering

## **Inledning**

Andnöd är ett huvudsymtom för de tre vanligaste sjukdomarna i världen; hjärtsvikt, lungcancer och kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) (WHO, 2014). Tidigare forskning visar att de som är mest drabbade av andnöd är äldre och tidigare rökare (Simon et al., 2013a). Andnöd inom omvårdnaden är komplex då patienternas upplevelser både är unika och kan variera från dag till dag. Kvangarsnes, Torheim, Hole och Öhlund (2013) skriver att andnöd kan frammana många olika upplevelser vilket kan vara komplicerat för en sjuksköterska att hantera. Med en djupare förståelse om upplevelsen av andnöd kan sjuksköterskan möta patienterna med andnöd.

## **Bakgrund**

I bakgrunden beskrivs tidigare forskning om upplevelsen vid andnöd och vad som händer fysiologiskt. Vidare beskrivs patienternas upplevelse av andnöd med personcentrerad vård som teoretisk ram.

## **Andningens fysiologi**

Människans mest grundläggande fysiologiska behov är att andas. Lungornas uppgift är att transportera syret i luften till blodet och transportera ut koldioxid vilket är en biprodukt från förbränningen av syre (Ericson & Ericson, 2012). Nicolaysen och Holk (2014) skriver att andningsmekanismen styrs från hjärnans andningscentrum som är uppdelat i två olika centra: inspirationscentra och expirationscentra. Dessa två centra samarbetar för att andningsmekanismen skall fortgå i en automatiserad och viljestyrd process. Detta är en pågående process som kontinuerligt ventilerar kroppen. Kvangarsnes et al. (2013) förklarar andnöd som ett symtom på en allvarlig sjukdom i andningsorganen. Andnöden beror på att grundsjukdomen påverkar gasutbytet i lungorna så att det uppstår syrebrist i blodet.

En annan del av andnöd är när bronkerna är så täta (luftvägsobstruktion) att luften har svårt att passera. Gasutbytet är försämrat då luftvägarna (bronker och bronkeoler) tillsammans med lungblåsorna (alveolerna) är skadade. Lok (2016) menar att patienter med andnöd har en ineffektiv andning och använder därför axel och halsmuskler för ett försök att få i sig mer luft, det kombineras med att lungorna är hyperinflaterade det vill säga att luft stannar kvar i lungorna vid utandning. Detta gör andning ytlig och frambringar ofta känslan av panik, känslan av att drunkna och rädsla. Almås, Stubberud och Grønseth (2011) beskriver att andnöd framkallar både fysiologiska och beteendemässiga reaktioner. Kroppen svarar med hjärtklappning och ökad svettning. Beteendemässiga reaktioner kan vara behov att avbryta aktiviteter och vila. Ding, DiBonaventura, Karlsson, Bergström och Holmgren (2017) visar i sin studie att det vanligaste symtomet vid lungsjukdom är just andnöd. Av de tillfrågade svarade 70% att de alltid eller ofta upplever andnöd.

## **Upplevelse av andnöd**

Parshall et al. (2012) förklarar andnöd som en subjektiv upplevelse av andningssvårigheter vilket består av distinkta känslor och kan variera i intensitet. Sedan denna definition föreslogs har dock andra känslor och upplevelser identifierats som visar att andnödens förnimmelser varierar i dess obehag, känslomässiga och beteendemässiga betydelse. Simon et al. (2013b) förklarar att en exakt definition av andnöd inte går att urskilja. Olika typer av symtom och upplevelser vid uppkomsten av andnöd och under tiden som andnöden varade kunde däremot urskiljas. Upplevelserna skiljer sig så mycket åt att de har svårt att nämna en exakt definition av andnöd. Reddy, Parsons, Elsaymen, Palmer och Bruera (2009) beskriver andnöd som ett tryck över bröstet, svårighet att djupandas och en variation av upplevelser. Genom att beskriva symtomen på ett bredare och mer generellt sätt kan andnöd definieras. Genom att kategorisera anfallen av andnöd var det möjligt att definiera olika typer av andnöd. Charles, Reymond och McCouns Israel (2008) använde sig av en episodbaserad definition av andnöd. De delade upp andnöd och upplevelsen av andnöd i vad för typ av anfall det rörde sig om, långt, kort, intensivt, kontrollerat eller spontant.

## **Personcentrerad vård**

Tidigare forskning visar att andnöd som symtom är svårt att hantera för vårdpersonalen då alla patienter upplever den olika. Det är viktigt för sjuksköterskan att förstå och vara medveten om alla aspekter som framträder när en patient lider av andnöd. Enligt Kvangarsnes et al. (2013) är det skillnad på olika patienters upplevelse av andnöd. Det varierar hur patienterna klarar av sin andnöd beroende på vilken miljö de befinner sig i, vilken typ av stöd de har och hur länge de levt med symtomen. Upplevelsen kommer för alltid att vara unik och svår att hantera vid andnöd, vilket gör det till en utmaning för omvårdnaden av patienten. Gysels och Higginson (2010) visar att påverkan av andnöd i de dagliga rutinerna är omfattande och ofta ignoreras av omgivningen. Patienterna upplevde att framtiden var osäker och att livet stannade upp. Malik, Gysels och Higginson (2013) förklarar att sjukvården inte ser problemen som patienterna upplever i hemmet.

Kvangarsnes et al. (2013) förklarar att andnöd kan frammana många olika typer av upplevelser och känslor vilket kan göra det svårt för en sjuksköterska att bedriva omvårdnad. Jensen, Vedelø och Lomborg (2013) menar att samtliga var positiva till den personcentrerade vården. Det jämfördes med tidigare upplevelser av att vården inte hade lika mycket fokus på patienten. Jensen et al. (2013) hävdar att den mest uppenbara upplevelsen av personcentrerad vård är att patienten känner sig aktiv i ett gemensamt projekt baserat på patientens önskan och behov oberoende av deras fysiska resurser. Vidare menar Jensen et al. (2013) att patientens upplevelse av att sjuksköterskorna är öppensinnade och flexibla lägger grunden för att den personcentrerade vården blir lyckad.



Gysels och Higginson (2010) visar att sjukvården sällan har tid att se patienterna i situationen de befinner sig. Patienterna gick ofta ifrån möten med sjukvården med obesvarade frågor. Detta strider mot patientlagen, SFS (2014:763) vilken syftar till att ge patienten ett ökat inflytande över den egna behandlingen. Vården ska utformas i samråd med patienten och utgå från patientens önskemål och individuella förutsättningar (SFS 2014:763). Enligt ICN's (international council of nurses) etiska kod för sjuksköterskor, ska sjuksköterskan utgå från en etisk hållning till samhället. Denna hållning kan vara enligt det aktuella samhällets värdegrund. Enligt ICN har sjuksköterskan fyra grundläggande ansvarsområden: att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande. Sjuksköterskan ska ha respekt för mänskliga rättigheter och respektfull omvårdnad oavsett ålder, kön, bakgrund och sexuell läggning. Innebörden i detta är bland annat att sjuksköterskan ansvarar för att patienterna får korrekt, tillräcklig och lämplig information som grund för samtycke till vård och behandling (International Council of Nurses, 2014).

Thórarinsdóttir och Kristjánsson (2014) beskriver att den personcentrerade vården omfattar tre faser. Fas ett nämns som personfasen. Patienten berättar om sig själv och känner sig respekterad och sedd som en jämställd person. En viktig del i fas ett var att knyta genuina relationer mellan vårdpersonal och patient. Fas två kallas för informationsfasen i vilken det sökes och upptäcks nödvändig information. Patient och vårdare diskuterar och för en dialog kring denna information. Detta skapar delaktighet i omvårdnaden. Fas tre nämns som handlingsfasen och här känner patienten kontroll över sin vård. Patienter och vårdpersonal har delat ansvar i besluten som fattas utefter informationen som framkom i fas två. Thórarinsdóttir och Kristjánsson (2014) fortsätter förklara att det finns en acceptans och ett förtroende i besluten kring vården och behandlingsstrategierna. Alharbi, Carlström, Ekman, Jarneborn och Olsson (2014) menar att vårdpersonal förlitade sig på att få informationen om patienterna via journalen. Det ledde ofta till att vårdpersonalen började med undersökningarna och tester utan att ens tala med patienterna först. Alharbi et al. (2014) påpekar att om patienterna istället kände sig involverade och delaktiga i besluten kring sin sjukdom skapade det en känsla av trygghet inför framtiden. Vidare menar Alharbi et al. (2014) att information till patienterna om undersökningar och provsvar skapade trygghet och en känsla av kontroll. Alharbi et al. (2014) visar på att det finns patienter som inte ville vara delaktiga i besluten kring sin egen vård utan överlät besluten och ansvar till berörd personal.

När andnöd framträder hos en patient genomgår denne en fysiologisk och psykologisk process, som i förlängningen skadar patienten. Lok (2016) pekar på att hanteringen av andnöd är en utmaning. Detta förklaras av en cykel som involverar komponenterna andning, medvetenhet och ett icke-fungerande andningsarbete. Lok (2016) fortsätter förklara att de perifera receptorerna i andningssystemet skickar signaler till CNS (centrala nervsystemet) vilket resulterar i att kroppen intensifierar andningsarbetet. Patienten ökar sitt muskelarbete omedveten om att det försämrar andningen ytterligare.

Det försvårar situationen, gör lungorna mer stela och andningsmusklerna försvagas. För att bryta denna negativa cykel behövs enligt Lok (2016) god kännedom om symtomet andnöd. Det behövs också kunskap om hur patienten upplever situationen, den farmakologiska behandlingen och den personcentrerade vården. Patienten behöver icke-farmakologiska interventioner såsom olika andningstekniker för att underlätta andningsarbetet och öka kunskapen om vad som händer vid andnöd.

## **Problemformulering**

Andnöd är ett huvudsymtom vid de tre vanligaste sjukdomarna i världen; hjärtsvikt, lungcancer och kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL). Forskning visar att sjuksköterskan och annan vårdpersonal inte är medvetna om vad patienten upplever vid andnöd. Patientens upplevelse av andnöd är subjektiv och multidimensionell vilket gör att bemötandet av patienten blir komplext och svårt att hantera för vårdpersonalen. Sjuksköterskan och annan vårdpersonal behöver utveckla kunskap för att kunna hantera situationer och lidande som uppstår vid andnöd.

