

EXAMENSARBETE - KANDIDATNIVÅ

I VÅRDVETENSKAP MED INRIKTNING MOT OMVÅRDNAD
VID INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

2012:10

Astma- ett hinder för fysisk aktivitet och upplevelse av hälsa?

Mattias Karlsson
Johan Schagerström



HÖGSKOLAN I BORÅS
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

Examensarbetets titel:	Astma och fysisk aktivitet - Astma, ett hinder för fysisk aktivitet och upplevelse av hälsa?
Författare:	Mattias Karlsson, Johan Schagerström
Huvudområde:	Vårdvetenskap med inriktning mot omvårdnad
Nivå och poäng:	Kandidatnivå, 15 högskolepoäng
Kurs:	SSK 05
Handledare:	Anders Sterner
Examinator:	Lena Nordholm

Sammanfattning

Astma är en kronisk luftvägssjukdom som runt 235 miljoner människor världen över lider av. Det pågår idag mycket forskning kring astma men fortfarande har man inte lokaliserat de bakomliggande faktorerna som orsakar sjukdomen. Det råder idag delade meningar kring sambandet mellan astma och fysisk aktivitet och många individer med astma begränsas av sin sjukdom i det dagliga livet. Syftet med arbetet är att beskriva hur förhållandet mellan den kroniska luftvägssjukdomen astma och fysisk aktivitet påverkar astmatikers upplevelse av hälsa. Vidare är syftet att undersöka om astma är en barriär för fysisk aktivitet och om astmatiker känner sig begränsade av sin sjukdom. Arbetet är en litteraturstudie baserat på tio originalartiklar som vi fann genom att söka i vårdvetenskapliga databaser. För att kunna se problemet ur olika perspektiv, inkluderades såväl kvalitativa som kvantitativa artiklar. Följande huvudteman framkom: Astma och fysisk aktivitet, information, kunskap och kontroll, samt astmatikers upplevelse av hälsa. Resultatet av arbetet visar på att fysisk aktivitet vid astma främjar astmatikerns upplevelse av hälsa och att individer med astma, genom god information och kunskap om sjukdomen, inte behöver vara begränsade vid fysisk aktivitet. I diskussionen framkommer det att genom bättre information, klarare riktlinjer och ett förespråkande av fysisk aktivitet, kan individer med astma leva ett mer hälsosamt och aktivt liv utan begränsningar relaterade till sjukdomen.

Nyckelord: *Astma, fysisk aktivitet, upplevd hälsa, information, kunskap, träning, begränsningar.*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Luftvägarnas fysiologi	1
Vad händer i luftvägarna vid astma	2
Diagnostik och utredning	2
Medicinering i samband med astma	4
Astma i världen	4
Astma, forskning och utveckling	5
Begreppet hälsa	6
Astma, begränsningar och lidande	7
Livsvärlden	7
Sjuksköterskans mål med vårdandet	8
Begreppet fysisk aktivitet	9
Fysisk aktivitet	9
Vad säger forskningen om sambandet mellan fysisk aktivitet och astma?	10
PROBLEMFÖRMULERING	12
SYFTE	12
METOD	13
Datainsamling	13
Dataanalys	14
RESULTAT	15
Astma och fysisk aktivitet	16
Begränsningar av astma vid fysisk aktivitet	16
Fördelar och nackdelar med fysisk aktivitet vid astma	18
Information, kunskap och kontroll	19
Astmatikers upplevelse av hälsa	21
Tankar och känslor inför fysisk aktivitet	21
Upplevd hälsa	22
DISKUSSION	24
Metoddiskussion	24
Resultatdiskussion	25

Astma och fysisk aktivitet	25
Fördelar och nackdelar med fysisk aktivitet vid astma	26
Riktlinjer för fysisk aktivitet och träning	28
Information, kunskap och kontroll	28
Astmatikers upplevelse av hälsa	30
<i>SLUTSATSER</i>	33
Praktiska implikationer	33
Slutord	34
<i>REFERENSER</i>	35
<i>BILAGOR</i>	38

INLEDNING

Då vi båda är astmatiker och fick diagnosen tidigt under barndomen, har astma spelat en betydande roll under hela vår uppväxt. En uppväxt som, med astma till trots, präglats av mycket fysisk aktivitet i varierande slag. Det som väckte vårt intresse för ämnet var det faktum att ingen av oss hade någon säker kunskap över hur fysisk aktivitet påverkar astmasjukdomen. Detta trots att vi båda har levt med sjukdomen i över tjugo år. Vi har utifrån egna livserfarenheter som astmatiker, och därmed patienter, fått uppleva hur en kronisk luftvägssjukdom som astma kan begränsa en människa i hennes önskade livsföring. Begränsningarna härrör inte endast ifrån de symtom som sjukdomen medför, utan även ifrån okunskap kring hur sjukdomen påverkar/påverkas av andra faktorer, däribland fysisk aktivitet. Begränsningarna kan också komma att uppstå till följd av den osäkerhet och förvirring som ofta råder när olika uppgiftslämnare ger olika besked. Då runt åtta procent (Jansson, Stållberg & Hesselmar, 2011) av Sveriges befolkning lider av sjukdomen väcktes intresset att ta reda på om astmasjukdomen påverkar astmatikers inställning till och upplevelse av fysisk aktivitet. Det tycks vara så att den medicinska kunskapen kring sjukdomen är hög, däremot upplever vi att förståelsen av patientgruppens livssituation är begränsad. Som blivande sjuksköterskor anser vi att det är viktigt att ha kunskap om ämnet. Någon gång kommer man som sjuksköterska komma i kontakt med dessa patienter oavsett verksamhetgren vi arbetar i. Fysisk aktivitet förespråkas och är en fundamental faktor för en god hälsa, därför krävs det kunskap om förhållandet mellan den kroniska luftvägssjukdomen astma och fysisk aktivitet hos sjuksköterskan för att kunna ta hand om dessa patienter på bästa sätt.

BAKGRUND

Luftvägarnas fysiologi

Människor behöver ständig syretillförsel för att kunna leva, och för att kunna tillgodose kroppens syrebehov samt för att kunna transportera bort koldioxid finns andningsorganen. Andningsorganen delas upp i två grupper: övre och nedre luftvägarna. I de övre luftvägarna ingår näsa, mun, svalg och luftstrupe och till de nedre luftvägarna räknas luftrören och lungorna. Vid inandning suges luft in genom mun och näsa och fortsätter sedan ner i luftstrupen. Därefter fortsätter luften ner i luftröret som förgrenar sig ner i vardera lunga. Luftrören eller bronkerna som de kallas, förgrenar sig återigen till mer finfördelade grenar i lungorna och kan liknas vid ett upp- och - nedvänt träd. När bronkernas förgreningar upphört finner man i ändgrenarna alveolerna som är tunna luftblåsor omgärdade av ett nätverk kapillärer. Det är alveolerna som ger ifrån sig syre till blodkärlen som i sin tur med blodets hjälp transporterar syret vidare ut i kroppens celler. Alveolerna har inte bara en viktig roll vid inandning och syretransport

utan alveolerna tar också hand om den koldioxid som bildats i blodet, och som vid utandning, när lungan drar ihop sig, pressar ut den gamla luften (Hjärt-Lungfonden, 2010).

Vad händer i luftvägarna vid astma

Sjukdomen astma kan i korthet beskrivas som ett symtomgivande tillstånd, kännetecknat av luftvägsmotstånd som varierar i betydande grad under relativt kort tid. Astma är en kronisk inflammatorisk luftvägssjukdom vilken ger en ökad känslighet för olika stimuli i luftvägarna (Jansson et al., 2011). Den luftvägsobstruktion som uppkommer vid astma orsakas av att den glatta muskulatur som finns runt omkring luftvägarna kontraheras i en sorts kramp, och luftvägspassagen blir trång och hämmar luftflödet och det blir svårt att andas. Det är då vanligt att andningen blir pipande och väsande. Samtidigt som luftvägarna drar ihop sig blir också slemhinnan ödematisk och ett segt slem bildas i luftvägarna som framkallar hosta (Hjärt-Lungfonden, 2010). Man brukar dela upp astma i två olika grupper, allergisk och icke-allergisk astma. Vid en allergisk astma framkommer astmasymtomen då man utsätts för något eller några ämnen som man är överkänslig mot. Om astman inte beror på allergi så kallar man den för icke-allergisk astma. På grund utav en ökad känslighet i luftvägarna reagerar de lättare på luftvägsirritanter som t.ex. rök, starka dofter eller kyla (Jansson et al. 2011). Det är också vanligt att i samband med ansträngning uppleva luftvägsobstruktion. Då andningsfrekvensen tilltar vid ansträngning kan detta leda till att slemhinnan i luftvägarna blir uttorkad och en ökad risk för sammandragningar i den glatta muskulatur som omger luftvägarna uppstår (Lucas & Platts-Mills, 2005), (Emtner & Larsson, 2005). Den vanligaste orsaken till astmaförsämring är viral luftvägsinfektion, där virusinfektionen i kroppen leder till en ökad luftvägskänslighet (Jansson et al. 2011). Symptomen vid ett astmaanfall är av varierande grad. Typiskt är tung andhämtning, pipande andning, hosta och en känsla av täpphet i bröstet. Vid ett anfall drabbas många av djup ångest (Hjärt-Lungfonden, 2010).

Diagnostik och utredning

När det kommer till astmadiagnostisering och utredning av astma finns det fyra hörnstenar som är vitala för att säkerhetsställa en korrekt diagnos. Har en grundlig och noggrann utredning genomförts, ger det en god och solid grund att stå på när det kommer till att finna rätt behandlingsform (Jansson et al., 2011). Utredning av astma:

- En grundlig och detaljerad anamnes utgör en viktig del av utredningen, här kan man få en relativt klar bild över hur patienten upplever symtomen. Dock kan en anamnes se olika ut hos olika individer, och somliga patienter med svår astma

kan beskriva sina symtom som inte alls besvärande medan andra med en mildare form av astma upplever symtomen som mycket besvärande (Hjärt-Lungfonden, 2010).

- En annan hörnsten i utredningen är mätning av lungfunktionen hos patienten. Här brukar man använda sig av ett så kallat reversibilitetstest, där man mäter lungfunktion innan och efter det att patienten fått luftrörsvidgande beta-2-stimulerande medicin. Skulle lungfunktionens kapacitet öka och hamna över en viss procent kan astma i allra högsta grad misstänkas. Mätning av lungfunktionen brukar genomföras med hjälp av spirometri och/eller ett PEF test. Spirometri är ett test som visar hur väl fungerande luftvägar patienten har. Vid spirometri mäter man hur många liter luft det finns i lungorna och hur snabbt man kan blåsa ut luften. Ett PEF test eller Peak Expiratory Flow som det står för, genomförs för att kunna mäta funktionen i lungorna genom att ta ett djupt andetag och kraftigt blåsa ut den luft som finns i lungorna (Hjärt-Lungfonden, 2010).
- En allergiutredning brukar genomföras i samband astmamisstanke. En allergi kan påvisas med hjälp av ett blodprov, har man en allergi kan man i blodprovet hitta antikroppar mot det/de ämnena man är allergisk mot. Det går också att göra ett så kallat ”pricktest” som går ut på att en rad vanliga allergiframkallande ämnen av varierande slag droppas på huden. Man gör sedan ett stick mitt i droppen för att ämnet ska penetrerar ner genom huden. Blir sedan området omkring sticket svullet och/eller får en rodnad är det med största sannolikhet en allergi (Hjärt-Lungfonden, 2010).
- Det sista testet i kvartetten hörstenar i astmautredningen är fysikaliska undersökningar, i dessa undersökningar ingår bl.a. perkussion och auskultation. Vid perkussion knackar lite lätt mot patientens bröstorgsvägg och lyssnar och analyserar det ljud som studsar tillbaka. Auskultation innebär å sin sida att man lyssnar på andningen i de olika lungfälten med hjälp utav ett stetoskop (Hjärt-Lungfonden, 2010).

Astma kan utvecklas under alla stadier i livet och man brukar dela in patienter med astma i tre olika grupper beroende på sjukdomens debut och art:

- Grupp 1: Det är den grupp där astman utvecklas i mycket tidig ålder och som ofta framkallas av en luftvägsinfektion. Dessa barn har senare en ökad tendens att drabbas av astma vid luftvägsinfektioner. Då barnens luftrör utvecklas och blir vidare så försvinner den här typen av astma (Hjärt-Lungfonden, 2010).
- Grupp 2: I merparten av astmafallen som drabbar ungdomar har det visat sig att personerna ofta har en allergisk sjukdom sedan tidigare och många gånger utvecklat astma före eller efter skolåldern. Astman kan även uppkomma i vuxen ålder, men kan då ha visat sig tidigare i lindrigare form och sedan förvärrats med åldern (Hjärt-Lungfonden, 2010).

- Grupp 3: Astma som drabbar äldre är vanligare hos överviktiga, kvinnor samt rökare. Den här typen av astma är mer svårbehandlad då det i många fall rör sig om en icke-allergisk astma där inflammationen ser annorlunda ut än vid en allergisk inflammation (Hjärt-Lungfonden, 2010).

Medicinering i samband med astma

Enligt Hjärt-Lungfonden (2010) kan en korrekt diagnos och en regelbunden medicinering hjälpa individer med astma att uppnå god kontroll över sin sjukdom. Kortisonläkemedel har med sin inflammationsdämpande funktion en viktig roll i astmabehandlingen, då grunden och huvudmålet är att dämpa den inflammation som finns i luftrören. Kortison kan sedan kombineras med andra läkemedel så att bästa möjliga effekt av behandlingen nås.

Vanligt förekommande läkemedel vid astma enligt Hjärt-Lungfonden (2010):

- Beta-2-receptorstimulerare – Används mest i inhalationsform och ger en snabb lindring vid andnöd. Dessa läkemedel kan tas i förebyggande, exempelvis inför en fotbollsmatch. De kan också hjälpa vid astmabesvär en kall vinterdag, eller vid astmaanfall i samband med förkylning. Slappnar av musklerna runt luftrören och vidgar luftvägarna. Exempel på Beta-2-receptorstimulerare: Salbutamol och Terbutalin.
- Antikolinergika – Används vid akut behandling, och alltid i kombination med inhalationssteroider och beta-2-stimulerare. Dämpar nervsignalerna till muskulaturen i luftvägarna via autonoma nervsystemet. Exempel på antikolinergika: Tiotropium, Ipratropiumbromid.
- Glukokortikoider – Används som inflammationsdämpande läkemedel, kortison som man inhalerar verkar inte snabbt utan ska tas varje dag under en längre tid för att ge effekt. Man kan kombinera glukokortikoider med beta-2-stimulerande läkemedel för att lindra och förebygga astmaanfall. Exempel på glukokortikoider: Budosenid, Prednisolon.

