

# Prehospitalt lindrande av panikångestpatienters lidande

## En netnografisk studie

Fanny Axberg

Examensarbete

Förstavårdare 2020

2024

# Lärdomsprov

Fanny Axberg

Prehospitalt lindrande av panikångestpatienters lidande – En netnografisk studie

Yrkeshögskolan Arcada: Förstavårdare, 2020

## Identifikationsnummer:

047721368

## Uppdragsgivare:

Yrkeshögskolan Arcada

## Sammandrag:

Panikattacker är någonting som förstavårdarna relativt ofta stöter på ute på fältet, men de kan ofta vara ganska svårdiagnostiserade bland annat på grund av de fysiska symptomen som kan förekomma. Panikattacker är ofta även svåra att vårda på fältet. Syftet med studien är att ta reda på hur panikångestpatientens lidande kunde lindras prehospitalt och förbättra förstavården av panikångest på kort sikt på fältet. Forskningsfrågorna är följande: 1. Hur beskriver människor sina upplevelser av panikattacker på diskussionsforum på internet? 2. Hur lindrar människor sina panikattacker? 3. Hur kan panikångestpatientens lidande lindras prehospitalt? En kvalitativ netnografisk forskningsmetod valdes för att söka svar på forskningsfrågorna och materialinsamlingen gjordes såväl på finska som svenska diskussionsforum på internet. 30 diskussionstrådar inkluderades i studien. Som teoretisk referensram fungerar vårdteoretiker Katie Erikssons teori om mänskligt lidande, som grundar sig i tanken att vårdarens främsta uppgift är att lindra lidande. Resultatet visar att de vanligaste fysiska symptomen som panikattacker medför är yrsel, andningssvårighet och hjärklappning, och att attackerna ofta uppkommer plötsligt. De populäraste metoderna för att hantera eller lindra en panikattack är olika andningsövningar, att koncentrera sig på någonting annat och att helt enkelt uthärda attacken. Dessa metoder kan användas inom förstavården för att försöka hjälpa patienter stävja panikattacker.

## Nyckelord:

Förstavård, panikångest, panikattack, hanteringsmetoder

# **Degree Thesis**

Fanny Axberg

Prehospital alleviation of suffering among panic disorder patients – A netnographic study

Arcada University of Applied Sciences: Paramedic 2020

## **Identification number:**

047721368

## **Commissioned by:**

Yrkeshögskolan Arcada

## **Abstract:**

Panic attacks are something that paramedics encounter relatively often in the field, but they can often be quite difficult to diagnose, partly because of the physical symptoms that can occur. Panic attacks are also therefore often difficult to treat in the field. The aim of this study is to find out how the suffering of the panic attack patient could be alleviated prehospitally and improve the short-term management of panic attacks in the field. The research questions are: 1. How do people describe their experiences of panic attacks on discussion forums on the internet? 2. How do people alleviate their panic attacks? 3. How can the suffering of panic disorder patients be alleviated prehospitally? A qualitative netnographic research method was chosen to answer the research questions, and the material was collected from both Finnish and Swedish online discussion forums. 30 discussion threads were included in the study. The theoretical frame of reference for the study is the theory of human suffering, of care theorist Katie Eriksson, which is based on the idea that the primary task of the caregiver is to alleviate suffering. The study results show that the most common physical symptoms of panic attacks are dizziness, difficulty breathing and palpitations, and that the attacks often occur suddenly. The most popular methods of coping with, or alleviating a panic attack are various breathing exercises, concentrating on something else and simply enduring the attack. These methods can also be used by paramedics in the field to try to help patients control their panic attacks.

## **Keywords:**

Emergency medicine, panic disorder, panic attack, coping-methods

# Opinnäyte

Fanny Axberg

Paniikkihäiriöpotilaiden kärsimyksen lievittäminen ensihoidossa – Netnografinen tutkielma  
Yrkeshögskolan Arcada: Ensihoitaja 2020