## **Syfte**

Syftet med studien var att belysa patientens upplevelse av andnöd.

## **Metod**

I de följande styckena beskrivs studiens design, datainsamling och analys.

### **Design**

Litteraturstudien är utformad som en allmän litteraturstudie baserad på vetenskapliga artiklar och induktiv ansats. Induktiv ansats grundar sig i att arbeta utifrån en empiri till teori (Forsberg & Wengström, 2016). Valet av en induktiv ansats var för att se på fenomenet förutsättningslöst och för att beskriva upplevelsen av andnöd på ett korrekt sätt (Henricson, 2012).

### **Datainsamling**

Vetenskapliga artiklar har sökts utifrån ämnesområdet. Först gjordes en generell sökning för att få en översikt av fenomenet upplevelse av andnöd och för att finna de mest relevanta ämnesorden (Friberg, 2012). Sökdataserna PubMed, CINAHL och PsycINFO användes med sökorden *dyspnea*, *experience*, och *patient* tillsammans med den booleska termen AND (Bryman, 2011). I dataserna PubMed och PsycINFO användes ämnesordet *dyspnea* för att göra sökningen mer specifik utifrån det ordet som beskriver innehållet (Karlsson, 2012). Sökorden redovisas i bilaga: A tabell: 1 och sökhistoriken redovisas i bilaga: B tabell: 2. Dataserna valdes då de innehåller vetenskapliga artiklar och tidskrifter med fokus på omvårdnad. PsycINFO fokuserar på psykologiska aspekter vilket gjorde databasen relevant för sökning av artiklar som

handlade om patientens upplevelser. I samtliga databaser fanns det även verktyg för att avgränsa sökningar på ett tillförlitligt sätt.

Inklusionskriterier: artiklarna skulle inkludera patientens upplevelser där patienten stod i fokus för att detta belyser fenomenet på rätt sätt. Artiklarna skulle vara vetenskapliga vilket betyder att artikeln är granskad och finns med i en vetenskaplig tidskrift. Artiklarna skulle vara publicerade mellan 2007 till 2017. Tidsintervallet valdes därför att det fanns för lite relevant forskning inom femårsintervallet. Exklusionskriterier: artiklar där fokus på grundsjukdomen exkluderades på grund av att de inte inriktar sig tillräckligt på symtomet andnöd och därför är irrelevanta. Studier med personer under 18 år exkluderades på grund utav att den beskrivna upplevelsen kan vara svårtolkad hos barn. Notera att PubMed exkluderar från 19 år istället för 18 år.

Sökningarna i databaserna PubMed och psycINFO kombinerades *dyspnea* (ämnesord), *experience* (fritext) och *patient* (fritext). I CINAHL gjordes sökningen med *dyspnea* (fritext) och förvalda synonymer tillsammans med förvalda booleska termen OR (*dyspnea* OR *dyspnoea* OR *shortness of breath* OR *breathlessness* AND *experience* (fritext) AND *patient* (fritext)). Sökningarna gav 169 träffar i CINAHL, 184 träffar i PubMed och 34 träffar i PsycINFO. Samtliga titlar lästes varav 151 abstrakt undersöktes. Sju artiklar från CINAHL varav sex dubletter i PubMed och sex dubletter i Psycinfo godkändes och användes som resultatartiklar då de stämde överens med studiens syfte. Två vetenskapliga artiklar hittades genom manuell sökning då de fanns med som referenser i redan funna resultatartiklar (Henricson, 2012). Samtliga resultatartiklar granskades med hjälp av Carlsson och Eimans (2003) bedömningsmall som används för att bedöma vetenskapliga studier. Samtliga artiklar erhöll grad ett av tre där grad ett är av högsta kvalitet. Studierna som inkluderats i resultatet är gjorda i Sverige, Storbritannien, Nya Zeeland, Jordanien och Tyskland. Det ger en variationsrikedom för det valda fenomenet.

## **Dataanalys**

Analysen utgick från redan publicerad forskning till koder för att bilda teman som belyser fenomenet upplevelsen av andnöd (Forsberg & Wengström, 2016). Analysarbetet började med att analysera artiklarna (nio) upprepade gånger med fokus på resultatet. Artiklarna lästes först igenom enskilt för att få en översikt och för att bilda en egen uppfattning om materialet (Forsberg & Wengström, 2016). Efter att artiklarna lästs igenom, diskuterades innehållet i artiklarna tillsammans. Avsikten var att få en förståelse för resultatets helhet. Nästa moment var att ta ut meningsenheter och förse dessa med en meningskod vilket gjordes genom att utforma en tabell enligt Graneheim och Lundmans analysmetod. Ett exempel på hur analysmetoden gick till finns i bilaga: D tabell: 4 (Graneheim & Lundman, 2004). Meningskoder med liknande innehåll sammanfördes för att bilda underkategorier. Sex underkategorier identifierades och benämndes: Ångest, skam, den dagliga kampen, Känslan att hantera vardagen, känslan av kontroll och upplevelsen att övervinna begränsningar. Likheter och skillnader

mellan de olika underkategorierna identifierades vilket resulterade i två huvudkategorier: Attack på livet och hantera livet.

## **Forskningsetiska övervägande**

Artiklarna skulle, för att inkluderas följa riktlinjerna från Helsingforsdeklarationen (World Medical Association, Fortaleza, 2013) eller ha blivit godkända av ett etiskt råd. I artiklarna redovisade forskarna hur de hade informerat deltagarna i vilket syfte studien hade. Information gavs om att deltagandet var frivilligt och kunde avbrytas när som helst under studiens gång. I en del av artiklarna beskrevs att informationen om deltagandet givits både skriftligt och muntligt. Enligt svensk personuppgiftslag (SFS 1998:204), måste personuppgifter behandlas konfidentiellt för att skydda personens identitet. Lagen om etisk prövning (SFS 2003:460) har som syfte att skydda den enskilda människan och respekten för människovärde vid forskning. Inget resultat har medvetet förvanskats för att passa syftet med denna studien. Översättning från engelska till svenska har gjorts med försiktighet för att bibehålla innebörden.

## **Resultat**

Efter artikelanalys och kodning framkom sex underkategorier som formade två huvudkategorier. Underkategorierna: *ångest, skam, den dagliga kampen*. Formade huvudkategori: *Attack på livet*. Underkategorierna: *Känslan att hantera vardagen, Känslan av kontroll, Upplevelsen att övervinna begränsningar*. Formade huvudkategori: *Hantera livet*.

### **Attack på livet**

Andnöd upplevs som multidimensionell och subjektiv. I denna första kategori presenteras tre underkategorier som belyser upplevelser med negativ inverkan på livet.

#### **Ångest**

Ångest var ett av de vanligaste och mest obehagliga upplevelser vid andnöd. Patienterna beskrev hur ångest kunde vara närvarande och orsaka själva andnöden (Ahmadi, Månsson, Lindblad, & Hildingh, 2014; Al-Gamal & Yorke, 2014; Gysels och Higginson, 2011; Hallas, Howard, Theadom & Wray, 2012; Henschel, Bergman & Danielsson, 2008; Henschel, Bergman, Gustafsson, Gaston-Johansson & Danielson, 2008; Simon et al. 2013; Walthall, Jenkinson och Boulton, 2017). Patienterna förklarade ångesten som en obehaglig känsla och som en tyngd över bröstet (Hallas et al. 2012; Henschel et al. 2008a; Henschel et al. 2008b; Walthall et al. 2017). Vidare förklarade Al-Gamal och Yorke (2014), Gysels och Higginson (2011) och Henschel et al. (2008b) att patienterna även hade ångest på grund av hur andnöd påverkade deras livssituation.

Vidare förklarade Ahmadi et al. (2014), Al-Gamal och Yorke (2014), Gysels och Higginson (2011), Hallas et al. (2012), Henoch et al. (2008a); Henoch et al. (2008b), Simon et al. (2013) och Walthall et al. (2017) att oro var en vanlig upplevelse vid andnöd. Patienterna kände oro för sitt eget liv, för sin sjukdom samt oro för anhöriga. Ahmadi et al. (2014), Al-Gamal och Yorke (2014), Gysels och Higginson (2011), Hallas et al. (2012), Henoch et al. (2008a), Henoch et al. (2008b), Simon et al. (2013) och Walthall et al. (2017) förklarade att patienterna beskrev sig själva som mer oroliga efter första gången de upplevde andnöd. Vissa patienter skildrade sin oro genom att ta upp alla rädslor som kretsade kring sin andnöd. Gysels och Higginson (2011); Simon et al. (2013); Walthall et al. (2017) Visade att patienterna var oroliga för framtiden och hur livet skulle sluta. De var även oroliga för att dö av andnöd.

Tillsammans med ångest och oro var panik en upplevelse som förekom hos patienter som led av andnöd. Patienterna kopplade uppkomsten av panik till förlorad kontroll över situationen och rädsla för att dö (Ahmadi et al. 2014; Al-Gamal & Yorke 2014; Gysels & Higginson 2011; Hallas et al. 2012; Henoch et al. 2008a; Simon et al. 2013; Walthall et al. 2017). Panik var en faktor som gjorde att andnöden förvärrades. Panikkänslan innebar också att patienterna uppsökte sjukvården (Gysels & Higginson 2011; Simon et al. 2013; Henoch et al. 2008a). Ilska eller frustration över situationen gjorde att andnöden förvärrades vilket bidrog till att skapa panikkänslor (Al-Gamal & Yorke 2014; Hallas et al. 2012; Henoch et al. 2008a).

Hallas et al. (2012), Henoch et al. (2008a) och Walthall et al. (2017) påpekade att andnöd kunde upplevas som en kvävningsskänsla, en kamp för att kunna andas och som att långsamt kvävas. Upplevelsen av att inte kunna andas skapade dödsångest. Gysels och Higginson (2011), Henoch et al. (2008a) och Simon et al. (2013) visade att patienterna uttryckte att de kände dödsångest när situationen inte längre gick att kontrollera. När patienterna inte fick någon luft fanns det bara tankar om döden. Patienter reflekterade ofta över hur livet skulle sluta. Dödsångesten hade stor inverkan på patienternas liv och på det sätt patienterna hanterade och såg på sin framtid (Hallas et al. 2012; Henoch et al. 2008a; Simon et al. 2013; Walthall et al. 2016).