Astma i världen

Förekomsten av astma har ökat de senaste fyra årtiondena. Trots att förekomsten har planat ut på sistone är prevalensen fortfarande mycket hög, och de bakomliggande orsakerna bakom sjukdomen är fortfarande okända. Astma räknas som den mest vanliga kroniska sjukdomen bland barn i världen idag (Welsh, Kemp & Roberts, 2004). Man uppskattar att omkring 235 miljoner människor världen över lider utav sjukdomen i någon form. Astma som sjukdom finns i alla sorters samhällen och dess konsekvenser

överskrider alla kulturella, sociala och ekonomiska gränser (WHO, 2011). Ökningen har påverkat många olika populationer, men den har oproportionerligt drabbat flest afroamerikaner och latinamerikaner vilka lever i fattigdom i USA. I kontrast har områden som upprätthållit en traditionell livsstil inte påverkats av en ökande prevalens av astma. Goda exempel har studerats i Afrika, Australien och Papa Nya Guinea. Många förklaringar till ökningen har postulerats, men ingen av dem är tillräcklig för att förklara omfattningen eller konsekvensen av förändringarna. Det har blivit alltmer uppenbart att orsakerna till förändringarna av astma måste vara multifaktoriell, med bidrag ifrån allergenexponering, hygien och livsstil (Lucas & Platts-Mills, 2005). Om vi antar att den huvudsakliga ökningen av astma har inträffat mellan åren 1960 och 2000, vilka är då de utmärkande livsstilsförändringarna som har följt ökningen? De självklara kandidaterna enligt Lucas och Platts-Mills (2005) är kosten och fysisk aktivitet. Minskningen av fysisk aktivitet korrelerar enligt dem med den stigande prevalensen av astma. I Sverige ligger procentantalet personer med astma sett över hela landet, runt 8 procent (Jansson et al., 2011), det betyder att bara i Sverige så lider just nu ungefär 700 000 personer utav astma i någon form (Hjärt-Lungfonden, 2010). Incidensen är högst i småbarnsåldern, cirka 1 procent, för att sedan sjunka till 0,2 procent i medelåldern (Jansson et al., 2011).

Astma, forskning och utveckling

För 40 år sedan ledde ofta rädslan för astmaattacker och andnöd hos människor med astma till att dessa valde att undvika de orsaker man trodde kunde utlösa symtomen, däribland fysisk aktivitet. Trots att den medicinska kunskapen och vetenskapen kring astma har utvecklats så lever dessa tankegångar kring sjukdomen till viss del kvar än idag (Welsh, Kemp & Roberts, 2005). Det finns många olika teorier och hypoteser kring varför prevalensen av astma ökar men fortfarande vet man inte säkert vad det beror på. En mycket viktig del i forskningen kring astma utgörs av s.k. epidemiologisk forskning där man som forskare under en längre tid följer stora befolkningsgrupper inom givna demografiska områden. Dagens forskning lägger stor vikt på att förfina definitionerna på de olika undergrupperingarna, eller fenotyperna, av astma (Hjärt-Lungfonden, 2010). Exempel på dessa fenotyper kan vara att en grupp individer med astma samtidigt har allergier och en annan grupp saknar allergiska symtom. Indelningen av dagens undergrupper beskrivs som alldeles för grovkorniga, då det finns ett antal olika sätt på hur sjukdomen astma kan yttra sig. Det finns många olika förlopp, prognoser och typer av astma och det är därför viktigt att varje enskild individ får en individuell behandlingsplan. Om en patient med en identifierad astmafenotyp får rätt behandling direkt kan detta således positivt påverka till en optimerad respons på behandlingen (Jansson et al., 2011).

Begreppet hälsa

Det finns ingen allmänt accepterad definition av hälsa som problemfritt går att nyttja i alla situationer. World Health Organisations definition är kanske den vanligaste: *Hälsa är ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och ej blott frånvaron av sjukdom eller handikapp* (Pellmer & Wramner, 2007, s. 10). Vi har valt att utgå ifrån Dahlberg och Segestens (2010) beskrivning av hälsa. Enligt dem är hälsa vårdandets mål. De beskriver att sjukdom och ohälsa uppmärksammas så som de levs och erfars av individen. Hälsa handlar även om att hitta ett sätt att leva med sig själv och omvärlden som både bejakar ens eget sätt att vara i världen och som stämmer med det existentiella sammanhanget. Att vara i ett tillstånd av hälsa innebär att man upplever välbefinnande, mår bra och är i stånd till att genomföra sina små och stora livsprojekt. Om hälsa ska råda måste människan ha förmåga till såväl rörelse och aktivitet som stillhet, vilja och livsrytm. En annan central del i begreppet är upplevelsen av mening och sammanhang. Hälsans beståndsdelar är sammankopplade med varandra och bidrar alla till den övergripande känslan av hälsa. Hälsan är relativ och speglar människans aktuella och totala livssituation (Dahlberg & Segesten, 2010). Över stora delar av världen kan en generell minskning av fysisk aktivitet ses samtidigt som en ökad prevalens av astma har uppmärksamats. Detta bör ge upphov till oro och eftertanke då det troligen kommer resultera i att en ökad mängd människor med astma kommer misslyckas med att uppnå optimal hälsostatus och livskvalitet (Williams, Powell, Hoskins & Neville, 2008).

Dahlberg och Segesten (2010) förklarar att i begreppet hälsa ingår självklart biologiska aspekter, och det är sådana termer som de flesta betraktar begreppet. Dock räcker det inte att vara "biologiskt frisk" för att en människa ska uppleva sig ha hälsa. Förståelsen av hälsa utesluter inte sjukdom, men för att kunna ta ställning till upplevelsen av hälsa och välbefinnande i sådana termer måste individen kunna förhålla sig till och handskas med exempelvis sjukdom för att en riktig förståelse ska kunna råda. Wiklund (2006) beskriver hälsa i liknande termer. Hälsa kan beskrivas som ett komplext samspelande tillstånd av sundhet, friskhet och välbefinnande. Vidare beskriver hon att frånvaro av sjukdomsdiagnos inte är nödvändig för att en individ ska uppleva hälsa, och därmed behöver en sjukdomsdiagnos som t.ex. astma inte nödvändigtvis leda till frånvaro av hälsa. Enligt Hjärt-Lungfonden, (2010) kan astmaanfall vara lindriga, måttliga eller svåra och upplevs på olika sätt. Några vanliga beskrivningar är att det känns som att andas genom ett sugrör, ha ett kraftigt tryck över bröstet, eller som om ett band dras åt runt bröstkorgen. Vid ett astmaanfall ökar motståndet i luftvägarna och den astmadrabbade måste anstränga sig för att få luft. Vid ett anfall drabbas många av djup ångest. Det är inte konstigt att individer med astma som är dåligt informerade, eller har en dåligt behandlad astma, inte vill/vågar vara fysiskt aktiva om de kopplar fysisk aktivitet till risken att drabbas av ett astmaanfall.

Astma, begränsningar och lidande

Barn och ungdomar med astma strävar i allmänhet efter att kunna leva och göra samma saker som sina icke-astmatiska jämnåriga. Ibland blir sjukdomen ett hinder för ett normalt liv och de kan känna sig utanför och de uttrycker saknad, skuld, ensamhet, oro och rädsla. Ibland leder detta till, främst hos ungdomar, att man förnekar och utmanar sin sjukdom. Att blunda för sin kroniska sjukdom och utsätta sig för risker, exempelvis genom att röka, kan ge kroniska skador på lungorna. För vuxna kan beskedet vara lättare att hantera, då oron över symptomen äntligen får en förklaring. Men även för dem kan det leda till begränsningar och lidande, t.ex. om man måste sluta på sitt arbete pga. astman (Hjärt-Lungfonden, 2010). De symtom och de problem som följer i sjukdomens spår kan leda till det lidande som kallas sjukdomslidande. Hit hör de fysiska symtom som hör till exempelvis astmasjukdomen. Sjukdomslidandet framstår därför som intimt förknippat med människans livshållning och således med livslidandet. Upplevelsen av begränsning innebär för den aktiva människan ett hot mot den egna personens värde och identitet då man uppfattar detta som knutet till prestation (Wiklund, 2006). Livslidandet berör hela människans liv och vår hållning till oss själva och vår verklighet. Sjukdomslidandet är knutet till symtomen och den begränsning dessa medför, men livslidandet hänger samman med människans hela existens. På görandets nivå förstås livslidandet i relation till begreppet aktivitet. Livslidandet handlar om en grundläggande hållning till livet där aktivitet och prestation intar en central roll (Wiklund, 2006). En friskfaktor kan beskrivas som en företeelse i den enskilda människans totala livsmiljö och levnadsmönster. En friskfaktor ger personen förutsättningar att fungera optimalt, utvecklas och må bra. Man kan leva ett aktivt liv utan hinder om man tar hänsyn till sin astma och undviker ämnen och situationer som ger upphov till den. Men man får samtidigt räkna med flera förluster av friskfaktorer. Sjukdomen påverkar livet såväl hemma som i skolan, på jobbet och på fritiden. Livssituationen för övriga familjemedlemmar påverkas också (Hjärt-Lungfonden, 2010).

Livsvärlden

Dahlberg och Segesten (2010) och Wiklund (2006) anser att vårdandet måste beröra patientens värld. Sjuksköterskor som har patientfokus och sin grund i vårdvetenskapen vill förstå hur sambandet mellan hälsa, sjukdom, lidande och vårdande erfars och påverkar individens livsvärld, i syfte att stödja och stärka individens hälsoprocesser. Att ha patientfokus i en vårdvetenskaplig mening, som innebär att man vårdar med livsvärlden som grund, gör anspråk på att man från vårdens sida försöker se, förstå och beskriva samt analysera och förklara hälsa, sjukdom, lidande och vård så som dessa

aspekter av livet erfars av människor. Då har man en öppenhet inför människors sätt att förstå och hantera sin sjukdom och hur den påverkar deras liv och leverne.

Det är genom kroppen människan har tillgång till livet, vilket betyder att varje kroppslig förändring medför en förändring i tillgången till livet. För en person med en kronisk sjukdom blir detta extra tydligt. Detta gäller inte bara den faktiska fysiska kroppen utan även den upplevda, subjektiva kroppen. När en person inte kan lita på sin kropp upplevs en känsla av förlorad kontroll och personen erfar att denne kastas mellan hopp och förtvivlan. Detta innebär ett stort lidande (Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud & Fagerberg, 2003). Dahlberg och Segesten (2010) beskriver livsvärlden som det sätt varmed vi förstår oss själva, andra och allt annat i världen och kan sägas utgöra den hållning varmed vi närmar oss till oss själva, alla andra och allt annat världen. Därmed kan livsvärlden förstås som världen så som den erfars. Samtidigt som livsvärlden utgör en värld som delas med andra är den högst personlig och unik för var och en. Betraktar man det mänskliga utifrån det synsättet innebär det att kroppen inte bara är kropp, utan att den samtidigt är liv och existens, och det är ett sätt att förstå människan där de vårdvetenskapliga och de medicinska perspektiven kompletterar varandra. Det är genom kroppen som vi alls har tillgång till ett liv. Så länge vi lever gör vi det i och genom våra kroppar. Det betyder att varje förändring i kroppen medför en förändring av tillgången till världen och till livet. En sådan förändring blir särskilt tydlig när en människa drabbas av en långvarig sjukdom, en svår skada eller annat lidande. Alla sådana förändringar påverkar inte bara den kroppsdel som är skadad, det organ eller den synaps som inte fungerar, utan varje sådant lidande påverkar hela existensen, på ett eller annat sätt.

Sjuksköterskans mål med vårdandet

Att drabbas av en kronisk sjukdom är en livsomvälvande händelse som ofta leder till en förändring av livsstilen. För en person som drabbats av astma är det viktigt att få kunskap om sjukdomen för att på så sätt kunna anpassa sig till de förändringar som är nödvändiga (Jahren, Kristoffersen 2005). Enligt Dahlberg och Segesten (2010) innebär ett vårdvetenskapligt präglad vårdande att stödja patientens möjligheter att hjälpa sig själv och att mer aktivt hjälpa precis när det behövs. Vårdvetenskapen ska fungera som en medlare mellan vetenskapens värld och patientens, alltså ett möte mellan vetenskapen och livsvärlden, med fokus på patientens upplevelse av sin hälsa, sitt lidande och/eller vård. För sjuksköterskan handlar det om att kunna omsätta sina expertkunskaper i handling och samtidigt utveckla en öppenhet och följsamhet för individens livsvärld. Det är genom livsvärlden som hälsa, välbefinnande, lidande och sjukdom utspelar sig. Ett vårdande som inte förstår eller inte klarar av att möta livsvärlden är följaktligen inget verkligt vårdande, och det är framför allt inget vårdvetenskapligt vårdande. Enligt Hälso- och sjukvårdslagen, HSL (1982:763) skall

hälso- och sjukvårdspersonalen i samverkan med patienten och när det är lämpligt också patientens familj (närstående), formulera mål för fysisk, psykisk, social och andlig hälsa.

Begreppet fysisk aktivitet

Vi har utgått ifrån Dahlberg och Segesten (2010) begrepp ”rörelse” för att ge en tydligare och inte minst mer avgränsad mening åt det mångfasetterade begreppet ”fysisk aktivitet”. Våra liv kännetecknas av rörelse, och för att uppleva hälsa måste det finnas rörelse, och inte minst möjligheter för rörelser, i livet. Mycket grundläggande förstått måste det finnas en vital biologisk rörelse i t.ex. lungor och hjärta. Vi måste konkret och praktiskt kunna förflytta oss mellan olika platser för att utföra olika aktiviteter. Genomgående beskrivs en koppling mellan upplevelsen av hälsa och förmågan att kunna genomföra vissa aktiviteter. Genom att titta närmare på begreppet rörelse kan ytterligare nyanser urskiljas med vilka vi kan förstå hälsans koppling till rörelse. Välbekanta ord så som aktivitet, förflyttning och motion är grundläggande för existensen och har en tydlig koppling till hälsa (Dahlberg & Segesten, 2010).

Fysisk aktivitet

Att fysisk aktivitet i allmänhet är en nyckelfaktor till god hälsa och livskvalitet har länge accepterats. Under de senaste decennierna har det visats att regelbunden fysisk träning förbättrar hälsan och också ökar livslängden samt minskar risken för att insjukna i hjärt-kärlsjukdomar, osteoporos, tjocktarmscancer och diabetes. Viss forskning tyder på att det råder ett dos-responsförhållande mellan hälsa och fysisk aktivitet, dvs. lite aktivitet är bättre än ingen, och mycket aktivitet är bättre än lite (Emtner & Larsson, 2005).