## Skam

Skam var något som patienterna kände och upplevde i sitt dagliga liv. Den grundade sig i att omgivningen uttryckte att patienten själv åsamkat sig sjukdomen med hur de levt sina liv (Ahmadi et al. 2014; Gysels & Higginson 2008; Henoch et al. 2008a; Simon et al. 2013; Walthall et al. 2016). Ahmadi et al. (2014), Henoch et al. (2008a) och Walthall et al. (2017) uttryckte att skam påverkade livet med andnöd negativt. Skammen gjorde att patienterna själva valde att inte delta i sociala sammanhang. I kontakt med sjukvården upplevde patienterna skam över sin andnöd på grund av att de kände att representanter för sjukvården slutade lyssna när de fick veta att en patient hade varit rökare. Utifrån journalanteckningar hade sjukvårdspersonalen redan bildat

sig en uppfattning om patienterna (Gysels & Higginson 2011; Gysels & Higginson 2008).

### Den dagliga kampen

Många patienter upplevde begränsningar i vardagen. Det blev påtagligt då andnöden gjorde att patienterna inte klarade av att utföra sysslor de normalt kunnat utföra (Henocho et al. 2008a; Henocho et al. 2008b; Simon et al. 2013; Walthall et al. 2017). Flera patienter beklagade sig över att de inte orkade med mycket i hemmet. Vissa klarade nätt och jämt av att ta sig upp för en trappa medan andra inte orkade ta hand om sitt eget hus eller sin trädgård. Patienterna beskrev att det till och från var en kraftansträngning att inta en måltid på grund av andnöden (Al-Gamal & Yorke 2014; Gysels & Higginson 2011; Henocho et al. 2008a; Walthall et al. 2017). Al-Gamal och Yorke (2014), Simon et al. (2013) och Walthall et al. (2017) visade också problem med att sköta sin hygien. Patienterna undvek aktiviteter och sysslor som de visste kunde orsaka andnöd. Andra patienter undvek fysisk aktivitet helt och hållet då rädslan över att drabbas av andnöd. Al-Gamal och Yorke (2014) och Henocho et al. (2008a). Flera patienter upplevde konstant lufthunger och att man ständigt levde med andnöden. Andra patienter beskrev andnöd som en påminnelse av grundsjukdomen. Eftersom andnöd kunde bryta ut när som helst och utan förvarning, kände patienterna att de var maktlösa eftersom de inte längre hade kontroll över sina liv (Gysels & Higginson 2011; Gysels & Higginson 2008; Henocho et al. 2008a; Simon et al. 2013; Walthall et al. 2016).

Ahmadi et al. (2014), Gysels och Higginson (2011), Henocho et al. (2008b) och Walthall et al. (2017) visade att patienterna upplevde sin återhämtning som begränsad. Andnöden påverkade sömnen negativt och att det ofta var svårt att somna. Andnöden framkallade mardrömmar vilket skapade en rädsla att somna. På grund av problem med sömnen blev de dagliga rutinerna tyngre och besvärligare att utföra. Henocho et al. (2008a) och Henocho et al. (2008b) belyste att patienterna kände en konstant trötthet och vissa drabbades av utmattning.

### Hantera livet

I denna andra kategori presenteras tre underkategorier som fokuserar på hur patienten hanterar sina upplevelser av andnöd.

#### Känslan att hantera vardagen

Hallas et al. (2012) och Walthall et al. (2017) visade att patienter som upplevde kontroll i sina liv, kände en hanterbarhet av att leva med andnöd. En del av patienterna fann det tryggt med förhållningssättet att inte låta andnöden ta kontroll över deras liv. Hallas et al. (2012), Simon et al. (2013) och Walthall et al. (2017) menade att förmågan att hålla

sig lugn när andnöd uppstod var avgörande för hanteringen av upplevelsen. Patienterna skapade själva verktyg för att hantera upplevelserna vid andnöd. Ahmadi et al. (2014), Gysels och Higginson (2011), Gysels och Higginson (2008) och Walthall et al. (2017) beskrev att patienterna som nådde en acceptans kring sin sjukdom och dess inskränkningar hade lättare att finna ro i sin nya situation och göra nödvändiga förändringar. Efter hand blev andnöden en vana, det onormala blev det normala. Ahmadi et al. (2014) och Henoch et al. (2008a) förklarade att patienterna fick ett nytt sätt att se på livet. Patienterna sköt inte upp saker de ville göra. Livet upplevdes som skört.

### Känslan av kontroll

Gysels och Higginson (2011) och Henoch et al. (2008a) belyste vikten av andningsträning. Enligt patienterna som deltagit i gruppmöten om sin andnöd, kunde de inhämta information och tips om hur vissa andningstekniker hjälpte till att återfå kontrollen över andnöden. Flera patienter förklarade att om de kunde fokusera på sin andning och lära sig att andas rätt var inte upplevelsen av andnöd lika skrämmande. Andra patienter berättade om hur de lärde sig kontrollera sin andnöd med hjälp av aktiv andningsträning. Ahmadi et al. (2014), Henoch et al. (2008a) och Walthall et al. (2017) uppmärksammade hur patienter kunde uppskatta fysisk aktivitet även om andnöden ständigt gjorde sig påmind. Patienter påpekade att mental och fysisk träning ansågs viktig för att inte andnöden skulle försämrats.

Att sätta upp mål och klara av fysiska aktiviteter fick patienterna att känna sig mer positiva i sin livssituation. I artiklarna visade Gysels och Higginson (2011), Hallas et al. (2012) och Walthall et al. (2017) att det var viktigt att kunna återta kontrollen då andnöden väl bröt ut. Flera patienter som levt med andnöd en längre tid förklarade att de lärt sig ta kontroll över sin andnöd genom att stanna upp och lugna ned situationen för att sedan återfå normal andning. Ofta handlade det om att känna av situationen och inse att attacken inte var livshotande. Andra patienter nämnde olika coping-strategier som handlade om att lindra upplevelserna av andnöd. Sådana exempel var att sitta i korsdrag, gå ut i frisk luft, sitta framför en fläkt, andas på rätt sätt och lära känna situationen.

### Upplevelsen att övervinna begränsningar

Ahmadi et al. (2014), Henoch et al. (2008a) och Walthall et al. (2017) belyste vikten av hur planering av vardagslivet hjälpte till att hantera andnöd och dess begränsningar. Genom att planera dagen utefter sina resurser var det enklare att ta sig an vardagliga uppgifter. Genom att planera in vila före en fysiskt påfrestande aktivitet kunde situationen hanteras bättre. I artiklarna Hallas et al. (2012), Henoch et al. (2008a) och Walthall et al. (2017) poängterades att det var viktigt för patienterna att lära känna sin sjukdom. Flera patienter förklarade att när de lärt känna sina fysiska begränsningar kunde de enklare undvika andnöd. Andra patienter införskaffade kunskap om andnöd och i vilka situationer den uppstår. Det gjorde det lättare att förbygga dessa situationer.

Ahmadi et al. (2014), Gysels och Higginson (2011), Henocho et al. (2008a) och Walthall et al. (2017) belyste att anpassningen till andnöden var bra för ökad livskvalitet hos patienterna. I de flesta fallen handlade anpassningarna om sysslor som skulle utföras i vardagen. Det kunde till exempel vara att utveckla nya vanor som inte krävde lika mycket fysisk ansträngning. Dessa kunde vara att gå ner i arbetstid eller byta arbete och att använda sig av hjälpmedel för att skapa en mer bekväm situation. Ahmadi et al. (2014), Gysels och Higginson (2011) och Henocho et al. (2008a) menade att i och med att andnöd utvecklas och försvåras långsamt upplevde patienterna att det var relativt enkelt att anpassa sig. Patienterna tyckte också att det var viktigt att anpassa sig för att behålla en för dem god livskvalitet Vilket bland annat betydde att inte bli fysiskt och socialt passiv.

## Diskussion

I de följande styckena förs ett resonemang om metod och resultat.

### Metoddiskussion

Kvalitetsindikatorer att uppmärksamma är bekräftelsebarhet, pålitlighet, trovärdighet och överförbarhet, vilket resulterar i en vetenskaplig grund och kvalitet (Henricson, 2012). Studien har regelbundet kritiskt granskats av handledare och kurskamrater vid regelbundna seminarierträffar vilket gör att studiens trovärdighet och pålitlighet ökar (Forsberg & Wengström, 2016).

En sökning av litteraturen genomfördes för att först få en översikt över tillgängligheten av forskningsmaterialet. När sökningen hamnade på en hanterbar nivå lästes alla titlar och alla de som inte relaterade till syftet gallrades bort. Artiklar kan ha missats då ibland titeln inte speglar resultatet. Abstrakten av de som kvarstod lästes och ställdes mot syftet (Wallengren & Henricsson, 2012). Sökningen av litteraturen utfördes via tre databaser (Cinahl, PubMed & PsycINFO). Valet av dessa databaser baserades på att de är mest relevanta till frågeställningen. Med anledning av sökningarna i tre databaser breddades sökningen vilket resulterade i ett större antal träffar av relevant forskning vilket i sin tur ökar studiens trovärdighet (Karlsson, 2012).

I databaserna PubMed och PsycINFO användes Ämnesordet *dyspnea* i samtliga sökningar tillsammans med *experience* (fritext) och *patient* (fritext). Genom användning av booleska termen AND kunde synonymer inkluderas för att finna relevant forskning. I databasen CINAHL användes fritext och den booleska termen AND och/eller OR (*dyspnea* OR *dysponea* OR *shortness of breath* OR *breathlessness* AND *experience* AND *patient*). Kombinationerna gjorde sökningen mer inriktad och fokuserad på syftet med studien vilket kan antas öka pålitligheten (Karlsson, 2012). En svaghet kan vara att sökningen inte är identisk för samtliga tre databaser då Cinahl använde sig av förvalda synonymer i fritext. En styrka kan ses i att de andra databaserna identifierades dubletter. En styrka med fritext kan vara att forskningsmaterialet i



sökningen breddas och blir mer omfattande (Forsberg & Wengström, 2016). När den systematiska litteratursökningen var genomförd utfördes en sekundärsökning i referenslistorna av redan funna vetenskapliga artiklar. Avsikten var att finna relevant forskningsmaterial utanför den systematiska sökningen (Forsberg & Wengström, 2016). Bortsett från funna dubletter hittades två artiklar som passade till studiens syfte och föll inom ramen för inklusionskriterierna.