Fysisk aktivitet kan fungera som prevention mot sjukdom. Det råder inget tvivel om att fysisk aktivitet är viktigt för att kroniskt sjuka individer ska kunna bibehålla och/eller förbättra sin hälsa. Omtvistat är det däremot om risken för att insjukna i astma kan minskas av regelbunden fysisk aktivitet, det finns inga studier som stödjer hypotesen. Vid sekundärprevention strävar man efter att hitta åtgärder som kan minska astmans inverkan på individens dagliga liv. Det finns som sagt en rad hörnstenar i behandlingen av astma, däribland farmakologisk behandling och undervisning i syfte att öka varje persons förmåga att hantera sin sjukdom. Förutom dessa är fysisk aktivitet av stor vikt (Emtner & Larsson, 2005). Enligt Williams et al. (2008) är fysisk aktivitet generell accepterat som en nödvändighet för barns utveckling av benmassa, motoriska färdigheter, kardiovaskulär funktion och för deras självkänsla. Detta är faktum som inte skiljer sig hos astmatiska barn och ungdomar. Eftersom de fysiska, psykiska och sociala

fördelarna med regelbunden fysisk aktivitet är så stora föreslår Williams et al. (2008) att barn och ungdomar med astma bör vara fysiskt aktiva. Detta kan öka astmakontrollen och den generella hälsan och minimera de generella riskerna med en stillasittande livsstil.

Trots astmasjukdomen är målet för en astmatiker att kunna leva ett normalt aktivt liv utan några fysiska eller psykosociala begränsningar. Trots detta och trots en bra tillgänglig farmakologisk behandling uppnår inte alla patienter tillfredsställande astmakontroll (Emtner & Larsson, 2005). Lucas och Platts-Mills (2005) konstaterar att de flesta studier har visat att individer med astma har lägre aerobisk konditionsnivå än jämnåriga icke-astmatiker. Det verkar dock som att denna begränsade kondition inte är relaterad till graden av obstruktion utan snarare till deras minskade nivå av vardagliga aktiviteter. Enligt Emtner och Larsson (2005) är sjukdomen ett hinder för många individer. Inte minst upplevs astman vara ett hinder i det dagliga livet i samband med olika aktiviteter som innebär ansträngning. De ansträngningsutlösta andningsbesvären påverkar individen både fysiskt och psykosocialt. Många blir fysiskt inaktiva, och flera studier har visat att den fysiska förmågan hos astmatiker är nedsatt i förhållande till friska jämnårigas. Rädslan för att anstränga sig är stor, och uppemot 80 procent saknar kunskap om hur de kan motionera. Denna uppfattning är dock inte helt accepterad, det finns studier som visar andra resultat.

Vad säger forskningen om sambandet mellan fysisk aktivitet och astma?

Effekten av fysisk aktivitet och träning ger en ökad fysisk kapacitet, färre ansträngningsutlösta andningsbesvär och mindre rädsla inför ansträngning. Detta medför enligt Emtner och Larsson (2005) att individer med astma kan vara mer fysiskt aktiva i sitt dagliga liv. De träningsinducerade kardiovaskulära förbättringarna som kan ses hos astmatiker är likvärdiga med dem som går att skönjas hos friska individer och mekanismerna är desamma. En förbättrad kondition kan minska ansträngningsutlösta symtom. Det betyder att de symtom som uppstår pga. astman uppkommer vid en viss grad av ventilation, och således kan en vältränad person med astma klara av en högre grad av ansträngning innan han/hon uppnår samma minutventilation som en otränad astmatiker. I och med att minutventilationen för samma arbete minskar efter en träningsperiod kan den vältränade astmapatienten utföra ett större fysiskt arbete innan symtom uppkommer (Emtner & Larsson, 2005).

Welsh, Roberts & Kemp (2004) påpekar att många studier visar på att en god kondition troligtvis skyddar mot astmabesvär. Trots detta finns det information som tyder på att astmatiska barn i allmänhet har sämre kondition än icke- astmatiska barn. I motsats till detta hävdar flera andra studier motsatsen, att det inte förekommer någon skillnad alls

konditionsmässigt mellan astmatiska och icke-astmatiska barn och ungdomar. Deras resultat visar bl.a. att en stillasittande livsstil var den troliga orsaken till att astmatiska barn har dålig kondition och att de har potential att få en normalgod kondition genom att träna. Vidare kommer de fram till att astmatiska barn känner en högre grad av oro inför träning, men trots detta så tenderar de ha jämlika aktivitetsnivåer som icke-astmatiska barn.

Enligt Welsh et al. (2004) visar viss tidigare forskning att så länge de fysiska aktivitetsnivåerna är jämförbara mellan ett astmatisk och icke astmatiskt barn, är det astmatiska barnen kapabla till att uppnå en lika god kondition som de icke astmatiska barnen. Även Philpotts, Houghton och Luke (2010) artikel visar att barn med astma har liknande aktivitetsnivåer som jämnåriga icke-astmatiska barn, och båda grupperna skattade sin fysiska förmåga på liknande sätt. Sjukdomens svårighetsgrad och föräldrarnas oro inför sjukdomen kan vara möjliga barriärer till en normal fysisk aktivitetsnivå.

I Welsh et al. (2004) studie framkommer det att sju undersökta studier visar att konditionsprestationen är signifikant lägre hos de astmatiska barnen jämfört med de icke-astmatiska barnen; i sju andra studier visar resultatet på att ingen skillnad mellan grupperna kunde påvisas. Slutsatserna författarna drar av detta är att det förblir oklart huruvida signifikanta skillnader i aktivitetsnivån mellan astmatiska individer och icke-astmatiker existerar. Resultatet kunde inte påvisa någon skillnad i träningsfrekvens mellan astmatiska barn och icke-astmatiska barn. Inte heller var det någon skillnad i antalet timmar som spenderas på träning varje vecka. Däremot visade sig resultatet på vuxnas aktivitetsnivåer vara annorlunda. Där undersöktes mäns och kvinnors fysiska aktivitetsnivåer under pendling till och från arbetet, på arbetet och under fritiden. Författarna fann att både män och kvinnor med astma uppvisade betydligt lägre nivåer av fysisk aktivitet i alla tre undersökta domäner, när resultaten jämfördes med den icke-astmatiska gruppen. Bara 27 % av astmatikerna i studien mötte de rekommenderade fysiska aktivitetsnivåerna.

Majoriteten av studierna som undersökts av Welsh et al. (2005) visar att träningsprogram kan öka konditionen (syreupptagningsförmågan) hos barn och ungdomar med astma, och en stor del av studierna visar även att den självuppskattade hälsan ökar. Effekten av träning på ansträngningsrelaterad astma förblir kontroversiell då de flesta studier inte kan påvisa någon skillnad i reducering av varken allvarlighetsgrad eller förekomst. Trots detta tror man att barn och ungdomar med astma som har en bättre kondition troligen också har en förbättrad maximal andningskapacitet vid ansträngning. Därför är det troligt att ångesten som är kopplad till ett astmaanfall eller ansträngningsutlöst astma blir mindre hos individer med bättre kondition. En majoritet av de träningsstudier som gjorts har demonstrerat minskade astmasymtom så som antalet sjukhusinläggningar, frekvens med väsande eller pipande andningen,

doktorskontakt och medicineringsvanor, vilka alla bidrar till en ökning av upplevelsen av hälsa (Welsh et al., 2005).

Det är väldokumenterat att incidensen av ansträngningsutlöst astma efter korrekt profylaktisk medicinering är extremt låg. Flera nygjorda litteraturoversikter stödjer teorin med fördelarna och säkerheten med träning hos astmatiska individer. Även om studierna varierar vad gäller design, resultatmått, träningstyp, varaktighet, intensitet och hur resultatet redovisas, har majoriteten av studierna på barn och vuxna med astma visat förbättrade objektiva och subjektiva markörer för sjukdomen (Lucas & Platts-Mills, 2005).

Det mest intressanta är kanske inte huruvida astmatiker tränar eller inte tränar lika mycket som icke drabbade, utan snarare hur de känner inför fenomenet i sig. Hur påverkar det faktum att de lider av astma deras upplevelse av fysisk aktivitet, och i vidare mening hur påverkar det deras upplevelse av sin hälsa?

PROBLEMFORMULERING

För en person som lever med astma kan det i det dagliga livet uppstå frågor gällande sjukdomen som på ett eller annat sätt påverkar dennes livssituation. Dessa frågor kan härröra ifrån en osäkerhet på vilket sätt astma och fysisk aktivitet korrelerar. Det är viktigt att kartlägga, konkretisera och informera om sambandet mellan astma och fysisk aktivitet för att individer med sjukdomen inte ska bli begränsade i sin vardag pga. okunskap. Om detta görs kan deras kunskapsbehov tillfredsställas och förtjänster och/eller brister med fysisk aktivitet lyftas fram. För att kunna tillgodose behoven hos astmatiker och därmed minska deras lidande av sjukdomen är det viktigt att sjuksköterskan har kunskap om upplevelsen av att leva med en kroniskt obstruktiv lungsjukdom och hur detta påverkar personens förmåga samt upplevelse av fysisk aktivitet. Vad vi vill uppnå med detta arbete är att belysa viktiga faktorer rörande förhållandet mellan astma och fysisk aktivitet, och hur detta i sin tur påverkar individens upplevelse av hälsa.

SYFTE

Syftet är att beskriva hur förhållandet mellan den kroniska luftvägssjukdomen astma och fysisk aktivitet påverkar astmatikers upplevelse av hälsa. Vidare är syftet att undersöka om astma är en barriär för fysisk aktivitet och om astmatiker känner sig begränsade av sin sjukdom.

METOD

Vår litteraturstudie har gjorts utifrån Axelssons (2008) beskrivning. Resultatet är baserat på såväl kvalitativa som kvantitativa artiklar då detta lämpar sig för att finna en djupare förståelse för människors levda erfarenheter av exempelvis sjukdom, i detta fall astma. Genom att använda både kvalitativa och kvantitativa artiklar ges möjligheten att ta sig an ett problem genom olika perspektiv vilket ökar förståelsen för problemet, såväl teoretiskt som praktiskt (Axelsson, 2008). En litteraturstudie utförs genom att metodiskt söka och kritiskt granska vetenskapliga artiklar från aktuell forskning inom ett problemområde och som därefter analyseras och sammanställs till relevanta data som man fått fram (Friberg, 2006). Motivet bakom den valda modellen är, utifrån syftet med studien, att den överrensstämmer med målet för studien, som är att beskriva förhållandet mellan fysisk aktivitet och astma och hur detta påverkar individens upplevelse av hälsa. Genom att sammanställa tidigare forskning angående problemområdet kan detta uppnås.

Datainsamling

Till den här litteraturstudien använde vi oss av originalartiklar ifrån databaserna CINAHL och Pubmed. Sökningen efter artiklar pågick under februari och mars år 2012 och täckte perioden 1998 – 2011. Kriterierna för artiklarna var att de skulle vara publicerade i vetenskapliga tidskrifter samt hålla en god kvalitet. Sökorden som användes var; asthma, activity, physical activity, perceived health, quality of life, psychosocial, exercise, mental health, rehabilitation och perceived control. Sökorden användes i olika kombinationer för att få en bred sökning och för att se vilka artiklar som var återkommande. Detta för att få fram artiklar relevanta för vårt syfte. Genom att läsa abstractet på ett femtiotal artiklar kunde vi sortera bort de artiklar som inte motsvarade vårt syfte. Av dessa valdes tjugo artiklar ut för vidare granskning. Efter en mer noggrann granskning av de tjugo utvalda artiklarna valdes alla utom tio stycken bort eftersom de inte motsvarade syftet (se tabell 1). De exkluderas pga. att de inriktade sig på, för vårt arbete, ovidkommande faktorer. Genom manuell sökning (genomgång av tidigare litteraturstudier och referenslistor) hittades och granskades ytterligare artiklar, men dessa var antingen litteraturöversikter eller ej relevanta. Utöver de tio artiklar som valdes ut till resultatet hittade vi fem litteraturöversikter vilka vi använde till bakgrunden och diskussionen för att få relevant forskningsförankrat material. Resultatet av sökningen blev att tio stycken originalartiklar valdes ut som överrensstämde med vårt önskade syfte och dessa ligger till grund för vårt resultat. Fördelningen av artiklarna blev tre kvalitativa och sju kvantitativa vetenskapliga artiklar som ligger till grund för resultatet och dessa presenteras i bilaga 1.

Tabell 1. Sökhistorik:

Databas	Sökord	Begränsningar	Träffar	Valda
Cinahl	“Asthma” AND “Activity” AND “Quality of life”	Abstract Available; Peer Reviewed; Research Article, 1998-2011	52	4
Cinahl	“Asthma” AND Exercise AND psychosocial	Abstract Available; Peer Reviewed; Research Article, 1998-2011	21	2
Cinahl	“Asthma” AND “Physical Activity” AND “Mental health”	Abstract Available; Peer Reviewed; Research Article, 1998-2011	6	1
Cinahl	“Asthma” AND “Physical Activity” AND “Rehabilitation”	Abstract Available; Peer Reviewed; Research Article, 1998-2011	3	1
Pubmed	“Asthma” AND “Perceived health” AND “Activity”	Free full text, Research, Abstract, 1998-2011	23	2

Dataanalys

Vi utgick delvis från Axelssons (2008) tillvägagångssätt för att bearbeta och analysera data i litteraturstudier, och delvis från Fribergs (2006) beskrivning av analys av artiklar i litteraturöversikter. Båda författarna beskriver dataanalysen på liknande sätt, men genom att kombinera de båda förtydligades samt förenklades momentet. Då vi använde oss av såväl kvantitativa artiklar som kvalitativa fick vi angripa dem på olika sätt för att få ut de meningsbärande delarna. Det första vi gjorde var att noggrant läsa igenom alla artiklarna för att få en uppfattning om hela materialet. Nästa steg var att göra en

sammanställning av artiklarnas syfte, vilken metod som använts för undersökningen, vilket urval som ingår, samt varje artikels viktigaste resultat. Vi sammanställde delarna i en tabell (se bilaga 1) för att få en god översikt över artiklarna. Sammanställningen tydliggjorde även materialet i artiklarna och gav information om motsägelser och skillnader i studiernas resultat.

Efter det började vi gå från helhet till delar, för att därefter kunna nå en ny helhet och vårt resultat. Genom att utgå ifrån viktiga teman som fanns i materialet kunde vi hitta meningsfulla strukturer. Vi använde teman och subteman för att sammanföra överrensstämmande data och för att få ett lättöverskådligt material och på så sätt kunde vi skapa en grundstruktur för resultatet. Vi läste återigen igenom artiklarnas resultat och med hjälp av färgpennor fick varje kategori sin egen färg. Därefter sammanfattades all data som skulle vara med i litteraturstudien och de olika delarna sorterades in i den valda strukturen med teman och subteman.

Då vi var intresserade av hur astmatiker erfar och upplever sjukdomen inkluderade vi kvalitativa artiklar. Här använde vi oss av Fribergs (2006) analysmetod som bygger på fem steg. Modellen är vanlig i kvalitativa studier och bygger på att sönderdela resultatet till delar för att sedan sätta ihop delarna till en ny helhet. Enligt Axelssons (2008) är det nödvändigt att verkligen integrera de kvalitativa studierna och då genom att ta vara på de teman/kategorier som är relevanta för syftet. Eftersom en kvalitativ metod kräver att vi studerar helheter, var det viktigt att vi tog till vara på de huvuddrag och teman som framkom i artiklarnas resultat. Genom att göra detta kunde vi stärka den data som vi fann i de kvantitativa artiklarnas resultat.

De kvalitativa artiklarna analyserades enligt Fribergs (2006) modell i följande fem steg:

1. Granska artiklarna flera gånger för att skapa en helhetsuppfattning om artiklarna.
2. Identifiera nyckelfynden i varje artikels resultat.
3. Sammanställa varje artikels resultat.
4. Relatera artiklarnas resultat med varandra och identifiera likheter och skillnader.
5. Formulera en beskrivning med grund i de nya temana.

RESULTAT

Här beskrivs hur fysisk aktivitet påverkas av astma och individers upplevelser av hur det är att leva med sjukdomen utifrån valda artiklar. Vidare tas sambandet mellan astmasjukdomen och faktorerna information, kunskap och kontroll upp. Följande huvudteman och subteman har identifierats:

Tabell 2. Huvudteman och subteman:

Huvudteman	Subteman
Astma och fysisk aktivitet	<ul style="list-style-type: none">• Begränsningar av astma vid fysisk aktivitet• Fördelar och nackdelar med fysisk aktivitet vid astma
Information, kunskap och kontroll	
Astmatikers upplevelse av hälsa	<ul style="list-style-type: none">• Tankar och känslor inför fysisk aktivitet• Upplevd hälsa

Astma och fysisk aktivitet

Här framkommer vikten av fysisk aktivitet för individer med astma, samt vilka begränsningar som sjukdomen innebär för de drabbade. Artiklarnas resultat visar att barn tydligt begränsas av sin astma, främst då sjukdomen begränsar dem i utförandet av fysiska aktiviteter och att barnen har svårt att hålla samma tempo som sina kamrater. Vidare framkommer det att fysisk aktivitet har en positiv inverkan på individens fysiska förmåga, upplevelse av kontroll och leder till minskad påverkan av astmasymtom i det dagliga livet.

Begränsningar av astma vid fysisk aktivitet

I en undersökning (Rydström, Dalheim-Englund, Holritz-Rasmussen, Möller & Sandman, 2005) ombads barnen som deltog i studien att förklara vilka aktiviteter som begränsades pga. astman, och placera dem i ordning efter grad av påverkan. Av de 226 barnen som deltog i studien, rapporterade 173 av dem tre begränsande aktiviteter under den gångna veckan, 45 rapporterade två, 13 rapporterade en och 20 rapporterade inga begränsningar alls. De tre mest begränsade aktiviteterna var rapporterade av minst femton procent av barnen. Den största delen av både flickorna och pojkarna angav att begränsningarna främst påverkade förmågan att springa, cykla eller spela fotboll. Liknande resultat visades i en annan studie gjord av Basaran et al. (2006), där tre begränsade aktiviteter utmärkte sig mest under veckan före programmet. Löpning var den aktivitet som begränsades mest, därefter kom klättring och att spela fotboll. 96% av barnen i Rydströms et al. (2005) studie var knappt eller ganska bekymrade av faktumet att de inte kunde delta i lika hög grad som de andra barnen. I kontrast till detta uppgav över hälften av barnen att de hade varit väldigt, eller ganska bekymrade av astman när

de deltog i aktiviteter under den gångna veckan. I studien var flickorna i högre grad än pojkarna begränsade i sina aktiviteter. Även Al-Akour och Khader (2008) kom i sin undersökning fram till att de flickor som ingick i forskningen var mer begränsade i sina aktiviteter, mer besvärade av täthet i bröstet samt mer besvärade av sina symtom än pojkarna i studien. I samma studie beskrev sig en majoritet av de 200 barn som ingick i studien att de kände sig begränsade av sin astma, t.ex. när de lekte med vänner, sprang eller spelade fotboll. Hela 97 % av barnen svarade även att de, vid deltagande i diverse olika aktiviteter, kände sig ganska eller mycket besvärade av det faktum att de inte hade kunnat hålla jämna steg med sina kamrater under den senaste veckan. Av de 200 barnen som deltog i studien uppgav samtliga att de kände sig begränsade vid någon form av aktivitet de deltagit i, och en mycket stor del av barnen rapporterade även att de var ganska eller mycket besvärade av astmasymtomen de fick när de var fysisk aktiva. Det ska dock tilläggas att de barn som hade en måttlig till svår astma uttryckte att de kände sig mer begränsade i fysiska aktiviteter än de barnen med mild astma.

I Glazebrooks et al. (2006) studie kom författarna fram till att barnen i den astmatiska gruppen rapporterade mindre fysisk aktivitet under de senaste 24 timmarna jämfört med den icke-astmatiska gruppen, men en jämförbar mängd stillasittande aktivitet kunde skönjas. Att ha astma var den mest bidragande faktorn till lägre aktivitetsnivåer. Vidare visade det sig att barnen i astmagruppen hade en fyra gånger högre sannolikhet att vara överviktiga än barnen i den icke astmatiska gruppen. Detta tyder enligt författarna på ett samband mellan astma, lägre aktivitetsnivåer och övervikt.

Även föräldrar till barn med astma påverkas av sitt barns sjukdom. Majoriteten av föräldrarna (60.7 %), i Glazebrooks et al. (2006) studie, med astmatiska barn rapporterade att barnets astma var en barriär för fysisk aktivitet, medan endast 11,5% av föräldrarna i den icke-astmatiska gruppen identifierade barnets medicinska tillstånd som en barriär för fysisk aktivitet. 66.1% av barnen i den astmatiska gruppen rapporterade att astman var en barriär för att utföra fysisk träning, jämfört med endast 11,5% av barnen i den icke-astmatiska gruppen. I Williams et al. (2010) undersökning visade det sig att symtom på andnöd för många, såväl för de astmatiska barnen som för deras föräldrar, var ett tecken på att barnet hade nått gränsen för sin förmåga och både föräldrarna och barnen var rädda för att fortsätta efter denna gräns, då de fruktade att detta kunde leda till mer allvarliga astmasymtom.

I Emtner och Hedins (2005) undersökning blev de personer som deltog i testet uppdelade i två grupper, där den ena gruppen var astmatiker som sedan tidigare varit fysiskt aktiva och den andra gruppen var astmatiker som inte hade levt fysiskt aktiva liv. Innan träningsperioden började kände arton personer av de totala 21 deltagarna att de, i varierande grad, var begränsade i sitt liv pga. sin astma. De som ingick i den fysiskt inaktiva gruppen beskrev sig som mer begränsade än personerna i den aktiva gruppen samt att deras symtom var väldigt svåra. Samtliga deltagare i studien beskrev, innan

träningsprogrammet startade, att de hade problem med att på ett bra sätt hantera sin astma, de kunde och visste inte hur de skulle ta hand om eller agera vid en eventuell försämring av sjukdomen. Då de innan träningsprogrammet startade fick svara på ett frågeformulär baserat på den visuella analoga skalan (VAS), visade det att merparten av alla deltagare kände sig begränsade och att de hade problem med att, på ett effektivt sätt, hantera sin sjukdom.

Fördelar och nackdelar med fysisk aktivitet vid astma

En grupp forskare (Emtner, Hedin & Stålenheim, 1998) visar i sin rapport att, både efter den första tio veckor långa träningsperioden och under den treåriga uppföljningsperioden, deltagarna upplevde att deras förbättrade fysiska kapacitet faktiskt var bra för deras hälsa och endast påverkade deras sjukdom på ett positivt sätt. De subjektiva upplevelserna stärktes av fysiologiska mätningar. Det kardiovaskulära tillståndet, som mättes genom ett sexminuters cykeltest och ett tolvminuters gång- test, hade förbättras signifikant under den tio veckor långa rehabiliteringsperioden, och förblev förbättrad under den treåriga uppföljningsperioden. Antalet individer som hade ansträngningsutlöst astma minskade under treårsperioden. Trots att de respiratoriska parametrarna var oförändrade under hela testet, förändrades dessa patienternas liv definitivt. Alla patienter rapporterade att de hade förbättrat sin astmastatus under treårsperioden. De visste hur de skulle vara fysiskt aktiva och hade ingen rädsla för att anstränga sig. De hade ökat sin generella fysiska aktivitetsnivå och var mer aktiva i det dagliga livet (se tabell 3).

Tabell 3.

Före rehabiliteringen	Rehabilitering	Efter rehabiliteringen
<ul style="list-style-type: none"> • Hjälploshet • Oro • Fysisk inaktivitet 	<ul style="list-style-type: none"> • Kognitiv kunskap • Egenvård • Strategier • Fysisk träning • Sjukgymnastik 	<ul style="list-style-type: none"> • Kunskap om mediciner och egenvård • Känsla av trygghet • Fysisk aktivitet

(Emtner et al. 1998).

Fysiologiska förbättringar kunde även ses i Basaran et al. (2006) studie. I deras undersökning förbättrades testresultaten signifikant i träningsgruppen, både distansen i 6MWT (6-minute walk test) och resultatet i PWC 170 (physical work capacity at a heart rate of 170 beats per minute) testet ökade. Medicineringsresultatet förbättrades (minskat behov av medicinering i samband med astma) för båda grupperna. Signifikanta förbättringar kunde ses hos träningsgruppen i symtomskattningen vilket indikerar en bättre hälsostatus efter träningsperioden, kontrollgruppen visade inga förbättringar i

symptomskattningen. Träningsprogrammet hade ingen effekt på lungfunktionen förutom en signifikant ökning i PEF- värdet hos individerna i träningsgruppen.

En annan studie uppvisade även den resultat som indikerar en ökad fysisk förmåga efter fysisk aktivitet. Innan undersökningen började var lungfunktionen signifikant lägre hos individerna med astma än hos individerna i kontrollgruppen (anges i procent jämfört med normen): PEF, 89.0 ± 12.3 (astmagruppen) och 99.3 ± 15.8 (kontrollgruppen); FEV1, 74.2 ± 13.0 (astmagruppen) och 88.7 ± 16.1 (kontrollgruppen). Andningssvårigheter upplevdes oftare hos individer med astma än hos icke-astmatiker. För individerna med astma ledde fysisk aktivitet till ett förbättrat PEF- värde oavsett vilken tid på dygnet det mättes (Ritz, Rosenfield & Steptoe, 2010).

I Emtner och Hedins (2005) undersökning fanns det inga skillnader mellan den aktiva och den icke-aktiva gruppen i de fysiologiska parametrarna innan testet började, efter tio veckor eller efter tre år. Dock så var den fysiska prestationen signifikant bättre i både den aktiva och den icke-aktiva gruppen efter träningsperioden, och den förbättrade fysiska förmågan var upprätthållen vid uppföljningen tre år senare. Vidare visade data som samlats in med hjälp av ett frågeformulär baserat på VAS att både de aktiva och icke-aktiva astmatikerna, efter 10 veckors träning var mindre besvärade av sin astma i det dagliga livet. Efter 3 år då uppföljningen av studien ägde rum rapporterade alla i den aktiva gruppen och 9 av 11 i den icke-aktiva gruppen, att de inte längre kände sig begränsade av astman, och alla astmatiker som tidigare varit aktiva betonade att de nu inte längre räknade sig själva som astmapatienter, samt att astman inte längre bekom eller störde dem överhuvudtaget. Studien visade också att efter 3 år så levde nästan alla deltagare ett fysiskt aktivt liv, de var mindre besvärade av de konsekvenser som astman för med sig och kände inga begränsningar i det aktiva livet. De hade även förändrat sitt sätt att hantera sjukdomen och samtidigt ökat sin fysiska förmåga.

Information, kunskap och kontroll

I studierna framkommer det att en god och tillfredställande kunskap om sin sjukdom utgör en solid grund att stå på när det kommer till att hantera de prövningar som kan komma att uppstå pga. astman. Många av de astmatiska individerna i undersökningarna saknade en tillfredställande kunskap om sin sjukdom för att kunna hantera sjukdomen på ett bra sätt.

I studien som Emtner et al. (1998) genomförde visade det sig att alla deltagare som ingick studien, innan träningsperioden började, hade förhoppningar om att lära sig något av studien, men utav dessa hade 58% ingen särskild ide om vad de ville lära sig, och absolut inga förväntningar på att förbättra sitt sjukdomstillstånd. De återstående 42% hade en önskan om att få kunskap om hur de bättre kunde kontrollera sin sjukdom.

Enligt Calfee, Katz, Yelin, Iribarren och Eisner (2006) grundar sig patientens upplevelse av hälsa på upplevelsen av kontroll över astma. Att patienten kände att han/hon hade en högre och bättre upplevd kontroll av astmasjukdomen var associerat med en minskad risk att behöva besöka akutmottagningen eller blir inlagd på sjukhus pga. sjukdomen. En förbättrad upplevd kontroll var även förknippat med graden av astma, en bättre fysisk och psykisk hälsa samt en ökad livskvalitet. Även enligt Emtners et al. (1998) undersökning är god information viktigt för hur astmatiker upplever sin sjukdom, men även på vilket sätt informationen ges spelar roll. Deltagarna i studien hade vid studiens slut lärt sig, och erfärit, att med premedicinering och en lång uppvärmningsperiod fanns det inga begränsningar till fysisk träning. De uppskattade faktumet att de var övervakade av en sjukgymnast under träningen den första tiden. Patienterna underströk vikten av att vara i en liten grupp. De värderade högt det faktum att de fick träffa andra astmatiker, diskutera gemensamma problem och att supporta varandra, och de fann att det hjälpte dem att få bättre kontroll över sin astma. Blandningen av teoretiska samt praktiska moment i programmet hjälpte dem att få bättre förståelse och förmåga att hantera sjukdomen. Calfee et al. (2006) kom fram till att en ökad upplevd kontroll över sjukdomen kunde kopplas till färre depressionssymtom och ett minskat antal dagar då astmatikerna kände sig begränsade av sin astma. Detta kan även kopplas samman med en önskan om mer information och kontroll över sin sjukdom. Vidare rapporterade alla patienterna i Emtners et al. (1998) undersökning att de hade lärt sig mer om hur astmamedicinerna påverkade kroppen, hur de skulle medicinera och hur de skulle variera dosen t.ex. under ansträngning eller infektioner. Vidare hade de ökat sin kunskap om astmasjukdomen, utlösande faktorer och värdet i att föra PEF- lista. Förutom patienternas förbättrade förmåga till, och erfarenhet av fysisk träning, värderade de högt sin ökade kunskap och förmåga till egenvårdstekniker. Patienterna använde sina praktiska kunskaper till att kontrollera och behandla sin astma. Insikt och kunskap om stresshantering och avslappning rapporterades vara till stor hjälp vid hantering av symtomen i det dagliga livet. Andra uppskattade förmågor var tekniker för andning, inhalation och hosta.