Genom att använda inklusions- och exklusionskriterier kunde aktuell forskning identifieras. Databassökningen hade fokus på upplevelsen av andnöd och därför valdes att öka tidsspannet från fem till tio år. Motivet var att sökningen på fem år gav för få vetenskapliga artiklar för att styrka resultatet. Forskning om upplevelsen av andnöd föreföll inte ha ändrats över tid vilket kan ses som en styrka trots inkluderade resultatartiklar som är tio år gamla. Anledningen till att personer under 18 år exkluderades var att en sådan upplevelse kan vara svår att beskriva för ett barn eller ungdom, notera att sökningen i databasen PubMed begränsar åldern från 19 år och uppåt istället för 18 år och uppåt. Samtliga vetenskapliga artiklar skulle vara skrivna på engelska vilket kan ses som en svaghet då översättning från ett språk till ett annat ger utrymme för feltolkningar. För att öka trovärdigheten av studiens resultat lästes resultatartiklarna först var för sig och sedan tillsammans för att minska risken för feltolkningar vid översättning. I bearbetningen av de vetenskapliga artiklarna kunde det uppstå en känsla av att det svenska språket är svagt i jämförelse med det engelska språket. Det finns fler beskrivande ord i det engelska språket. Då sökningen inkluderade upplevelse verkar det som att det svenska språket inte räckte till. För att minska risken av feltolkningar användes ordbok och översättningarna diskuterades tills koncensus uppnåtts.

De nio resultatartiklarna granskades med hjälp av Carlsson och Eiman's bedömningsmall. Samtliga artiklar erhöll grad ett av tre där ett var av högsta kvalitet, vilket ses som god vetenskaplig kvalitet (Carlsson & Eiman, 2003). Då vi har begränsad erfarenhet av att granska de vetenskapliga artiklar noterades en brist som kan ha påverkat studiens trovärdighet eftersom kvalitetsgranskning är av betydelse för att undvika artiklar som inte håller tillräcklig vetenskaplig kvalitet. De vetenskapliga artiklarna granskades först var för sig för att sedan granskas och diskuteras tillsammans. Avsikten var att begränsa en eventuell felbedömning av artikelns vetenskapliga kvalitet. Detta kan öka trovärdigheten av studiernas kvalitet. (Wallengren & Henriesson, 2012).

Samtliga resultatartiklar är kvalitativa vilket ses som en styrka i studien då kvalitativ forskning beskriver fenomenet. Två av de vetenskapliga artiklarna presenterar delar av sitt resultat i tabeller eftersom dessa är förutbestämda svarsalternativ. Det kan ses som en svaghet då patienternas subjektiva uppfattningar inte speglas lika väl i sammanställda data. Studierna som inkluderats i resultatet är gjorda i Sverige, Storbritannien, Nya Zeeland, Jordanien och Tyskland. Då forskningen är tagen från

olika delar av världen kan en svaghet vara överförbarhet till svensk kultur och sjukvård. Däremot gav det variation åt fenomenets olika sidor, vilket kan stärka analysen och därmed resultatet.

Värt att notera är att det kan finnas en svaghet i studien då en del av de meningsbärande enheterna möjligen delvis kunde kopplas till fler än en underkategori. Då en upplevelse av andnöd är komplex och kan kopplas ihop med andra upplevelser blir det svårt att identifiera exakta subkategorier.

## **Resultatdiskussion**

Resultatet kom att bilda sex subkategorier vilket resulterade i två huvudkategorier: Attack på livet och hantera livet.

### **Attack på livet**

Denna kategori handlade om ångest, panik och kvävningsskänsla men även om sjukvårdens brist på kunskap om andnöd. Patienter som ständigt levde med andnöden upplevde mycket ångest och frustration över hur de skulle kunna fortsätta sina liv. Skam och utanförskap var gemensamt för många av dem som led av andnöd. Skammen över att andnöden eller att grunden till andnöden var självförvållad var en känsla som många upplevde, framförallt i kontakten med sjukvården. Patienter upplevde att sjukvårdspersonalen förstärkte skammen. Det strider mot sjuksköterskans etiska kod där bland annat främja hälsa och lindra lidande är två grundpelare. Tidigare forskning tar upp att vårdens bemötande kunde skapa en upplevelse där patienten känner maktlöshet och skam. Forskningen visade att vården i dessa möten skapade en ojämn maktfördelning som strider mot ett personcentrerat förhållningssätt (Kvangarsnes et al. 2013). Något som påpekades i resultatet var sjukvårdens vana att förlita sig på det som stod i journalen. Av den anledningen missade personalen att undersöka vad patienten tyckte och upplevde inför undersökningar och behandlingar. Forskning visar att patienter som får personcentrerad vård känner sig lugnare och tryggare (Alharbi et al. 2014). Jensen et al. (2013) styrker att personcentrerad vård innebär att sjuksköterskan och patienten tillsammans skapar en jämlik relation där patienten är delaktig i vården.

Även livet i hemmet påverkades av patientens sjukdom i och med att sysslor inte kunde utföras på vanligt sätt. Patienterna uttryckte en känsla av hjälplöshet och att de kände sig värdelösa. Barnett, (2005) styrker detta och förklarar att patienter med andnöd upplever att de har förlorat sin roll inom familjen och intimitet i personliga relationer.

Studiens resultat visar att andnöd förknippas med många upplevelser men det är inte enbart i den akuta fasen utan livet i stort som blir begränsat. Det är stora och komplexa upplevelser som ger sig tillkänna vid andnöd. Dessa känslor finns konstant hos personen och inte bara i andnödsattackerna. Kvarvarande känslor är ofta ångest, dödsångest, oro och skam. I vardagen finns upplevelser som inskränkningar av

vardagslivet, begränsad återhämtning och uppgivenhet, utöver de redan nämnda. Dessa gör att vardagen och det sociala livet blir begränsat vilket i sin tur försämrar livskvaliteten. Gysels och Higginson (2010) styrker detta genom att förklara att vården i hemmet är otillräcklig. Patienterna upplevde att vården inte gav dem det stöd som de behövde för att klara av vardagen. Vidare menar Gysels och Higginson (2010) att patienterna kände sig uppgivna och frustrerade gentemot att sjukvården som inte kunde bistå med lösningar på vardagliga problem eller svara på frågor. Det var som att livet måste anpassas efter andnöden och andnöden inte gick att anpassa efter livet.

I resultatet framkom att dödsångest var närvarande i många patienters liv. En ständig oro över att detta är det sista andetaget fick många att uppleva dödsångest i den akuta fasen av andnöd. Mot bakgrund av detta är personcentrerad vård av yttersta vikt för patienter. Det kan emellertid vara svårt att se patienten i hela sin livssituation, något som vården kan ha svårt med när det kommer till andnöd. Sjukdomen ses före personen och om sjukdomen anser sig vården veta bäst (Kvangarsnes, Torheim, Hole, & Öhlund, 2012).

Tidigare forskning visar att sjuksköterskornas fokus låg mycket på den akuta fasen av andnöden. De var medvetna om att patienten upplevde ångest och panik (Kvangarsnes et al. (2012). Resultatet beskriver dock att patienter upplevde många fler känslor och att sjukvården generaliserade patienternas upplevelser.

### Hantera livet

Många hittade strategier för att hantera sin andnöd och uppleva livskvalitet. Känslan av kontroll var en del av att hantera sin andnöd. Många patienter försökte förklara att kontroll var något som behövdes för att hantera livet i sin helhet och inte bara andnöden. En acceptans av sjukdomen och att detta är livet jag lever, skapade motivation att hitta strategier. I vården med ett personcentrerat förhållningssätt var det tydligt att patienterna upplevde en bättre vård (Jensen et al. 2013). Dessa vårdmiljöer skapar grupper och utbildningar om andnöd. Detta skapade en trygghet att möta människor i samma situation som patienten själv.

Att träna sin andning och känna igen symtom på att andnöden var i antågande upplevde många lindra oron över livet med andnöd. I många fall kände patienterna hur förmågan att hålla sig lugn påverkade hanteringen av andnöden positivt då det gav dem kontroll. Dock menar Higginson och McCarthy (1989) att för både patienter och sjukvårdspersonal är andnöd en skrämmande och stressande upplevelse där det tar tid att lära sig att hantera symtomet. Då är personcentrerad vård ett alternativ som kan bidra till utvecklandet av en bra hantering av andnöd. Alharbi et al. (2014) visar att personcentrerad vård kan hjälpa patienten att känna sig lugn och trygg vilket är en bra utgångspunkt för att lyckas med hanteringen av andnöd och dess upplevelser samt för att få ökad kontroll över livssituationen.

Resultatet visar att själv hitta verktyg för att hantera sin upplevelse av andnöd var för många patienter en stor del i att hantera sitt liv. Efter att ha lärt känna sin andnöd upplevdes det onormala som det normala. De började leva på ett annat sätt. Vissa tyckte att livet på ett sätt blev rikare då de inte sköt upp saker de ville göra. Det uttrycktes i att livet är skört och att inte veta hur länge orken varar.

Att vara fysisk aktiv var för många skrämmande då det kunde trigga andnöd. Dock visade resultatet att fysisk aktivitet många gånger var nödvändigt för att inte andnöden skulle förvärras. Att vara aktiv och utföra fysiska aktiviteter var något som ofta stärkte patienterna. Det byggde upp självförtroendet genom att de klarade vissa aktiviteter som de tvivlat på själva. Att sätta upp mål och klara av att nå dessa var något som patienterna kände stärkte deras självkänsla.