Även barn med astma och deras föräldrar värdesätter information och kunskap om sjukdomen. I Glazebrooks et al. (2006) studie var det hela 35.7% av barnen i den astmatiska gruppen som ansåg att en bättre kontroll över sitt medicinska tillstånd skulle hjälpa dem att delta i sport och andra fysiska aktiviteter. I kontrast till detta ansåg endast 3.3 % av barnen i den icke-astmatiska gruppen att en bättre kontroll över sitt medicinska tillstånd skulle hjälpa dem i utförandet av sport och fysisk aktivitet. Man kom i studien fram till att många barn med astma har en önskan och vilja att få mer kontroll och bättre information om astmasjukdomen. Willams et al. (2010) genomförde en studie på vilka orsaker det fanns till varför barn med astma generellt har låga fysiska aktivitetsnivåer. Resultatet visade att både föräldrarna till, och barnen med astma ofta hänvisade sina

låga aktivitetsnivåer till de råd och information de fått från vårdcentraler eller andra vårdinrättningar.

Den nyvunna kunskapen om sjukdomen bidrog till att astmatikerna i Emtner och Hedins (2005) studie dels lärde sig mer om sjukdomen, men också blev mer fysiskt aktiva. I den aktiva gruppen svarade majoriteten av patienterna att träningen och informationen som de fick genom träningsrehabiliteringsprogrammet i studien både var rolig och givande, och att de efter det tio veckor långa programmet lättare kunde hitta olika träningsformer. Under uppföljningen av studien kunde alla i den aktiva gruppen samt 6 av de 11 astmatikerna i den icke-aktiva gruppen i intervjuer berätta att de förändrat sitt sätt att hantera sin sjukdom. Alla de aktiva astmatikerna hade ett mer problemfokuserat tillvägagångssätt i hanteringen av sin sjukdom, där de använde sig av kunskapen samt erfarenheterna de förvärvat under studien i det dagliga livet för att på bästa sätt kontrollera sin astma. Ett exempel på detta kunde vara att de använde sig av stressreducerande tekniker och olika andningstekniker för att kontrollera och hantera astman.

Astmatikers upplevelse av hälsa

I de granskade artiklarna uttryckte såväl vuxna som barn och ungdomar med astma, och även föräldrar, mycket tankar och känslor inför fysisk aktivitet. Återkommande uttryck och känslor var oro, bekymmer och frustration. Det framkommer även att astman har en negativ inverkan på många astmatikers upplevelse av hälsa.

Tankar och känslor inför fysisk aktivitet

Nästan 70% av deltagarna i Emtners et al. (1998) studie uttryckte att de kände oro inför fysisk aktivitet och träning. Individerna som levde inaktiva liv var oroliga inför all typ av fysisk ansträngning och konstaterade att de var begränsade även i sina vardagliga aktiviteter. Några av dem hade redan accepterat idén att de skulle leva stillasittande liv. Individerna i gruppen som var mer fysiskt aktiva hade svårt att träna pga. oron för att få astmasymtom, detta trots att de var medvetna om fördelarna med premedicinering och att en lång uppvärmning gynnade dem.

Barn med astma påverkas mycket av sin sjukdom och jämför sig ofta med icke-astmatiska jämnåriga. En grupp forskare (Rydström et al. 2003) kom fram till att mer än 50% av barnen hade varit väldigt, eller ganska bekymrade av astman när de deltog i aktiviteter under den gångna veckan. 42% av barnen kände väldigt ofta, eller ibland sig frustrerade pga. astman, och 33% upplevde att de inte kunde hänga med andra barn. Två av de granskade artiklarna kom fram till att flickor i högre grad än pojkar verkar påverkas av astman. I Rydströms et. al (2003) undersökning upplevde en högre grad av

flickorna jämfört med pojkarna sig bekymrade och frustrerade av astman pga. att de inte kunde hänga med andra, de kände sig annorlunda eller utanför, arga, oroliga, icke komfortabla och rädda för astmaattacker. I studien var flickorna i högre grad än pojkarna begränsade i sina aktiviteter och även emotionellt påverkade av astman. I Al-Akour och Khaders (2008) studie ingick 200 barn med astma, 68 tjejer och 132 pojkar. En större andel flickor än pojkar i studien uppgav i frågeformuläret att de kände sig annorlunda och utanför på grund av sin astma samt att astman gjorde dem frustrerade då de inte kunde hålla jämna steg med sina jämnåriga pga. rädslan för att drabbas av en astmaattack. Flickorna var också mer känslomässigt påverkade av astman än pojkarna i studien. I Williams et al. (2010) undersökning framkom det att tjejer var mer benägna än killar att förkorta aktiviteter för att förebygga astmasymtom.

Både barn med astma och deras föräldrar påverkas känslomässigt av sjukdomen. Föräldrarnas oro för att barnet ska drabbas av astmasymtom påverkar deras inställning till fysisk aktivitet. Detta är något som författarna Williams et al. (2010) lägger stor vikt vid. Det som i störst utsträckning påverkade barnets eller ungdomens delaktighet i aktiviteter under skoltid var deras och deras föräldrars uppfattning om förmåga och säkerhet att delta i fysisk aktivitet. Motviljan till att delta i vissa aktiviteter grundades i trosuppfattningar om att astma fysiskt begränsande hur intensivt det var säkert att träna och hur länge. Oron kom från en tro att särskilda aktiviteter utsatte barnen och ungdomarna för astmautlösande faktorer, så som miljöfaktorer, allergener och risken för överansträngning. Vissa levde efter ännu striktare gränser och regler, barnet kunde helt avstå från att delta pga. rädslan för att aktiviteten kunde trigga igång astmasymtomen. Även när föräldern till barnet, eller när barnet själv trodde att han/hon var potentiellt kapabel till att vara fysisk aktiv, så var både föräldrarna och barnen oroliga för säkerheten, de såg den fysiska aktiviteten som ett hot som man var tvungen att hantera snarare än något man kunde dra nytta av. Barnen i studien trodde att de kunde överanstränga sig genom att utöva en aktivitet för intensivt (springa för snabbt) eller för länge. För vissa kändes det bättre att inte utöva aktiviteten lika länge eller lika snabbt som andra barn.

Upplevd hälsa

I det dagliga livet före studien (Emtner et al. 1998) upplevde 81% av deltagarna en känsla av hopplöshet pga. astman. Individerna i studien upplevde även oro över att använda steroider (kortison) och dess möjliga bieffekter. De beskrev sig uppleva en osäkerhet kring sin framtida hälsa; skulle sjukdomen komma att leda till seriösa funktionshinder och behov av hjälp från andra på lång sikt? Astmatikerna kände att det inte gick att komma ifrån känslan av osäkerhet, eftersom de upplevde att de inte hade några medel för att förhindra eller lindra symtomen på egen hand. Astmaattackerna kom plötsligt och oväntat och de hade inget sätt att hantera dem förutom att åka till sjukhus.

71% av deltagarna rapporterade att de upplevde oro. Rädslan för andnöd och känslan av att kämpa för att få luft upplevdes som särskilt oroande. Patienterna upplevde osäkerhet och oro pga. oförutsedda försämringar och återfall av sjukdom, och de var inte kapabla till att skilja andnöd till följd av ansträngning från andnöd orsakad av bronkkonstriktion. Efter studien konstaterade patienterna att de kände att de hade kontroll över sjukdomen, de kände sig säkra och upplevde inte längre att sjukdomen var en begränsande faktor i livet. De upplevde dessutom en innerlig önskan om att ta ansvar över sin sjukdom.

En undersökning på äldre astmatiker visar en koppling mellan självupplevd hälsa och förekomsten av fysisk aktivitet. Resultatet av studien visar på att äldre astmatiska män med en mycket bra självupplevd hälsa, hade en 5.39 gånger så stor chans att vara fysiskt aktiva jämfört med män i samma ålder och med samma diagnos men som istället hade en låg självupplevd hälsa. Studien visar att samma sak gäller för äldre astmatiska kvinnor. Kvinnorna som hade en mycket god självupplevd hälsa var 4.81 gånger mer benägna att delta i fysisk aktivitet än de äldre kvinnorna med astma som hade en dålig självupplevd hälsa (Dogra, Meisner, Baker, 2008).

En undersökning gjord av Glazebrook et al. (2006) visar att det inte fanns någon skillnad mellan föräldragrupperna i hur de upplever barnens mentala styrkor och svagheter enligt undersökningsformuläret SDQ (strength and difficulties questionnaire). Däremot upplevde barnen i astmagruppen en högre grad av emotionella symtom. I astmagruppen var en högre poäng på undersökningsformuläret PAQ (physical activity questionnaire) kopplat till ett lägre resultat på SDQ, vilket indikerar att en högre grad av aktivitet är associerat med en bättre mental hälsa. En annan rapport påpekar att astman kan påverka känslan av samhörighet. Enligt Williams et al. (2010) kan de sociala fördelarna och i synnerhet upplevelsen av social acceptans undermineras av upplevda astmautlösande faktorer som begränsar barnens och ungdomarnas förmåga att delta i aktiviteterna fullt ut. För pojkar upplevdes det som en väldigt negativ påföljd att inte kunna delta fullt ut, speciellt då i lagidrotter och aktiviteter. I Rydströms et al. (2003) studie framkom det att en stor del av barnen kände sig väldigt ofta eller ibland trötta eller andlösa pga. astma. Känslan av täthet i bröstet och hosta gjorde mer än 50% av barnen väldigt bekymrade. Vidare framkom det att könet på barnet var signifikant kopplat till barnets känslor. Chansen att pojkar skulle ha en hög livskvalitet var dubbelt så stor som för flickor.

I Al-Akour och Khaders (2008) studie fick barnen med astma uppskatta sin livskvalitet den senaste veckan och i resultatet kunde man utläsa att deras svar pekade åt det negativa hållet på skalan av upplevd livskvalitet. I ett genusperspektiv visade det sig att barnets kön var signifikant associerat med dess känslomässiga upplevelse. Författarna kom fram till att det var 2.4 gånger större chans att pojkarna som deltog i studien skulle ha en hög livskvalitet jämfört med flickorna. En mycket stor del av de inkluderade barnen uppgav att deras astma påverkade dem på ett känslomässigt stadium, och så

mycket som 90% var ibland eller väldigt ofta frustrerade eller irriterade på grund av sin astma.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Genom att använda både kvantitativa och kvalitativa artiklar i litteraturstudien ges möjligheten att studera det valda problemet ur olika perspektiv, vilket ger en mer rättvis bild av verkligheten. Vår uppsats bygger på en granskning och analys av vetenskapligt publicerat material. Eftersom vi valde en kvantitativ och kvalitativ ansats var det dels viktigt att hitta representativ forskning till vårt valda problem och förklaringar till relevanta företeelser, och dels att hitta subjektiva upplevelser av sjukdomen. Vi anser att de inkluderade kvalitativa studierna berikar uppsatsen och tillför viktig information. En svårighet under litteratursökningen var att flera av artiklarna behandlade antingen astma och fysisk aktivitet, eller astma och upplevelse av hälsa/livskvalitet, men det var få som inriktade sig på att belysa sambandet mellan astma, fysisk aktivitet och individens upplevelse av hälsa. Genom att kombinera sökorden på olika sätt och börja med en bred sökning för att sedan avgränsa den steg för steg uppnåddes en hanterbar avgränsning med vilken vi kunde hitta relevanta artiklar som motsvarade vårt syfte och problemformulering.

Artiklarna i litteraturstudien är både kvantitativa (n=7) och kvalitativa (n=3). Under sökprocessen exkluderades flera artiklar pga. att de lade för stort fokus på faktorer som inte motsvarade vårt syfte. Dessa faktorer var bl.a. att fokus låg på övervikt, psykisk ohälsa eller att de saknade en vårdvetenskaplig ansats. Flera artiklar exkluderas även pga. studiens ursprung, detta för att vi ville lägga fokus på länder med liknande levnadsstandard som Sverige. Artiklarnas ursprung är: tre från Sverige, två från Amerika, en från Jordanien, Turkiet, Skottland, England och Kanada. Artikeln från Jordanien, vilken undersöker hur jordanska barn med astma upplever sin livskvalitet, inkluderades därför att den behandlade barns upplevelser av att leva med astma, och i sin strukturella uppbyggnad var lik en av de svenska artiklarna som tagits med. Det kändes intressant och relevant att jämföra dessa två artiklar eftersom de hade samma ansats och struktur. Det hade varit intressant, och möjligen en styrka för studien att inkludera fler artiklar från andra länder. Men vi upplevde att materialet hade blivit för omfattande för vår studie.

Tre av artiklarna behandlade, förutom patientens upplevelse, anhörigas och/eller skolpersonalens upplevelse av det undersökta ämnet. I tre av artiklarna delades astmatikerna in i träningsgrupper respektive kontrollgrupper, där träningsgrupperna fick

genomgå träningsprogram/rehabiliteringsprogram och därefter utvärdera sina upplevelser av astmasjukdomen. Vi ansåg att det var relevant att ta med dessa studier för att kartlägga och konkretisera sambandet mellan astma och fysisk aktivitet. Då vi ville ge en bred bild som täckte alla åldrar valde vi fem artiklar som undersökte barn och ungdomar, och de resterande fem undersökte vuxna över 18 år. Åldersspannet vi undersökte var stort, mellan sex och 70 år, och såväl barn, vuxna och anhöriga ingick i studierna. Det blev ett stort område att undersöka och kanske hade det, med tanke på den begränsade tiden vi har haft för att genomföra studien, varit bättre att inrikta sig på en mindre undersökningsgrupp. Totalt deltog fler astmatiska kvinnor än män i studierna. Dock deltog fler astmatiska killar (under 18 år) än flickor (under 18 år) i studierna som undersökte barn och ungdomar. Det hade naturligtvis varit optimalt om det var ett exakt lika antal kvinnor och män, samt flickor och pojkar som undersöktes.