I tidigare forskning påvisar Alharbi et al. (2014) att patienterna blir mer inaktiva på grund av att vårdandet av patienterna ses som ett för tungt och för utmanande arbete av sjukvårdspersonal. Patienterna benämner vården som otillräcklig och att den inte ser till patientens bästa. Enligt Malik et al. (2013) är vårdandet av patienter med andnöd något som är betungande för den personal som vårdar. Vårdaren undviker att utföra den vård som patienterna kräver för att öka deras livskvalitet på grund av patientens svåra begränsningar och sociala utanförskap. Malik et al. (2013) fortsätter att förklara hur vårdare undviker större fysiska aktiviteter då de känner sig otillräckliga om patienten skulle drabbas av andnödsattack vilket skapar en inaktivitet och en negativ utveckling av hanteringen av andnöden. Enligt den personcentrerade vården ska patienten själv vara med och planera samt sätta upp mål tillsammans med vårdpersonalen. Detta skapar tillit och en känsla av att vården inte inskränker på personens integritet och självbestämmande (Alharbi et al. 2014).

Kvangarsnes et al. (2013) visar att tidigare forskning tar upp upplevelsen av andnöd som unik för varje individ och hur de hanterar andnöden. Både resultat och tidigare forskning visar att miljö, stöd och tidigare erfarenheter av andnöd är avgörande för att patienterna ska kunna hantera sin andnöd. Kategorin att hantera livet visar hur patienter som lider av andnöd kan uppnå livskvalitet trots andnödens inskränkningar. Detta tillsammans med personcentrerad vård kan göra det möjligt att lindra lidande och öka livskvaliteten.

## **Konklusion**

Denna allmänna litteraturstudie har belyst patientens upplevelse av andnöd. I resultatet redovisades en rad hinder som förekom i patientens vardag. Dessa kunde bestå i att patienten inte vågade eller kunde ta sig an uppgifter som var fysiskt påfrestande, eller på grund av patientens rädsla för att andnöd kunde drabba denne utan förvarning. Eftersom patienterna var begränsade både psykiskt och fysiskt framkom också upplevelser av utanförskap och skam. Sjukvården var en av orsakerna till att patienterna upplevde skam. Personalen generaliserade patienterna genom antagandet att

patienterna var ansvariga för sin andnöd och gav dem således inte den vård de behövde eller hade rätt att få. Patienterna upplevde att vården var otillräcklig och att personalen bortsåg från faktorer som hade varit till fördel för patienten. De angav att vården misslyckades i sitt uppdrag att bidra med skapandet av trygghet och att följa upp patienten i hemmet. Efter diagnostiseringen av lungsjukdom med andnöd som följd upplevde patienterna dålig uppföljning av sjukvården då de inte fick stöttning i sin begränsade vardag.

Utanförskap upplevdes då patienterna kände sig otillräckliga i hemmet, inte kunde delta i sociala aktiviteter eller på grund av förlorad social intimitet. Resultatet visar också att patienterna upplever någon typ av ständig oro, något som alltid finns i tankarna och som får patienterna att se negativt på framtiden. Dessa upplevelser, som sker utanför den akuta fasen, är minst lika viktiga att uppmärksamma. Resultatet belyser nämligen att patienterna lider av konsekvenserna av sin andnöd dygnet runt i och med att den påverkar patientens hela livsvärld. En mer positiv del av resultatet visar hur patienter lärde sig att hantera sin andnöd genom att inhämta kunskap, delta i stödgrupper och kunde på så sätt återta kontroll över sitt liv. Genom att familj och vänner fick reda på patientens begränsningar och problem med andnöd var det lättare att finna sig i de sociala och fysiska begränsningarna. Patienter kunde lära sig att andas på rätt sätt och undvika andnöd genom andningsträning och fysisk aktivitet. Dock upplevde patienterna brister i vården då de inte fick information om detta vid vårdtillfället. Erfarenhet var en viktig faktor som hjälpte patienterna att undvika andnöd. Genom att planera dagen och göra det onormala till det normala, kunde patienterna se ljusare på framtiden.

## **Implikation**

Personer som lider av andnöd önskar att hälso- och sjukvårdspersonal ska visa hänsyn, lyssna samt lämna utrymme för möjligheten att skapa ett gott vårdande. Sjukvårdens förutfattade meningar tillsammans med okunskap ledde till oförståelse och brister i omvårdnaden. En ökad kunskap och undervisning om det som patienten upplever på grund av andnöd, vore på sin plats eftersom patientens hela livsvärld är påverkad. Detta tillsammans med en personcentrerad vård kan skapa trygghet och utrymme för att patienten ska kunna delta och lära sig om sitt symtom för att enklare kunna hantera och leva sitt liv på ett värdigt sätt. Fortsatt forskning om hur sjukvården ska bemöta personer med andnöd behövs.

## Referenser

- \*Ahmadi, N., Månsson, J., Lindblad, U. & Hildingh, C. (2014). Breathlessness in everyday life from a patient perspective: A qualitative study using diaries. *Palliative and supportiv care*, 12, 189-194. Doi:10.1017/S1478951512001095
- \*Al-Gamal, E & Yorke, J. (2014). Perceived breathlessness and psychological distress among patients with chronic obstructive pulmonary diseases and their spouses. *Nursing and health sciences*, 16, 103-111. doi: 10.1111/nhs.12073
- Alharbi, T., Carlström, E., Ekman, I., Jarneborn, A & Olsson L-E. (2014) Experiences of person-centred care - patients' perceptions: qualitative study. *BMC Nursing* 2014, 13:28, doi:10.1186/1472-6955-13-28
- Almås, H., Bakkellund, J., Thorsen, B-H & Dichmann Sorknaes, A. (2011). *Omvårdnad vid lungsjukdomar*. I H. Almås., D-G. Stubberud., R. Grönseth. (Red.), *Klinisk omvårdnad*, (s. 105-161). Stockholm: Liber.
- Barnett, M (2005) Chronic obstructive pulmonary disease: a phenomenological study of patients experiences. *Journal of clinical Nursing* 14, 805-812. doi: 10.1111/j.1365-2702.2005.01125.x
- Bryman, A. (2011) Del 1. *Att komma i gång - litteraturgenomgång*. Samhällsvetenskapliga metoder. Stockholm: Liber.
- Carlsson, S., & Eiman, M. (2003). *Evidensbaserad omvårdnad- studiematerial för undervisning inom projektet "evidensbaserad omvårdnad- ett samarbete mellan universitetssjukhuset MAS och Malmö högskola"* (Rapport nr. 2). Malmö: Fakulteten för hälsa och samhälle, Malmö högskola.
- Charles, M., Reymond, L & MCouns Israel, F. (2008) *Relief of incident dyspnea in palliative cancer patients: A pilot, randomized, controlled trial comparing nebulized hydromorphone, systemic hydromorphone, and nebulized saline*. *Journal of pain and symptom management*. 36 (1) 29-38. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2007.08.016
- Ding, B., DiBonaventura, M., Karlsson, N., Bergström, G. & Holmgren, U. (2017). A cross-sectional assessment of the burden of COPD symptoms in the US and Europe using the National Health and Wellness Survey. *International journal of COPD*, 2017:12, 529-539 doi:10.2147/COPD.S114085
- Ericson, E & Ericson, T (2012). *Vård vid lungsjukdomar*. Medicinska sjukdomar (s. 319-360). Lund: Studentlitteratur

- Friberg, F. (2012). *Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning*. Dags för uppsats – Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten (s. 121-132). Lund: Studentlitteratur.
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2016). *Att göra systematiska litteraturstudier* (4:e uppl.). Stockholm: Natur och kultur.
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2016). *Att värdera kvalitativ forskning*. Att göra systematiska litteraturstudier. Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning (s. 117-147). Stockholm: Natur & Kultur.
- Graneheim, U-H., Lundman, B. (2004). *Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness*. Nurse education today, 24, 105-112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Gysels, M. & Higginson, I. (2010). *The experience of breathlessness: The social course of chronic obstructive pulmonary disease*. Journal of Pain and Symptom Management, 39, 555-563. doi:10.1016/j.jpainsymman.2009.08.009
- \*Gysels, M. & Higginson, I. (2011) The lived experience of breathlessness and its implications for care: a qualitative comparison in cancer, COPD, Heart failure and MND. BMC palliative care, 10 (15), 1-10. Doi: 101186/1472-684X/10/15/prepub
- \*Gysels, M. & Higginson, I. (2008). Access to service for patients with chronic obstructive pulmonary disease: the invisibility of breathlessness. Journal of pain and symptom management, 36 (5), 451-460. Doi:10.1016/j.jpainsymman.2007.11.008
- \*Hallas, N, C., Howard, C., Theadom, A. & Wray, J. (2012). Negative beliefs about breathlessness increases panic for patients with chronic respiratory disease. Psychology, Health & Medicine, 17, (4), 467-477 Doi: 10.1080/13548506.2011.626434
- \*Henoch, I., Bergman, B. & Danielsson E (2008a). Dyspnea experience and management strategies in patients with lung cancer. Psycho-oncology, 17, 709-715. Doi: 10.102/pon.1304
- \*Henoch, I., Bergman, B., Gustafsson, M., Gaston-Johansson, F & Danielson, E. (2008b). Dyspnea experience in patients with lung cancer in palliative care. European Journal of Oncology Nursing, 12, 86-96. doi: 10.1016/j.ejon.2007.09.006
- Henricson, M. (2012). Diskussion. I M. Henricson (Red.), Vetenskaplig Teori och Metod: från idé till examination inom omvårdnad (s. 471-479). Lund: Studentlitteratur AB

- Higginson, I & McCarthy, M. (1989). Measuring symptoms in terminal cancer: are pain and dyspnoea controlled? *Journal of the royal society of medicine.* 82 (5), 264–267. PMC1292128
- International Council of Nurses, I. (2014). *ICN: CODE OF ETHICS FOR NURSES.* Geneva: International Council of Nurses.
- Jensen, A., Vedelö, T & Lomborg, K. (2013). *A patient-centered approach to assisted personal body care for patients hospitalised with chronic obstructive pulmonary disease.* *Journal of clinical nursing.* 22, 1005-1015. doi: 10.1111/jocn.12050
- Karlsson, E, K. (2012). Informationssökning. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig Teori och Metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 95-113). Lund: Studentlitteratur AB
- Kvangarsnes, M., Torheim, H., Hole, T. & Öhlund, L. (2013). Narratives of breathlessness in chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Clinical Nursing,* 22, 3062- 3070. doi:10.1111/jocn.12033
- Kvangarsnes, M., Torheim, H., Hole, T. & Öhlund, L. (2012). Intensive care unit nurses` perceptions of patient participation in the acute phase of chronic obstructive pulmonary disease exacerbation: an interview study. *Journal of Advanced Nursing,* 69, 425-434. doi:10.1111/j.1365-2648.2012.06021.x
- Lok, Chan Wing. (2016). *Management of breathlessness in patients with advanced cancer: A narrative review.* *American journal of hospice & palliative medicine,* 33, 286-290. doi: 10.1177/1049909114554796
- Malik, F., Gysels, M & Higginson, I (2013). *Living with breathlessness: A survey of caregivers of breathless patients with lung cancer or heart failure.* *Palliative Medicine,* 27 (7), 647-656. doi: 10.1177/0269216313488812pmj.sagepub.com
- Nicolaysen, G & Holck, P. (2014) *Respiration.* *Anatomi och Fysiologi* (s. 173-192). Lund: Studentlitteratur
- Parshall, M., Schwartzstein, R., Adams, L., Banzett, R., Manning, H., Bourbeau, J., Calverley, P., Gift, A., Harver, A., Lareau, S., Mahler, D., Meek, P & O'donnell, D. (2012). An Official American Thoracic Society Statement: Update on the Mechanisms, Assessment, and Management of Dyspnea. *American journal of respiratory and critical care medicine.* 184, 435-452. doi: <https://doi.org/10.1164/rccm.201111-2042ST>
- Reddy, SK., Parsons, HA., Elsayem, A., Palmer, JL., Bruera, E. (2009) *Characteristics and correlates of dyspnea in patients with advanced cancer.* *Journal of palliative medicine,* 12(1), 29-36. doi: <http://dx.doi.org.ezproxy.bib.hh.se/10.1089/jpm.2008.0158>



- SFS 2014:763. Patientlag. In Sveriges Riksdag (Ed.). Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 1998:204. *Personuppgiftslag*. Stockholm: Justitiedepartementet L6. Hämtad 20 oktober, 2017, från [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/personuppgiftslag-1998204\\_sfs-1998-204](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/personuppgiftslag-1998204_sfs-1998-204)
- SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet. Hämtad 5 oktober, 2017, från [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som\\_sfs-2003-460](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460)
- Simon, S., Bausewein, C., Schildmann, E., Higginson, I., Magnussen, H., Scheve, C & Ramsenthaler, C. (2013a). *Episodic breathlessness in patients with advanced disease: A systematic review*. Journal of pain and symptom management, 45, 561-578. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2012.02.022
- Simon, S., Higginson, I., Benalia, H., Gysels, M., Murtagh, F., Spicer, J & Bausewein, C. (2013b). *Episodic and continuous breathlessness: A new categorization of breathlessness*. Journal of pain and symptom management, 45, 1019-1029. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2012.06.008
- \*Simon, S., Higginson, I., Benalia, H., Gysels, M., Murtagh, F., Spicer, J & Bausewein, C. (2013). Episodes of breathlessness: Types and patterns - a qualitative study exploring experiences of patients with advanced diseases. Palliative Medicine, 27 (6), 542-532. doi: 10.1177/0269216212480255
- Thórarinsdóttir, K & Kristjánsson, K (2014). Patients' perspectives on person-centred participation in healthcare: A framework analysis. Nursing Ethics, 2, 129-147. doi: 10.1177/0969733013490593
- Saleem J Alharbi, T., Carlström, E., Ekman, I., Jarneborn, A & Olsson, L-E. (2014). Experiences of person-centred care - patients' perceptions: qualitative study. BMC Nursing, 13 (28), 1-9 doi: <http://www.biomedcentral.com/1472-6955/13/28>
- Wallengren, C., & Henricson, M., (2012). Vetenskaplig kvalitetssäkring av litteraturbaserat examensarbete. I M. Henricson (Red.), Vetenskaplig Teori och Metod: från idé till examination inom omvårdnad (s. 481-496). Lund: Studentlitteratur AB
- \*Walthall, H., Jenkinson, C. & Boulton, M. (2017). Living with breathlessness in chronic heart failure: a qualitative study. Journal of Clinical Nursing, 26, 2036-2044. Doi: 10.1111/jocn.13615

World Health Organization. (2014). *Chronic obstructive pulmonary disease*. Hämtad från: <http://www.who.int/respiratory/copd/en/>

World Medical Association. (2013). *Declaration of helsinki – ethical principles for medical research involving human subjects*. 64th WMA general assembly, Fortaleza, Brazil (Red). Hämtad från: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Tabell 1: Sökordsöversikt

Sökord	Cinahl	PubMED	PsycINFO
Andnöd	Dyspnea OR dyspnea OR shortness of breath OR breathlessness	Mesh Dyspnea*	Dyspnea (MH)
Upplevelse	patient experiences OR perceptions OR opinions OR attitudes OR views	Experience	Experience
Patient	Patient	Patient	Patient

Tabell 2: Sökhistorik

Datum	Databas	Sökord/Limits/ Boolska operatorer	Antal träffar	Läs ta abs trak t	Granskade artiklar	Resultat artiklar
20171003	Cinahl	<b>Sökord:</b> dyspnea OR dyspnea OR shortness of breath OR breathlessness (fritext) AND experience (fritext) AND patient (fritext) <b>Begränsningar:</b> Publicerade 2008- 01-01 - 2017-10-14. Bara vuxna 18-uppåt. Artiklar på engelska	169	54	18	7
20171003	PubMed	<b>Sökord:</b> dyspnea (heading) AND experience (fritext) AND patient (fritext) <b>Begränsningar:</b> Publicerade 2008- 01-01 - 2017-10-14. Bara vuxna 19-uppåt. Artiklar på engelska	184 (6*)	80	12	0
20171009	PsycINFO	<b>Sökord:</b> Dyspnea (heading) AND experience (fritext) AND patient (fritext) <b>Begränsningar:</b> Publicerade 2008- 01-01 - 2017-10-14. Bara vuxna 18-uppåt. Artiklar på engelska	34 (6*)	15	10	0
20171009	PubMed	<b>Manuell sökning</b>	2	2	2	2
Totalt			389	151	42	9

(\* avser dubletter)

Tabell 3: Artikelöversikt  
Artikel 1

<b>Referens</b>	Ahmadi, N., Månsson, J., Lindblad, U. & Hildingh, C. (2014). Breathlessness in everyday life from a patient perspective: A qualitative study using diaries. Palliative and supportive care, 12, 189-194. Doi:10.1017/S1478951512001095
<b>Land Databas</b>	Sverige Cinahl
<b>Syfte</b>	Att belysa patienter som var drabbade av andnöd och hur de upplevde det i sin vardag
<b>Metod: Design</b>	En kvalitativ studie med induktiv inriktning
<b>Urval</b>	Sexton deltagare, sju män och nio kvinnor. Deltagarna blev tillfrågade på sin ordinarie mottagning av sin ansvariga läkare. Inkluderingskriterierna var upplevd andnöd och vuxen. Exkluderingskriterierna var om det historiskt fanns malign sjukdom, demens eller panikångest
<b>Datainsamling</b>	Denna studie använde dagbok som verktyg för datainsamling. Deltagarna i studien skrev dagbok i sju dagar med samma två frågor varje dag. I början på studien så fick först 4 deltagare skriva dagbok och då märktes att inte längre än sju dagar var det rimligt att skriva dagbok. Forskarna rekommenderade att deltagarna fyllde i den på kvällen. Fråga 1: har du under dom senaste 24h upplevt andnöd eller känt dig sjuk av någon anledning? Har din sömn påverkats av andnöd? Beskriv hur du handskas med ditt dagliga liv? Fråga 2: Har du under dagen pratat med någon om ditt tillstånd eller har någon givit dig råd och vägledning? exempel anhörig, vänner, sjukvårdsrådgivning (telefon), sjuksköterska, farmaceut eller alternativ medicinare?
<b>Dataanalys</b>	Dagböckerna fick kodnamn så bara forskarna kände till identiteterna. Data analyserades genom att läsa dagböckerna upprepade gånger för att få en känsla om innehållet. Meningsbärare som var relevanta för syftet togs och kodades för att skapa kategorier. Alla forskare va delaktiga i analysen och diskussionen kring kategorierna tills dess alla va eniga. Forskarna använde Graneheim & Lundmann's verktyg för analysering av kvalitativa data.
<b>Bortfall</b>	Tjugo patienter tillfrågades och efter exkludering fick sexton patienter skriva dagbok.
<b>Slutsats</b>	I studien framkom att patienter i svår andnöd fann befrielse i andra aktiviteter än bara mediciner. Hobbys och fritidsaktiviteter var källor till rekreation och återhämtning. Här tas även upp att då patienter som lider av andnöd har olika möjligheter till aktivitet, måste den individanpassas. Styrkan med studien var att deltagarna uppmuntrades att skriva så mycket som möjligt i sina dagböcker. Svagheten som uttrycktes var att deltagarantalet ansågs som lite lågt och att under tidens gång så förlorade deltagarna focus på problemet.
<b>Vetenskaplig kvalitet</b>	Grad 1 (Carlsson & Eiman, 2003)

## Artikel 2

<b>Referens</b>	Al-Gamal, E & Yorke, J. (2014). Perceived breathlessness and psychological distress among patients with chronic obstructive pulmonary diseases and their spouses. <i>Nursing and health sciences</i> , 16, 103-111. doi: 10.1111/nhs.12073
<b>Land Databas</b>	Jordanien PsycINFO
<b>Syfte</b>	syftet med studien var att beskriva andnöd och dess inverkan på jordanska patienter med kronisk obstruktiv lungsjukdom och deras anhörigas upplevelser om patientens andnöd.
<b>Metod: Design</b>	Deskriptiv kross-sektionell jämförelse och korrelation design.
<b>Urval</b>	Deltagarna skulle vara gifta och leva ihop. Deltagarna skulle inneha diagnosen KOL samt lida av symtomet andnöd. Deltagarna skulle ha förmågan att läsa och förstå arabiska. Deltagarna skulle godkänna att vara med i studien.
<b>Datainsamling</b>	Data samlades in genom att använda sig av frågeformulär. Frågorna bestod av demografiska frågor, D-12 (skala för dyspnea) och HADS (Ångest och depression-skala) samt en generell hälsostatus fråga som översattes från engelska till arabiska. Data samlades in genom att översätta dem från arabiska till engelska med hjälp utav etablerade riktlinjer för översättning.
<b>Dataanalys</b>	All data skrevs in och analyserades av det statistiska programmet för social vetenskap (SPSS, version 16). Analysen gjord av programmet användes för att beskriva forskningen och deltagarnas respons i frågeformuläret. Ett t-test användes på enskilda formulär för att se skillnader mellan patienter och anhöriga.
<b>Bortfall</b>	Inget bortfall 67 patienter och 67 anhöriga deltog
<b>Slutsats</b>	Resultatet kommer att ha betydelse för vården och forskningen. Studien borde hjälpa sjuksköterskan och annan vårdpersonal att bättre förstå patienter och dess anhöriga hur det är att leva med andnöd som KOL patient. Data visar likheter med hur patienter och anhöriga upplever andnöd.
<b>Vetenskaplig kvalitet</b>	Grad 1 (Carlsson & Eiman, 2003)