Resultatdiskussion

Resultatdiskussionen följer vårt upplägg med teman och subteman. Vi har valt att utgå ifrån de tre huvudteman, och ett subtema, som ligger till grund för resultatet och diskuterar våra funna resultat utifrån dessa övergripande rubriker; Astma och fysisk aktivitet, fördelar och nackdelar med fysisk aktivitet vid astma, information, kunskap och kontroll samt astmatikers upplevelse av hälsa.

Astma och fysisk aktivitet

Resultatet i samtliga artiklar pekar på att bristande astmakontroll är en begränsande faktor för utövandet av fysisk aktivitet. I de studier som inbegriper träningsprogram, visar samtliga att en ökad fysisk kapacitet resulterar i en bättre astmastatus. Vidare framkommer det att fysisk aktivitet har positiv inverkan på individens fysiska förmåga, upplevelse av kontroll och leder till minskad påverkan av astmasymtom i det dagliga livet. Felipe A.R. et. al (2010) studie visar att astmasymtom reducerar patienters dagliga aktiviteter, försämrar deras hälsorelaterade livskvalitet, och ökar deras rapporter av oro och depression, vilka alla verkar vara kopplade till en minskad astmakontroll. Vårt resultat visar att fysisk aktivitet är viktigt för astmatikers såväl fysiska hälsa som upplevelse av hälsa. Det visar också att astman kan vara en barriär för fysisk aktivitet och träning för många personer med astma. Det framkommer också att astmatiker inte behöver vara fysiskt begränsade, och att de kan uppnå prestationsnivåer liknande dem som icke-astmatiker kan uppnå genom träning. Dock framkommer det i vårt resultat att astmatiker i många fall är mindre fysisk aktiva än den "friska" populationen, och att de pga. osäkerhet och rädsla drar sig för att utöva fysiska aktiviteter. Detta styrks av annan forskning som gjorts om ämnet. I en studie gjord av Katz, P. et al. (2010) undersöker författarna effekterna av olika luftvägssjukdomar och hur dessa påverkar uppskattade

livsaktiviteter. 74% av de 139 astmatiska deltagarna rapporterade minst en VLA (valued life activity) som påverkades av sjukdomen. Vidare upplevde 27% av astmatikerna att sjukdomen påverkade aktiviteter som var viktiga för dem i det dagliga livet. 15% av dem hade högt värderade livsaktiviteter som de var oförmögna att delta i. I Emtner och Hedins (2005) undersökning visade det sig att merparten av alla deltagare kände sig begränsade och att de hade problem med att, på ett effektivt sätt, hantera sin sjukdom.

Artiklarnas resultat visar att barn tydligt begränsas av sin astma, främst då sjukdomen begränsar dem i utförandet av fysiska aktiviteter och att barnen har svårt att hålla samma tempo som sina kamrater. Genom en korrekt användning av bronkdilaterande medicin inför fysisk aktivitet, och med en god kunskapsgrund om sjukdomen, bör majoriteten av barn och ungdomar med astma kunna idrotta med samma förutsättningar som den normala icke-astmatiska populationen. Detta hindras dock av den barriär av överbeskydd och okunskap som finns bland allmänheten. Tills dess att övertygelsen om att astma är en konstant begränsande faktor för träning hos barn och ungdomar ersätts av en medvetenhet om fördelarna med regelbunden fysisk aktivitet, kommer barn och ungdomar med astma fortsätta ha reducerade konditionsnivåer (Welsh et al., 2005).

Fördelar och nackdelar med fysisk aktivitet vid astma

Det tycks vara så att fördelarna med fysisk aktivitet och träning ger en ökad fysisk kapacitet, färre ansträngningsutlösta andningsbesvär och mindre rädsla inför ansträngning. Vilket innebär att den maximala syreupptagningsförmågan (VO₂) och den anaeroba förmågan ökar efter en träningsperiod. De positiva effekterna leder således till färre symtom, minskad konsumtion av astmamediciner och en bättre upplevd kontroll, vilket i sin tur torde leda till en ökad total upplevelse av hälsa. Vad forskningen inte kan visa är att en ökad fysisk aktivitetsnivå påverkar lungfunktionen hos astmatiker, förutom en förbättrad FEV₁-nivå (Basaran et al. 2006), (Ritz et al. 2010). Inte heller tycks det påverka bronkiell reaktivitet (Emtner & Larsson, 2005). Inga direkta nackdelar har kunnat påvisas med fysisk aktivitet och/eller träning hos personer med astma, däremot föreligger det risker som är viktiga att beakta. Enligt Philpott et al. (2010) finns det risker med träning för astmatiska individer, främst för dem med ansträngningsutlöst astma. Högintensiv träning kan trigga igång ett sådant genom en ökad minutventilation och respiratorisk värme/vatten förlust, vilket leder till ett fall i FEV₁. Vissa sporter/aktiviteter utsätter individerna för torr, kall luft, luftföroreningar och allergener, vilka kan trigga igång symtom.

I studierna vi har granskat framkom vissa återkommande kopplingar mellan fysisk aktivitet/träning och astmastatus. Vårt funna resultat överensstämmer i mångt och mycket med tidigare forskning. Träningsprogram tycks vara särskilt gynnsamma på både kort och lång sikt för astmatiker, både för den fysiska förmågan såväl som den

subjektiva upplevelsen av sjukdomen. I Emtner et al. (1998) studie framkom det att alla patienter hade förbättrat sin astmastatus under och efter treårsperioden. De hade ökat sin generella fysiska aktivitetsnivå och var mer aktiva i det dagliga livet. Även i Basaran et al. (2006) studie kunde signifikanta förbättringar ses hos träningsgruppen i symtomskattningen vilket indikerar en bättre hälsostatus efter träningsperioden. Inte heller här hade träningsprogrammet någon effekt på lungfunktionen förutom en signifikant ökning i PEF- värdet hos individerna i träningsgruppen. Ritz et al. (2010) kunde även dem påvisa att för individerna med astma ledde fysisk aktivitet till ett förbättrat PEF- värde oavsett vilken tid på dygnet det mättes. I Dogra et al. (2008) undersökning på äldre astmatiker hittade författarna ett tydligt samband mellan självupplevd hälsa och förekomsten av fysisk aktivitet. Liknande resultat uppvisades i Emtner och Hedins (2005) undersökning där alla individer i undersökningen hade förbättrat sin fysiska prestationsförmåga signifikant efter träningsperioden, och den förbättrade fysiska prestationen var upprätthållen vid uppföljningen tre år senare. De hade även förändrat sitt sätt att hantera sjukdomen och samtidigt ökat sin fysiska förmåga.

Vårt resultat stämmer överens med andra studier vilka visar att astmatiker kan träna säkert och har kapaciteten att signifikant öka sin kardiovaskulära förmåga och även sin livskvalitet. Utfallet av träning kan för personer med astma vara lika bra som de förbättringar man kan se vid användning av mediciner rekommenderade vid astma (Lucas & Platts-Mills, 2005). Enligt Emtner och Larsson (2005) uppnår astmatiker samma träningseffekter som friska personer, dvs. konditionen förbättras ca 5-20 procent efter en träningsperiod. En ökad fysisk aktivitetsnivå bör ge en mer hälsosam och mer konditionstränad astmatisk population, som kan leva ett mer fysiskt aktivt liv och även minska risken att drabbas av ohälsa pga. en stillasittande livsstil (Welsh et al. 2005). Resultaten är förenliga med flertalet rekommendationer och riktlinjer som finns för fysisk aktivitet och träning för individer med astma. Enligt Lucas and Platts-Mills (2005), konstaterar både ACSM (American Collage of Sports Medicine) och ATS:s (American Thoracic Society) riktlinjer att träning för patienter med astma är att rekommendera. Motionsträning är nyckelkomponenten för pulmonell rehabilitering. ACSM:s riktlinjer konstaterar att ”rådande bevis föreslår att standardprinciperna för träningsföreskrivningar (typ, frekvens, intensitet, och varaktighet) kan appliceras på patienter med respiratoriska sjukdomar, inklusive astma” (Lucas & Platts-Mills, 2005. s 932). Särskild försiktighet bör råda för de med svårbehandlad ansträngningsutlöst astma.

Riktlinjer för fysisk aktivitet och träning

Enligt Emtner och Larsson (2005).

- Personer med astma bör rekommenderas att bedriva fysisk träning. Vid träning förbättras den fysiska kapaciteten, och de ansträngningsutlösta besvären minskar.
- Träningen bör föregås av premedicinering och en lugn och stegrad uppvärmning, men för övrigt kan samma träningsprinciper som för friska individer användas. Vid ansträngningsutlösta andningsbesvär bör viss försiktighet med träning råda.

Enligt Jansson et al (2011).

- Alla patienter bör informeras om vikten av fysisk träning. Vid ansträngningsutlösta besvär är uppvärmning viktig, förutom luftrörsvidgande läkemedel.
- Viktnedgång kan förbättra astmakontrollen hos övervikta astmapatienter.

Enligt Philpott et al. (2010).

- Barn kan delta i alla fysiska aktiviteter om symptomen är välkontrollerade. Simning är mindre sannolikt att trigga igång ett ansträngningsutlöst anfall än löpning.
- Barn bör föra en tydlig historik över symptom, utlösande faktorer, behandling och återhämtningsperioden efter episoder av bronkospasm.
- Barn med astma bör inhalera beta-2 agonister 15 till 30 minuter före träning.

Information, kunskap och kontroll

I resultatet framkommer det ofta att bristen på information och kunskap hindrar individer med astma från att leva ett fysiskt aktivt liv, utan begränsningar. Dahlberg och Segesten (2010) beskriver att både den forskning som utgör grunden i deras bok samt andra studerade källor visar på att informationen som dagligen skall nå ut och brukas av patienter och dess anhöriga ofta är åsidosatt. Vidare menar de på att om patienter skall kunna leva ett så gott liv som möjligt trots sjukdom och kunna ta ansvar för sin egna hälsa, så behöver de kunskap om sin sjukdom och sitt tillstånd. Detta stämmer bra överens med det resultatet Emtner et al. (1998) kommer fram till, där deltagarna förutom en förbättrad förmåga till, och erfarenhet av fysisk träning, också högt värderade sina ökade kunskaper och förmågor till egenvårdstekniker. De praktiska kunskaperna och informationen de fick gjorde att de bättre kunde kontrollera och behandla sin astma. I Williams et al. studie från 2010 undersökte man vilka olika orsaker det fanns till varför barn med astma generellt har låga fysiska aktivitetsnivåer.

Det framkom att både föräldrarna till, och barnen med astma ofta hänvisade sina låga aktivitetsnivåer till de råd och information de fått från vårdcentraler eller andra vårdinrättningar. I Williams et al. studie från 2008 visade det sig att bristen på kunskap och information, på hur man skall agera vid ett astmaanfall, kan komma att leda till en överdriven försiktighet vid fysisk aktivitet. För att uppnå en god sjukdomskontroll anser vi att det är av yttersta vikt att personer med astma får adekvat information om sin sjukdom. Detta tar också Dahlberg och Segesten (2010) upp, där de förklarar att patienterna behöver en generell och allomfattande kunskap om den ohälsa eller hot om ohälsa som de ställs inför, för att kunna förstå och fatta beslut om de ska acceptera en föreslagen behandling eller vårdande handling. Utan god vetskap och information om sitt medicinska sjukdomstillstånd kan det ofta bli att patienten upplever sig hamna mellan personer inom vården som fattar beslut å deras räkning och då försummas patientens rättighet till självbestämmande. I HSL (1982:763) framkommer det att vården skall bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. För att uppfylla detta är det viktigt att patienten får ta del den information och kunskap som finns att tillgå. Det är sjukvårdens, och sjuksköterskans roll att hjälpa patienten att uppnå kontroll över sjukdomen så att patienten kan känna att han/hon har kontroll över sin sjukdom och sitt liv. Dahlberg & Segesten (2010) sträcker sig så långt att de menar på att främja lärandet inom vården i dess vidaste mening, kanske är den viktigaste av alla vårdhandlingar. Lärandet är en naturlig och viktig uppgift för vårdare av alla kategorier och det utgör en betydande och avgörande del för att patienten ska få den goda vård som eftersträvas. Williams et al. (2008) studie påpekar tre troliga sammankopplade faktorer som påverkar graden av aktivitet hos barn och ungdomar med astma: synen på sjukdomens allvarlighetsgrad hos unga människor; föräldrars och familjens syn på sjukdomen; och kunskapen och attityder hos lärare och skolorganisationen. Även här kan man se vikten av kunskap samt informationen för att astmatiker, i det här fallet hos barn och ungdomar, inte ska bli begränsade i livet, och inte minst i utförandet av fysisk aktivitet.

Enligt Dahlberg och Segesten (2010) innebär ett vårdvetenskapligt präglad vårdande att stödja patientens möjligheter att hjälpa sig själv och att mer aktivt hjälpa precis när det behövs. Samtliga deltagare i Emtner och Hedins (2005) studie beskrev, innan träningsprogrammet startade, att de hade problem med att på ett bra sätt hantera sin astma, de kunde och visste inte hur de skulle ta hand om eller agera vid en eventuell försämring av sjukdomen. Dahlberg och Segesten (2010) beskriver att sjuksköterskan, som har sin grund i vårdvetenskapen, ska fungera som en medlare mellan vetenskapens värld och patientens, alltså ett möte mellan vetenskapen och livsvärlden, med fokus på patientens upplevelse av sin hälsa, sitt lidande och/eller vård. För sjuksköterskan handlar det om att kunna omsätta sina expertkunskaper i handling och samtidigt utveckla en öppenhet och följsamhet för individens livsvärld. Att fungera som en medlare kan innebära att samordna patientens vård, så att patienten hänvisas till den vårdinstans som kan ge individen den bästa möjligheten att få god vård. Individer med

astma som har en låg fysisk kapacitetsnivå och/eller problem med att aktivera sig fysiskt behöver hjälp komma igång med träningen. Ett bra alternativ kan vara att personer med astma under en period tränar under överinseende av sjukgymnast för att lära sig om kroppens reaktioner på ansträngning och tillvägagångssätt vid obstruktiva besvär osv. Vid optimal sjukdomskontroll kan astmatikern träna på såväl submaximal som maximal intensitetsnivå utan att få ansträngningsutlösta andningsbesvär (Emtner & Larsson, 2005). Astmatiker har ofta ett komplext förhållningssätt till fysisk aktivitet. Ofta vet personer med astma att fysisk aktivitet är gynnsamt i det långa loppet, och att sjukdomen förbättras (mindre astmasymtom) på sikt av fysisk aktivitet. Men samtidigt kan det orsaka symtom till följd av ansträngningsutlöst bronkobstruktion, vilket skapar oro.