## Artikel 3

<b>Referens</b>	Gysel, M. & Higginson, I. (2011) The lived experience of breathlessness and its implications for care: a qualitative comparison in cancer, COPD, Heart failure and MND. BMC palliative care, 10 (15), 1-10. Doi: 101186/1472-684X/10/15/prepub
<b>Land Databas</b>	Storbritannien PubMed
<b>Syfte</b>	Syftet med studien va att jämföra upplevelsen av andnöd mellan fyra sjukdomar
<b>Metod: Design</b>	Kvalitativ studie.
<b>Urval</b>	Totalt var det 48 deltagare med dom olika sjukdomarna: Cancer 10, COPD 18, hjärtsvikt 10 och MND 10 som upplevde dagliga problem med andnöd. Deltagarna var rekryterade från sin ordinarie kliniker på sitt sjukhus.
<b>Datainsamling</b>	Personliga och tvärsnittets interjuver plus observationer av deltagarna. deltagarna intervjuades i sina hem förutom två som ville komma till forskningscentret. Det var fördjupande och semi-strukturerade interjuver. Här följdes en ämnesguide med öppna frågeställningar för att kunna säkerställa att allt kom med. Intervjuerna bandades och skrevs sedan ner ordagrant. Alla utom två bandades, vid dessa två interjuver fördes detaljerade minnesanteckningar och skrevs ner i anslutning till interjuerna.
<b>Dataanalys</b>	Data lästes flera gånger för att kunna koda och kategoriseras efter relevansen till andnöd. Här användes NVivo för att koda. Likheter och olikheter sammanfördes i ett excel-ark för att göra det transparant mellan dom olika interjuerna. Länkarna mellan sjukdom och dom mer abstrakta kategorierna så räknade man frekvensen.
<b>Bortfall</b>	Inget
<b>Slutsats</b>	I studien kommer det fram till att upplevelsen av andnöd skiljer sig mellan olika sjukdomar. Här hittades även att bördorna kring andnöd var de samma i alla sjukdomar. Det visar att det behöver samarbetasinsatser bland alla som är inblandade i vården kring patienter som lider av andnöd.
<b>Vetenskaplig kvalitet</b>	Grad 1 (Carlsson & Eiman, 2003)

## Artikel 4

<b>Referens</b>	Gysels, M. & Higginson, I. (2008). Access to service for patients with chronic obstructive pulmonary disease: the invisibility of breathlessness. <i>Journal of pain and symptom management</i> , 36 (5), 451-460. Doi:10.1016/j.jpainsymman.2007.11.008
<b>Land Databas</b>	England Cinahl
<b>Syfte</b>	Att undersöka upplevelsen av andnöd för patienter med kronisk lungsjukdom och deras syn på mötet med sjukvården angående sin andnöd
<b>Metod: Design</b>	En kvalitativ studie baserad på grounded theory
<b>Urval</b>	18 COPD patienter valdes ut.
<b>Datainsamling</b>	Data samlades in via semi-strukturerade intervjuer. Forskarna hittade 14 patienter på mottagningar i innerstan och fyra patienter kom från husläkare. Patienter skulle uppleva daglig påverkan av andnöd. Alla utom två bandades och skrevs ner ordagrant efter intervjun. Dom två som inte bandades togs minnesanteckningar och i direkt anslutning till intervjun skrevs allt ner. Data samlades in så länge det framkom nya saker, när det bara blev upprepningar så kändes att all data tömts på innehåll.
<b>Dataanalys</b>	Data analyserades med hjälp av NVivo mjukvara. Forskarna ville hitta hypoteser grundade i data. Intervjuerna lästes flera gånger och kategoriserade meningsbärare och koder. När data från intervjuerna analyserades så fick forskaren som haft intervjun leda arbetet i att bestämma betydelsen av orden som deltagaren använt. Forskaren hade vid intervjun antecknat tonläge, ansiktsuttryck och kroppsspråk för att kunna redogöra ordets betydelse för deltagaren.
<b>Bortfall</b>	inget
<b>Slutsats</b>	Det framkom i studien att då många skäms över sin andnöd söker man inte hjälp för sina symtom. Sjukvården var även dålig på att vårda andnöd då det är komplext och subjektivt. Här tas det upp att andnöden är osynlig på tre olika sätt, den första är att andnöd inte syns utanpå då den märks först när patienten har ett anfall. Det andra är att patienten försöker aktivt dölja att det lider av andnöd, då det är ett tecken på allvarlig sjukdom. Det tredje som gör den osynlig är att sjukvården är dålig på att hantera symtomet, avsaknad av råd vid andnöd och avsaknad av medicinsk behandling.
<b>Vetenskaplig kvalitet</b>	Grad 1 (Carlsson & Eiman, 2003)



## Artikel 5

<b>Referens</b>	Hallas, N, C., Howard, C., Theadom, A. & Wray, J. (2012). Negative beliefs about breathlessness increases panic for patients with chronic respiratory disease. <i>Psychology, Health &amp; Medicine</i> , 17, (4), 467-477 Doi: 10.1080/13548506.2011.626434
<b>Land Databas</b>	New Zealand Cinahl
<b>Syfte</b>	Syftet var att belysa respiratoriska patienters upplevelser av andnöd och om det var kopplat till panik.
<b>Metod: Design</b>	En kvalitativ studie
<b>Urval</b>	Deltagarna var rekryterade från en lung-och hjärtmottagning i England. 120 personer kontaktades som en del i en större studie. 14 svarade och intervjuades för denna studien. Alla deltagare hade respiratoriska sjukdomar som gjorde att de kvalificerade sig för studien.
<b>Datainsamling</b>	Studien ställde öppna semi-strukturerade frågor om deltagarnas upplevelser av andnöd. Mer specifika frågor ställdes när det kändes relevant att fördjupa sig i ämnet som kom upp. Intervjuarna uppmanade att deltagarna skulle prata fritt om sina upplevelser kring andnöd.
<b>Dataanalys</b>	Interjuver analyserades med hjälp av Interpretative Phenomenological Analysis (IPA – Smith, jarman, & Osborn). Denna valdes för att den är induktiv och inte driven av en teori. Data lästes flera gånger och här plockades meningsbärare ut och koder ur varje intervju. I data tittades även på saker som var speciellt viktiga för deltagarna. Data analyserades fram till inget mer gick att få fram.
<b>Bortfall</b>	Fjorton interjuver genomfördes dock användes bara tolv, detta på grund av dålig kvalitet på inspelningarna.
<b>Slutsats</b>	Den data som de kom fram till var att panik är en vanlig upplevelse för patienter med respiratoriska sjukdomar. Studien visade även att de av deltagarna som kände att de hade kontroll i livet kunde hantera sin andnöd utan att panik uppstod. För att klara att inte drabbas av panik och ångest kring sin andnöd behöver patienterna hjälp att ändra sin inställning och skapa kontroll över sina liv.
<b>Vetenskaplig kvalitet</b>	Grad 1 (Carlsson & Eiman, 2003)

## Artikel 6

<b>Referens</b>	Henoch, I., Bergman, B. & Danielsson E (2008). Dyspnea experience and management strategies in patients with lung cancer. <i>Psycho-oncology</i> , 17, 709-715. Doi: 10.102/pon.1304
<b>Land Databas</b>	Sverige Cinhal
<b>Syfte</b>	Beskriva lungcancerpatienter upplevelser av andnöd och hur de hanterar sin andnöd
<b>Metod: Design</b>	Beskrivande kvalitativ studie
<b>Urval</b>	Deltagarna valdes ut från en större studie som handlar om upplevelsen av dyspnea hos patienter med lungcancer. Inklusionskriterier: Diagnos av lungcancer, all treatment completed. Att patienten lider av andnöd. Förmågan att tala och läsa svenska. Att medge delaktighet. Exklusionskriterier: De patienter som hade svåra mentala och kognitiva problem exkluderades.
<b>Datainsamling</b>	Semistrukturerade intervjuer med två ledande frågor. 1. Berätta hur det är när du upplever dyspnea. 2. Berätta vad du gör för att klara av dyspnea. De ledande frågorna öppnade upp för följdfrågor för att få en djupare förståelse om det kroppsliga, känslomässiga och kognitiva upplevelserna av andnöd och hur det påverkade patienten i det dagliga livet.
<b>Dataanalys</b>	Analysen gjordes med hjälp av kvalitativ innehållsanalys med målet att identifiera kategorier i materialet. Materialet lästes flertalet gånger. Texterna organiserades till meningsenheter. Meningsenheterna kondenserades ned till koder. Koder med samma innebörd grupperades i underkategorier och kategorier. Två författare definierade kategorierna.
<b>Bortfall</b>	1 nekade att delta. 20 patienter deltog.
<b>Slutsats</b>	Studien beskriver upplevelsen av dyspnea på olika nivåer. Det påvisas att dyspnea kan hanteras och undvikas men den omedelbara reaktionen går inte att hantera, den är ovillkorlig. Studien visar att patienterna behöver lära sig hur de hanterar dyspnea och att de måste vara medveten om hur dyspnea fungerar. När det utformas en vårdplan för dessa patienter är det viktigt att ta reda på deras upplevelser av andnöd och vad de behöver för att hantera den. Patientens existentiella stress behöver speciell uppmärksamhet från sjukvårdspersonalen.
<b>Vetenskaplig kvalitet</b>	Grad 1 (Carlsson & Eiman, 2003)