I de artiklar vi använde oss av till arbetet kan man skönja att bristfällig information om astmasjukdomen, både för patienter men även deras anhöriga, ofta utgör grunden till den oro och rädsla inför fysisk aktivitet i det dagliga livet som tycks vara närvarande i de allra flesta fall. Efter att ha studerat och granskat dessa artiklar kom vi som sagt inte bara fram till att det ofta var okunskap och bristfällig information om sjukdomens samband med fysisk aktivitet som skapade oro hos astmatikern och dess anhöriga, utan också det motsatta. Vilket var att patienter som hade en god och gedigen kunskapsbas att stå på när de kom till hur de skulle förhålla sig till sin astma och fysisk aktivitet, ofta kände sig obegränsade av sin astma i det dagliga livet. Under arbetets gång har vikten av en god kunskap om både sjukdomen, om korrekt premedicinering och om fysisk aktivitet lyfts fram. Detta betyder mycket för individer med astma som tidigare känt sig begränsade vid fysisk aktivitet.

Astmatikers upplevelse av hälsa

I Hjärt-Lungfondens (2010) rapport beskrivs det att barn påverkas mycket av de begränsningar som astman kan bidra till, och att barn med astma har en längtan efter "ett normalt liv". Då sjukdomen blir ett hinder för ett normalt liv kan barnen känna sig utanför och uttrycka saknad, skuld, ensamhet, oro och rädsla. I Akour och Khaders (2008) studie kände hela 97 % av barnen att de, vid deltagande i diverse olika aktiviteter, kände sig ganska eller mycket besvärade av det faktum att de inte hade kunnat hålla jämna steg med sina kamrater under den senaste veckan. Majoriteten av barnen var begränsade av astman vid fysisk aktivitet, och många av dem besvärades av astmasymtom när de var fysiskt aktiva. Av de 226 barnen som deltog i Rydströms et al. (2003) studie rapporterade 173 av dem tre aktiviteter som hade begränsats pga. astman under den gångna veckan. Vidare uppgav 66.1% av barnen i den astmatiska gruppen i Glazebrooks et al. (2006) studie att astman var en barriär för att utföra fysisk träning. Enligt Williams et al. (2010) kan upplevelsen av social acceptans undermineras av upplevda astmautlösande faktorer som begränsar barns och ungdomars förmåga att delta

i aktiviteter fullt ut. Hjärt-Lungfonden (2010) skriver att när barn känner att de besitter kunskap om hur sjukdomen kan hanteras och känner att människor vill hjälpa dem, och även tillit till sina läkemedel, upplever de att de kan leva ett ”normalt liv”.

I de studier som har inkluderat föräldrar till barn med astma, framkommer det att dessa ofta upplever osäkerhet, rädsla och oro för barnets hälsa. Detta styrks av Hjärt-Lungfonden (2010), där flera mammor beskriver känslor av vemod och att de intar en skyddande attityd. De vill alltid finnas tillgängliga för barnet pga. rädslan och osäkerheten, vilket leder till bundenhet och kontroll. Majoriteten av föräldrarna (60.7 %), i Glazebrooks et al. (2006) studie, med astmatiska barn rapporterade att barnets astma var en barriär för fysisk aktivitet. Williams et al. (2010) forskning visar att föräldrar i vissa fall fick barnet att avstå ifrån att delta i vissa aktiviteter pga. rädslan för att aktiviteten kunde trigga igång astmasymtomen. Både föräldrarna och barnen var oroad och såg den fysiska aktiviteten som ett hot som man var tvungen att hantera snarare än något man kunde dra nytta av.

Vårdarens förhållningssätt kan utgöra hela skillnaden mellan en vård som känns positiv och meningsfull, trots ett påtagligt sjukdomslidande och vårdlidande, och en vård som upplevs som meningslös och kränkande för den personliga integriteten. Ibland kan emellertid de närståendes lidande vara minst lika uttalat och påtagligt som patientens eget lidande (Dahlberg et al., 2003). Både barn med astma och deras föräldrar påverkas känslomässigt av sjukdomen. Föräldrarnas oro för att barnet ska drabbas av astmasymtom påverkar deras inställning till fysisk aktivitet. Detta är något som författarna Williams et al. (2010) lägger stor vikt vid. Det som i störst utsträckning påverkade barnets eller ungdomens delaktighet i aktiviteter under skoltid var deras och/eller deras föräldrars uppfattning om förmåga och säkerhet att delta i fysisk aktivitet. I undersökningen visade det sig att symtom på andnöd för många var ett tecken på att barnet hade nått gränsen för sin förmåga och att både föräldrar och barn var rädda för att fortsätta efter denna gräns, då de fruktade att detta kunde leda till mer allvarliga astmasymtom. Nästan 70% av deltagarna i Emtners et al. (1998) studie uttryckte att de kände oro inför fysisk aktivitet och träning. Individerna som levde inaktiva liv var oroliga inför all typ av fysisk ansträngning och konstaterade att de var begränsade även i sina vardagliga aktiviteter. Individerna i gruppen som var mer fysiskt aktiva hade svårt att träna pga. oron för att få astmasymtom. Ett liv med dåligt behandlad astma kan för den drabbade individen innebära ett lidande. Dahlberg et al. 2003 förklarar att när livet präglas av lidande kännetecknas det inte längre av den naturliga hållningen där kroppen så att säga ”bara finns där” och man kan delta relativt obehindrat i olika aktiviteter. Ohälsa och lidande har således en djupare innebörd än den som kan erbjudas i termer av symtom och diagnos. Det handlar istället om en förlorad förmåga, en förlorad tillgång till livet och världen. Lidande och ohälsa innebär att man fortfarande vill men inte kan. Den subjektiva kroppens autonomitet är rubbad och

skapar en obalans i tillvaron för den lidande människan. Tillvaron blir lika skör som den subjektiva kroppen. När kroppen bryter samman så bryter tillvaron samman.

Som sjuksköterska är det viktigt att ha i åtanke att olika personer upplever sin sjukdom på olika sätt. Det finns inget givet sätt på hur en individ hanterar astma, ingen given mall att utgå ifrån. Det är därför viktigt att utgå ifrån att varje individ är unik, och behöver en skraddarsydd behandlingsplan med allt vad det innebär. Alla patienter är enskilda individer och skall därmed bemötas och vårdas utifrån hur de upplever sin livsvärld (Wiklund, 2006). I vardagliga aktiviteter tar vi för givet att hälsan finns där, att kroppen assisterar oss och gör våra aktiviteter möjliga. Vid sjukdom, t.ex. under en period med svåra astmabesvär, kan detta omöjliggöras och kroppen kan bli ett hinder. (Segesten & Dahlberg, 2010). Det är viktigt att ha detta i åtanke när man rekommenderar fysisk aktivitet till personer med astma. Fysisk aktivitet inbegriper många faktorer, som går obemärkt förbi hos ”friska individer”, men som för astmatiker kan associeras med negativa tankegångar. Tankegångar som blir barriärer för fysisk hälsa, och därmed den subjektiva upplevelsen av hälsa.

En intressant aspekt som framkom i flera av artiklarna som undersökte barn och ungdomar var att flickor i högre grad än pojkar upplevde sig vara mer begränsade av sjukdomen. Såväl Al-Akour och Khader (2008) som Rydströms et al. (2003) kom i sina undersökningar fram till att de flickor som ingick i forskningen var mer begränsade i sina aktiviteter, mer besvärade av täthet i bröstet samt mer besvärade av sina symtom än pojkarna i studien. Vidare framkom det att könet på barnet var signifikant kopplat till barnets känslor. Chansen att pojkar skulle ha en hög livskvalitet var dubbelt så stor som för flickor. Vad detta beror på framgick inte i någon av studierna. Det är dock ett ämne som vi gärna hade tittat närmare på, och som vi anser vara viktigt att belysa.

Resultatet i de artiklar vi funnit och använt oss av i arbetet har tydligt visat att med astmadiagnosen kommer också en förändrad upplevelse av hälsa. I Emtners et al. (1998) studie kom man fram till att astman var grunden till att hela 81% deltagarna kände hopplöshet och oro i det dagliga livet. Man kan koppla detta till vad Wiklund (2006) beskriver som ett hälsohinder, i det här fallet är det astman som utgör ett hinder för att kunna uppleva en så god hälsa som möjligt. Det skulle kunna betyda att om man tar hand om och besvarar de frågor och funderingar som existerar hos många individer med astma, kan hälsohindret, i det här fallet astma, övervinnas. I Emtner et al. (1998) studie hade några av deltagarna, innan studien startade, accepterat tanken att de pga. av sin astmadiagnos skulle leva ett stillsamt och stillasittande liv. Efter träningsperioden erfor deltagarna en förbättrad upplevelse av hälsa och säkerhet. Kan man övervinna de fördomar som existerar rörande riskerna kring fysisk aktivitet och astma kan övertygelsen om att astmadiagnosen måste innebära ett hälsohinder fås bort. Detta skulle kunna skänka astmatiker en känsla av frihet och oberoende när de får klarhet i att

ett liv med astma inte behöver innebära ett liv fullt av begränsningar som de tidigare kanske trott.

SLUTSATSER

Praktiska implikationer

- Alla patienter är enskilda individer och skall därmed bemötas och vårdas utifrån hur de upplever sin livsvärld och erfar sin sjukdom. Det är viktigt att ha detta i åtanke när man rekommenderar fysisk aktivitet till personer med astma, då dessa ofta har ett komplext förhållningssätt till fysisk aktivitet.
- Träningsprogram tycks vara särskilt gynnsamma på både kort och lång sikt för astmatiker, både för den fysiska förmågan såväl som den subjektiva upplevelsen av sjukdomen. Individer med astma som har en låg fysisk kapacitetsnivå och/eller problem med att aktivera sig fysiskt behöver hjälp komma igång med träningen. Ett bra alternativ kan vara att personer med astma under en period tränar under överinseende av sjukgymnast.
- Det är sjukvårdens, och sjuksköterskans roll att hjälpa patienten att uppnå kontroll över sjukdomen så att patienten kan känna att han/hon har kontroll över sin sjukdom och sitt liv.
- Personer med astma bör rekommenderas att bedriva fysisk träning. Vid träning förbättras den fysiska kapaciteten, de ansträngningsutlösta besvären minskar och den upplevda hälsan förbättras i många fall.
- Barn med astma är en utsatt grupp, och sjukdomen kan vara ett hinder för att uppleva samhörighet och välmående. Genom en korrekt användning av bronkdilaterande medicin inför fysisk aktivitet, och med en god kunskapsgrund om sjukdomen, bör majoriteten av barn och ungdomar med astma kunna idrotta med samma förutsättningar som den normala icke-astmatiska populationen.
- Vidare forskning krävs rörande skillnader mellan pojkars och flickors upplevelse av sjukdomen astma.
- Med bättre information, klarare riktlinjer och en ökad fysisk aktivitetsnivå kan den astmatiska populationen bli mer hälsosam och mer konditionstränad. Detta ger möjligheter till att leva ett mer fysiskt aktivt liv och även minska risken att drabbas av ohälsa pga. en stillasittande livsstil.

Slutord

Då patientgruppen återfinns inom alla områden i sjukvården, är det viktigt att vi som vårdare har kunskap om sambandet mellan astma och fysisk aktivitet för att kunna ge patienten en god vård och adekvat information.

REFERENSER

- Al-Akour, N., & Khader, Y. (2008). Quality of life in Jordanian children with asthma. *International Journal Of Nursing Practice*, 14(6), 418-426.
- Axelsson, Å. (2008). Litteraturstudie. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s. 173-188). Lund Studentlitteratur AB
- Basaran, S., Guler-Uysal, F., Ergen, N., Seydaoglu, G., Bingol-Karakoc, G., & Altintas, D. (2006). Effects of physical exercise on quality of life, exercise capacity and pulmonary function in children with asthma. *Journal Of Rehabilitation Medicine* (Taylor & Francis Ltd),38(2), 130-135.
- Calfee, C., Katz, P., Yelin, E., Iribarren, C., & Eisner, M. (2006). The influence of perceived control of asthma on health outcomes. *Chest*, 130(5), 1312-1318.
- Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud, B-O., & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Dahlberg, K., Segesten, K. (2010). *Hälsa & vårdande i teori och praxis*.Stockholm: Natur och Kultur.
- Dogra, S., Meisner, B., & Baker, J. (2008). Psychosocial predictors of physical activity in older aged asthmatics. *Age & Ageing*, 37(4), 449-454.
- Emtner, M., & Hedin, A. (2005). Adherence to and effects of physical activity on health in adults with asthma. *Advances In Physiotherapy*, 7(3), 123-134.
- Emtner, M., Hedin, A., & Stålenheim, G. (1998). Asthmatic patients' views of a comprehensive asthma rehabilitation programme: a three-year follow-up. *Physiotherapy Research International*, 3(3), 175-193.
- Emtner, M., Larsson, K. (2005). Motion minskar de ansträngningsutlösta andningsbesvären vid astma. *Läkartidningen*, 102(9). Hämtad från http://www.lakartidningen.se/store/articlepdf/5/509/654_659.pdf
- Friberg, F. (2006). *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.

Glazebrook, C., McPherson, A., Macdonald, I., Swift, J., Ramsay, C., Newbould, R., & Smyth, A. (2006). Asthma as a barrier to children's physical activity: implications for body mass index and mental health. *Pediatrics*, 118(6), 2443-2449.

Janson, C., Ställberg, B. & Hesselmar, B. (2011). *Astma och KOL*. Hämtad från <http://www.lakemedelsverket.se/upload/om-lakemedelsverket/publikationer/lakemedelsboken/LB-2011-2012/Astma%20och%20KOL.pdf>

Hjärt-Lungfonden (2010). *Astma 2011*. Hämtad från http://www.hjart-lungfonden.se/Documents/Temaskrifter/Astma_2011.pdf

Hoskins, G., Neville, R., Powell, A & Williams, B. (2008). *exploring and explaining low participation in physical activity among children and young people with asthma: a review*. BMC Fam Pract. 2008 Jun 30;9:40.

Hälso- och sjukvårdslagen (1982: 763). Hämtad från <http://www.notisum.se/rnp/sls/LAG/19820763.htm>

Jahren Kristoffersen, N. (2005). Stress, coping och livsstilsförändringar. Ingår i N. Jahren Kristoffersen., F. Nortvedt & E-A. Skaug (Red.), *Grundläggande omvårdnad. Del 3* (s.206-270. Stockholm: Liber AB.