## Artikel 7

<b>Referens</b>	Henoch, I., Bergman, B., Gustafsson, M., Gaston-Johansson, F & Danielson, E. (2008). Dyspnea experience in patients with lung cancer in palliative care. <i>European Journal of Oncology Nursing</i> , 12, 86-96. doi: 10.1016/j.ejon.2007.09.006
<b>Land Databas</b>	Sverige Cinahl
<b>Syfte</b>	Att beskriva upplevelsen av andnöd och undersöka dess relation till andra symtom, personlig och hälsorelaterade faktorer och dess prediktorer hos patienter med lungcancer.
<b>Metod: Design</b>	En beskrivande och korrelationsdesign användes
<b>Urval</b>	Deltagarna hade lungcancer som diagnos, färdigbehandlad. All behandling för att förlänga livslängden var stoppade. Patienterna behövde kunna tala och läsa på svenska. Mental och kognitiv förmåga för att kunna genomföra frågeformuläret. Medgivet deltagande av studien.
<b>Datainsamling</b>	105 Patienter fyllde i frågeformulär.
<b>Dataanalys</b>	Beskrivande statistik användes för att beskriva Andnöd. Då den insamlade data erhöll kategorier och egenskaper användes median och intervaller. För att kunna jämföra resultatet med andra publicerade studier användes också medelvärden och standardavvikelse. Prediktorer av upplevelsen av andnöd bestämdes av stegvis linjär regression. CDS total dyspnea och aktivitetsrelaterade QLQ-LC13 dyspnea score användes som självständig variabel i regressionsanalysen. Alla tester var två-tailed och $p < 0.05$ användes som signifikansnivå.
<b>Bortfall</b>	46 patienter deltog inte i studien.
<b>Slutsats</b>	Studien visar att bedömningen av andnöd influeras av både vårdpersonal och hälsorelaterade faktorer vilket också måste uppmärksammas inom forskning och i praktiken. Den multidimensionella upplevelsen av andnöd som presenteras i studien och av andra studier måste uppmärksammas inom vården när vårdplanering görs eller när man behandlar patienter med andnöd. kvalitativa och kvantitativa undersökningar behövs för att kartlägga och fånga upplevelsen av andnöd för att omvårdnaden ska bli optimal. Det behövs en strategi för att implementera en bra omvårdnad för dessa sårbara patienter. Vårdpersonalen måste vara medveten om vilken dimension av andnöden som behandlingsstrategierna inriktar sig på.
<b>Vetenskaplig kvalitet</b>	Grad 1 (Carlsson & Eiman, 2003)

## Artikel 8

<b>Referens</b>	Simon, S., Higginson, I., Benalia, H., Gysels, M., Murtagh, F., Spicer, J & Bausewein, C. (2013). Episodes of breathlessness: Types and patterns - a qualitative study exploring experiences of patients with advanced diseases. <i>Palliative Medicine</i> , 27 (6), 542-532. doi: 10.1177/0269216212480255
<b>Land Databas</b>	Storbritannien Cinhal
<b>Syfte</b>	Att undersöka upplevelsen av patienter som långt framskridna sjukdomar som lider av andnöd, för att förklara typer och mönster.
<b>Metod: Design</b>	Kvalitativ studiedesign
<b>Urval</b>	Patienter över 18 år gamla som lider av andnöd på grund utav: KOL (Kronisk obstruktiv lungsjukdom), Hjärtsvikt steg 2-4 enligt (NYHA) Klassifikation, Lungcancer, Motoriska neuronsjukdomar (MND).
<b>Datainsamling</b>	Data samlades in genom att två personer som var tränade i att intervjua genomförde djupgående face-to-face intervjuer med patienterna vilket skedde oftast hemma hos patienten. Demografiska och kliniska data hämtades före man gjorde intervjuerna. De använde sig av en semi-strukturerad taktik för att undersöka patientens upplevelse av andnöd genom att använda sig av en mall med olika typer av topics: Generella upplevelsen av andnöd, Andra upplevelser, karaktär av andnöd, vad som triggade andnöden och dess mönster; och hur andnöden påverkade patientens dagliga liv, hur patienten hanterar andnöden och hur patienten använder sig av sjukvården. Efter intervjun var klar ombads patienten att rita på ett diagram om hur de upplever sin andnöd där x-axeln var tid i minuter och y-axeln var hur allvarlig andnöden upplevdes. Alla intervjuer spelades in och de som intervjuade skrev även ner detaljer av intervjun.
<b>Dataanalys</b>	Den insamlade data analyserades med hjälp utav en matrix-baserad metod som använder sig av ett tematiskt ramverk för att klassificera och organisera data efter nyckel teman, koncept och kategorier. Först av allt lästes samtliga intervjuer två gånger av den ansvariga forskaren (S.T.S). Data kodades och utgjorde sedan teman. Analysen gjordes av S.T.S och utvärderades sedan av ytterligare två forskare för att öka trovärdigheten. Vid varje fas av analysen diskuterades fynd i forskningen och resultat från diskussionerna inkluderades i resultatet. Analysen uppmärksammade avvikande fall som noterades som negativa fall. Detta gjordes för att förklara vidden av upplevelsen och innebörden. Dataprogrammet NVivo användes för att belysa mönster vid upplevelsen av andnöd.
<b>Bortfall</b>	Inget
<b>Slutsats</b>	En bättre förståelse för den multidimensionella karaktären av andnöd och dess mångsidighet bör förbättra terapeutisk effektivitet i undersökningar, diagnostisering och för att utveckla en bättre behandling. Beskrivning av olika typer av andnöd kan hjälpa patienterna att hamna rätt i vården från början. Genom att utvärdera patientens andnöd finns bra möjligheter att skraddarsy vården som speglar patientens behov. Sjukvården behöver mer forskning inom detta för att kunna behandla andnöd.
<b>Vetenskaplig kvalitet</b>	Grad 1 (Carlsson & Eiman, 2003)

## Artikel 9

<b>Referens</b>	Walthall, H., Jenkinson, C. & Boulton, M. (2017). Living with breathlessness in chronic heart failure: a qualitative study. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 26, 2036-2044. Doi: 10.1111/jocn.13615
<b>Land Databas</b>	England Cinahl
<b>Syfte</b>	Att visa hur patienter med hjärtsvikt upplever andnöd i sitt dagliga liv
<b>Metod: Design</b>	En beskrivande kvalitativ studie
<b>Urval</b>	Tjugofem deltagare med kronisk hjärtsvikt var rekryterade från en klinik i England. Deltagarna skulle kunna berätta själva om sina upplevelser.
<b>Datainsamling</b>	Semi-strukturerade intervjuer. Alla deltagarna fick genomgå en semistrukturerad intervju med vinkling hur andnöden påverkade deras dagliga liv. Alla fick information om studien skickade hem till sig. Där ingick välkomstbrev, information om studien och ett frankerat svarskuvert. När deltagaren svarat att denne ville delta ringde forskningsledaren upp och gav informationen om studien igen. Intervjuerna ägde rum i deltagens hem och varade mellan 45–90 minuter. Här fick deltagaren prata om sin upplevelse av hjärtsvikt med andnöd som ämne. Allt var digitalt inspelat.
<b>Dataanalys</b>	Data var analyserad med Braun och Clarke´s ram för tematisk analys. Den består av sex steg där gemensamma koder sökes och för att finna meningsbärare. Processen var induktiv och styrdes av data. Forskarna sammanställde data tillsammans för att täcka in allt. Teamet bakom studien diskuterade sinsemellan kring teman och kategorier tills konsensus.
<b>Bortfall</b>	Inget, men de nämner att svagheten i studien, är att alla deltagare är från samma klinik och vita briter. Hade undersökningen utförts med större spridning geografiskt och etniskt, kanske svaren varit annorlunda.
<b>Slutsats</b>	Det som framkom i studien påvisar att andnöd har stor inverkan i det dagliga livet men även inverkan på det psykiska och emotionella måendet. Evidens fanns för att patienterna hittade egna strategier för att handskas med sin andnöd. Deltagarna fick diskutera andnöd ur flera olika dimensioner, hur dom upplevde andnöd, deras emotionella reaktioner, hur det påverkade dom psykiskt och hur dom fått fram strategier att hantera sin andnöd.
<b>Vetenskaplig kvalitet</b>	Grad 1 (Carlsson & Eiman, 2003)

Tabell 4: Exempel på Datakategorisering

När man fick panik tappade man kontrollen över sin andning.	Ångest	Attack på livet		
Deltagarna beskrev att de fick panik och kände en rädsla för döden.				
Jag får ångest vid andnöd				
Ångest kan uppkomma vid andnöd men även framkalla andnöd				
Jag kämpade för att kunna andas.	Den dagliga kampen	Attack på livet		
Andnöden påverkar allting av det vardagliga livet, sova äta, gå och prata.				
Patienten kände sig skamsen för att de rökt eller levt osunt.	Skam		Attack på livet	
Patienterna upplevde andnöd som något att skämmas över.				
Jag försökte nya saker för att lindra min andnöd, som att öppna fönstret.	Känslan att hantera livet	Hantera livet		
Man vänjer sig att leva med andnöd. Det onormala blir till det normala.				
Man måste acceptera sin sjukdom och begränsningarna som följer med.				
Vissa patienter kunde hantera sin andnöd genom att kontrollera sin rädsla och oro om döden.				
Att känna till sina begränsningar hjälper mig att klara av vardagen.	Upplevelsen att övervinna begränsningar		Hantera livet	
Patienter lärde känna sin andnöd och när den skulle starta vilket gjorde det lättare att undvika den och situationer som utlöste andnöden.				
Att använda sig av andningsträning underlättade för patienterna med andnöd.	Känslan av kontroll			Hantera livet
Patienterna var i behov av fysisk andningsträning då de tyckte att det hjälpte för att kunna hantera sin andnöd.				

Rickard Tingemar

Karl Eliasson



Besöksadress: Kristian IV:s väg 3  
Postadress: Box 823, 301 18 Halmstad  
Telefon: 035-16 71 00  
E-mail: [registrator@hh.se](mailto:registrator@hh.se)  
[www.hh.se](http://www.hh.se)