Katz, P., Gregorich, S., Eisner, M., Julian, L., Chen, H., Yelin, E., & Blanc, P. (2010). Disability in Valued Life Activities Among Individuals With COPD and Other Respiratory Conditions. *Journal Of Cardiopulmonary Rehabilitation & Prevention*, 30(2), 126-136.

Lucas SR., Platts-Mills TA. (2005). physical activity and exercise in asthma: relevance to etiology and treatment. *J Allergy Clin Immunol*. 2005 May;115(5):928-34.

Mendes, F., Gonçalves, R., Nunes, M., Saraiva-Romanholo, B., Cukier, A., Stelmach, R., & ... Carvalho, C. (2010). Effects of aerobic training on psychosocial morbidity and symptoms in patients with asthma: a randomized clinical trial. *Chest*, 138(2), 331-337. doi:10.1378/chest.09-2389

Pellmer, K. & Wramner, B. (2007). *Grundläggande folkhälsovetenskap*. Liber.

Philpott, J., Houghton, K., & Luke, A. (2010). Physical activity recommendations for children with specific chronic health conditions: juvenile idiopathic arthritis, hemophilia, asthma, and cystic fibrosis. *Clinical Journal Of Sport Medicine*, 20(3), 167-172. doi:10.1097/JSM.0b013e3181d2eddd

Ritz, T., Rosenfield, D. & Steptoe, A. (2010). Physical activity, lung function, and shortness of breath in the daily life of individuals with asthma. *Chest*, 138(4), 913-918. doi:10.1378/chest.08-3073

Rydström, I., Dahlheim-Englund, A.-C., Rasmussen, B., Moller, C. & Sandman, P.-O. (2005, juli). Asthma – quality of life for Swedish children. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 739-49

Welsh, L., Kemp, J., & Roberts, R. (2005). Effects of physical conditioning on children and adolescents with asthma. *Sports Medicine*, 35(2), 127-141.

Welsh, L., Roberts, R., & Kemp, J. (2004). Fitness and physical activity in children with asthma. *Sports Medicine*, 34(13), 861-870.

Wiklund, L. (2006). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Falun: Natur och Kultur

Williams, B. Gaylor Hoskins, G. Pow, J. Neville, R. Mukhopadhyay, S. Coyle, J. (2010). Low exercise among children with asthma: a culture of over protection? A qualitative study of experiences and beliefs. *Br J Gen Pract*. 2010 August 1; 60(577): e319–e326. Published online 2010 July 26. doi: 10.3399/bjgp10X515070.

WHO (2011). *Asthma, Fact sheet N°307, May 2011*. Hämtad från <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs307/en/index.html>

BILAGOR

Bilaga 1.

Författare, År, Tidskrift	Titel & Perspektiv	Syfte	Metod	Resultat
<p>Författare: Al-Akour, N., Khader, Y. År: 2008 Tidskrift: International Journal of Nursing Practice 2008; 14: 418-426.</p>	<p>Quality of life in Jordanian children with asthma. Patient- perspektiv.</p>	<p>Beskriva hur Jordanska barn med astma upplever sin livskvalitet.</p>	<p>Tvärsnittsstudie. Systematiskt slumpmässigt urval. 200 barn med astma (68 flickor & 132 pojkar) deltog i studien (7-17 år). PAQLQ användes för att mäta hur astma påverkade barnen i deras dagliga liv under den gångna veckan. Undersökningen delades in i 3 huvudteman; aktivitetsbegränsningar, symptom och känslomässiga upplevelser.</p>	<p>Barn med astma skattade sin livskvalitet på den negativa delen av skalan. De upplevde fler aktivitetsbegränsningar än begränsningar i känslomässiga funktioner och symtom. Den mest begränsade aktiviteten var att springa. Yngre barn, att vara flicka och att bo på landsbygden var associerat med en lägre livskvalitet.</p>
<p>Författare: Basaran, S., Guler-Uysal, F., Ergen, N., Seydaoglu, G., Bingol- Karakoç, G., & Altintas, D. År: 2006 Tidskrift: J Rehabil Med 2006; 38:130- 135</p>	<p>Effects of physical exercise on quality of life, exercise capacity and pulmonary function in children with asthma. Patient- perspektiv.</p>	<p>Undersöka hur regelbunden submaximal träning påverkar livskvaliteten, träningsskapacitete n och lungfunktionen hos astmatiska barn.</p>	<p>Randomiserad kontrollerad studie. 62 barn, 40 killar, 22 tjejer (medelålder 10,4) med mild till måttlig astma delades slumpmässigt in i antingen en kontrollgrupp, eller en träningsgrupp som deltog i ett måttligt intensivt träningsprogram i 8 v. PAQLQ användes för att utvärdera aktivitetsbegränsningar, symtom och känslomässiga upplevelser. Träningsskapaciteten utvärderades genom fysiska tester.</p>	<p>PAQLQ- resultatet förbättrades i båda grupperna, men var signifikant högre i träningsgruppen. Träningsskapaciteten förbättrades hos träningsgruppen Medicineringsbehovet förbättrades i båda grupperna, men symtomskattningen förbättrades endast i träningsgruppen. Hos träningsgruppen förbättrades PEF- värdet.</p>
<p>Författare: Calfee, C., Katz, P., Yelin, E., Iribarren, C. & Eisner, M. År: 2006</p>	<p>The Influence of Perceived Control of Asthma on Health Outcomes Patient-</p>	<p>Psykosociala faktorer spelar en viktig roll för hur man upplever sin astma. Studien designades för att studera hur upplevd kontroll</p>	<p>Genom en prospektiv kohort- studie samlades data in från 865 patienter (majoriteten kvinnor) som varit inlagda på sjukhus för vård pga. astma. Strukturerade telefonintervjuer samt intervjuer där deltagarna i ett</p>	<p>En bättre upplevd kontroll var kopplat till en bättre fysisk hälsostatus, bättre astmarelaterad livskvalitet och färre dagar där man kände sig begränsad i sina aktiviteter på grund av astma.</p>

<p>Tidskrift: Chest, Official publication of the American Collage of Chest Physicians.</p>	<p>perspektiv</p>	<p>av sin sjukdom kan påverka hälsostatus i olika fall.</p>	<p>formulär (PCAQ) fick värdera sin upplevda kontroll av astma genomfördes.</p>	
<p>Författare: Dogra, S., Meisner, B. & Baker, J. År: 2008 Tidskrift: Age and Ageing 2008; 37: 449-454.</p>	<p>Psychosocial predictors of physical activity in older aged asthmatic. Patient-perspektiv.</p>	<p>Att ta reda på/mäta prevalensen av fysisk aktivitet hos äldre astmatiker och att klargöra potentiella psykosociala speciella faktorer vid fysisk aktivitet.</p>	<p>Tvärsnittsdata tillgänglig från Canadian Community Health Survey (CCHS), cykle 2.1, användes. Det var totalt 1772 äldre astmatiker i studien (661 män, 1111 kvinnor). Grupperna som inkluderades var äldre personer mellan 45-64 år, samt 65-70 år.</p>	<p>En signifikant skillnad i förekommandet av fysisk aktivitet mellan äldre astmatiska kvinnor och medelålders astmatiska kvinnor, samt mellan äldre astmatiker jämfört med äldre icke-astmatiker. En signifikant korrelation mellan fysisk aktivitet och upplevd hälsa hos äldre astmatiska män hittades.</p>
<p>Författare: Emtner, M. & Hedin, A. År: 2005 Tidskrift: Advances in Physiotherapy</p>	<p>Adherence to and effects of physical activity on health in adults with asthma. Patient-perspektiv</p>	<p>Undersöka olika faktorer som kunde skilja mellan fysiskt aktiva och icke-aktiva vuxna astmatiker. Även att studera om det fanns någon skillnad i den fysiska aktivitetsnivån i det dagliga livet och hur astma påverkade individerna efter 3 år.</p>	<p>Kvalitativ studie. 21 (11 kvinnor, 10 män) astmatiker delades upp i två grupper om fysiskt aktiva respektive fysiskt inaktiva som båda fick genomföra ett tio veckors träningsprogram. Efter träningsprogrammet fick de information om hur de kunde fortsätta träna under de närmast tre åren. Man intervjuade alla deltagare efter tre år genom semi-strukturerade intervjuer.</p>	<p>Tre år efter studien var alla 21 deltagare fysiskt aktiva dagligen, mindre besvärade av sin astma samt alla beskrev att de hade en bättre kontroll över sin sjukdom.</p>
<p>Författare: Emtner M., Hedin, A. & Stålenheim, G. År: 1998 Tidskrift: Physiotherapy Research International,</p>	<p>Asthmatic patients' views of a comprehensive asthma rehabilitation programme: a three-year follow-up.</p>	<p>Syftet var att förklara skälen till varför astmatikerna gick med i ett rekommenderat träningsprogram, deras upplevelser av programmet och deras förmåga</p>	<p>Kvalitativ studie. 21(11 kvinnor, 10 män) stycken astmatiker (27-59 år) med mild till måttligt svår astma rekryterades från lung-allergimottagningen i Uppsala, Sverige. Patienterna deltog först i ett 10-veckors rehabiliteringsprogram. Därefter följdes de upp var 6-</p>	<p>Den nyvunna kunskapen och de förbättrade praktiska förmågorna bidrog till en bättre livssituation efter rehabiliteringen. Efter 3 år var samtliga deltagares liv karaktäriserade av bättre förmåga till egenvård, förbättrad fysisk förmåga och känsla av säkerhet.</p>

3(3), 1998.	Patient-perspektiv.	att hantera sjukdomsrelaterade problem före och efter den 3-åriga perioden.	e månad under en 3-årsperiod och intervjuades efter 3 år- de semistrukturerade intervjuerna var bandinspelade, transkriberade och reviderade.	Nästan hälften av deltagarna uttryckte en nyvunnen önskan om att ta ansvar för sjukdomen.
Författare: Glazebrook, C., McPherson, A., Macdonald, I., Swift, J., Ramsay, C., Newbould, R., & Smyth, A. År: 2006 Tidskrift: Pediatrics, Official Journal of The American Academy of Pediatrics.	Asthma as a Barrier to Children's Physical Activity: Implications for Body Mass Index and Mental Health. Patient-perspektiv	Att identifiera barriärer till fysisk aktivitet hos barn med astma och jämföra deras vanliga aktivitetsnivåer, BMI och känslomässiga välmående, med barn som hade andra sjukdomar.	Kvantitativ tvärsnittsobservationsstudie, inkluderande frågeformulär till både de astmatiska barnen (56 barn), de icke-astmatiska barnen (61 barn) och föräldrar till barn i någon av sjukdomsgrupperna (61 föräldrar). 55 killar, 62 flickor.	Barnen med astma rapporterade färre aktiviteter jämfört med kontrollgruppen inkluderande barn utan astma men med annan sjukdom. Astma var den största faktorn till lägre resultat på aktivitetsnivåformuläret. Barnen med astma hade också i större utsträckning känslomässiga svårigheter, men de astmatiska barnen med en hög aktivitetsnivå, hade också en bättre mental hälsa. Hela 60% av föräldrarna i astmagruppen ansåg att barnets hälsa var en barriär för fysisk aktivitet.
Författare: Ritz, T., Rosenfield, D. & Steptoe, A. År: 2010 Tidskrift: Chest, Official publication of the American Collage of Chest Physicians.	Physical Activity, Lung Function and Shortness of breath in Daily Life of Individuals With Asthma. Patient-perspektiv	Att studera sambandet mellan daglig fysisk aktivitet och lungfunktionen hos patienter med astma.	20 deltagare med diagnosen astma (14 kvinnor, 6 män) samt en kontroll grupp med 20 (14 kvinnor, 6 män) individer utan astma studerades med hjälp utav en elektronisk dagbok gällande fysisk aktivitet och spirometri (maximala utandningsflödet). Deltagarna fick värdera sina andningssvårigheter och intensiteten på deras fysiska och sociala aktiviteter för den senast halvtimmen. Detta genomfördes morgon, middag och kväll under en tre veckors period.	En högre grad fysisk aktivitet var förknippat med en signifikant högre och bättre lungfunktion. Det visade sig även också att starkare fysisk aktivitet utgjorde en positiv effekt på andningssvårigheter.

<p>Författare: Rydström, I., Dalheim-Englund, A-C., Holritz-Rasmussen, B., Möller, C. & Sandmand, P-O.</p> <p>År: 2005</p> <p>Tidskrift: Journal of Clinical Nursing 14, 739-749.</p>	<p>Asthma – quality of life for Swedish children.</p> <p>Patient-perspektiv.</p>	<p>Beskriva hur svenska barn med astma upplevde sin livskvalitet och att belysa tänkbara kopplingar mellan deras upplevelse av hälsa och särskilda faktorer.</p>	<p>Prospektiv tvärsnittsstudie. 226 barn med astma (84 flickor & 142 pojkar) och 371 föräldrar deltog i studien. (PAQLQ) användes för att mäta barnens livskvalitet. Enkäten visar på om barnens astma påverkar deras normala aktiviteter, deras symtom och hur denna påverkan inverkar på deras upplevelse av hälsa.</p>	<p>De flesta av barnen skattade sin livskvalitet på den positiva delen av skalan. Barnen rapporterade fler aktivitetsbegränsningar än begränsningar i känslomässiga funktioner och symtom. Den vanligaste aktivitetsbegränsningen var barnens förmåga att springa. Signifikanta associationer hittades mellan hög livskvalitet och att vara pojke, samt om barnet bodde i södra Sverige. Barnets livskvalitet var förenat med föräldrarnas upplevelse av livskvalitet.</p>
<p>Författare: Williams, B., Hoskins, G., Pow, J., Neville, R., Mukhopadhyay, S. & Coyle, J</p> <p>År: 2010</p> <p>Tidskrift: The British Journal of General Practice.</p>	<p>Low exercise among children with asthma: a culture of over protection? Å qualitative study of experiences and beliefs.</p> <p>Patient-perspektiv</p>	<p>Att undersöka orsakerna till varför barn med astma har låga fysiska aktivitetsnivåer och identifiera strategier för att förbättra aktivitetsnivån.</p>	<p>Kvalitativ studie byggd på djupgående intervjuer och fokusgrupper med 30 barn (15 flickor, 15 pojkar), 38 föräldrar och 28 personer ur skolpersonalen.</p>	<p>Den låga aktivitetsnivån kunde, förutom barnens rädsla, till stor del kopplas ihop med den rädsla som föräldrarna till barnen med astma kände inför fysiskt aktivitet och då vad som var möjligt och säkert för deras barn att utöva. Restriktioner infördes på grund av de upplevda farorna inför olika träningsformen i närvaro av astmautlösande faktorer</p>