## Tunnistenumero:

047721368

## Toimeksiantaja:

Yrkeshögskolan Arcada

## Tiivistelmä:

Ensiapuhenkilöstö kohtaa paniikkikohtauksia suhteellisen usein kentällä, mutta niiden diagnoosi voi olla usein melko vaikeaa, mikä johtuu osittain fyysisistä oireista, joita voi esiintyä. Paniikkikohtauksia voi tästä syystä usein olla vaikea hoitaa kentällä. Tutkimuksen tavoitteena on selvittää, miten paniikkikohtauspotilaan kärsimystä voitaisiin lievittää prehospitalisesti ja parantaa paniikkikohtausten hoitoa kentällä. Tutkimuskysymykset ovat: 1. Miten ihmiset kuvaavat kokemuksiaan paniikkikohtauksista internetin keskustelupalstoilla? 2. Miten ihmiset lieventävät paniikkikohtauksiaan? 3. Miten paniikkihäiriöpotilaiden kärsimystä voidaan lievittää prehospitalisesti? Tutkimuskysymyksiin vastaamiseksi valittiin kvalitatiivinen verkkotutkimusmenetelmä, ja aineisto kerättiin sekä suomalaisilta että ruotsalaisilta verkkokeskustelupalstoilta. 30 keskusteluketjua otettiin mukaan tutkimukseen. Tutkimuksen teoreettisena viitekehyksenä on hoitoteoreetikko Katie Erikssonin teoria inhimillisestä kärsimyksestä, joka perustuu ajatukseen, että hoitajan ensisijainen tehtävä on lievittää kärsimystä. Tutkimuksen tulokset osoittavat, että paniikkikohtausten yleisimmät fyysiset oireet ovat huimaus, hengitysvaikeudet ja sydämentykytykset. Tuloksista selviää myös, että kohtaukset ilmenevät usein äkillisesti. Suosituimmat menetelmät paniikkikohtauksesta selviytymiseen tai sen lievittämiseen ovat erilaiset hengitysharjoitukset, keskittyminen johonkin muuhun ja yksinkertaisesti kohtauksen selättäminen. Näitä menetelmiä voidaan myös käyttää ensihoidossa, auttamaan potilaita selättämään paniikkikohtauksia.

## Avainsanat:

Ensihoito, paniikkihäiriö, paniikkikohtaus, hallitsemismenetelmiä

# Innehåll

<b>1</b>	<b>Inledning</b>	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>Bakgrund</b>	<b>6</b>
2.1	Centrala begrepp	6
2.2	Ångest	7
2.3	F41.0 Panikångest	8
2.4	F40.0 Agorafobi	8
2.5	Hyperventilering	9
2.6	Vård och självhjälp	9
2.7	Incidens	10
<b>3</b>	<b>Tidigare forskning</b>	<b>11</b>
3.1	Igenkänning och vård av panikångest på jourpolikliniken	11
3.2	Panikångest inom allmänmedicin	11
3.3	Panikångest och fysisk ansträngning	12
3.4	Faktorer som inverkar på patienters beslut att söka hjälp vid sin värsta panikattack	12
3.5	Första-hjälpen riktlinjer för panikattacker	13
3.6	Behandling av panikattacker med biblioterapi och interventioner med minimal kontakt	13
3.7	Styrd självhjälp för paniksymptom på internet	14
<b>4</b>	<b>Teoretisk referensram</b>	<b>16</b>
4.1	Sjukdomslidande	16
4.2	Vårdlidande	16
4.3	Livslidande	17
4.4	Lindra lidande	18
<b>5</b>	<b>Syfte och frågeställning</b>	<b>19</b>
<b>6</b>	<b>Forskningsmetod och datainsamling</b>	<b>20</b>
6.1	Netnografisk forskningsmetod	20
6.2	Datainsamling	21
6.2.1	Avgränsningar	21
6.3	Analysmetod	22
<b>7</b>	<b>Etiska överväganden</b>	<b>24</b>
<b>8</b>	<b>Resultatredovisning</b>	<b>25</b>
8.1	Upplevelse av panikattack	25
8.2	Tips för lindrande av en panikattack	26
<b>9</b>	<b>Diskussion</b>	<b>29</b>
9.1	Resultaten i förhållande till bakgrundslitteraturen	29

9.2	Resultaten i förhållande till den teoretiska referensramen .....	30
9.3	Resultaten i förhållande till studiens syfte och frågeställning .....	32
9.4	Allmän diskussion .....	32
<b>10</b>	<b>Kritisk granskning .....</b>	<b>34</b>
<b>11</b>	<b>Källförteckning .....</b>	<b>35</b>

## **BILAGA 1. PDSS-SR frågeformuläret och tolkning av poängen**

# 1 Inledning

Identifiering av panikångest i den prehospitala akutsjukvården är inte alltid helt lätt. Panikångest eller panikattacker kan vid första anblick presentera sig som en allvarlig störning i en eller flera av de grundläggande vitala funktionerna med kraftiga symptom i form av exempelvis andnöd och bröstsmärta, men vid närmare undersökning märker man att de vitala parametrarna befinner sig inom de normala referensramarna fastän patienten både ser ut och känner sig döende.

Då en person ringer efter ambulans är förstavårdarna den första kontakten patienten får med vårdkedjan. Förstavårdarna ger på så sätt ett första intryck av hela hälsovården vilket kan påverka hur patienten upplever vården i sin helhet. Det första mötet med patienten blir därmed mycket betydelsefullt. Med god vård och ett gott bemötande där man verkligen visar att man tar patienten på allvar kan man direkt skapa en trygg och lugn miljö för patienten och bidra till ett positivt första intryck av vårdkedjan.

Enskilda panikattacker är mycket vanliga, mer än var femte människa upplever en panikattack under sin livstid och 2–3% av befolkningen i Finland lider i något skede i livet av panikångest. (Huttunen & Socada, 2020a) Detta innebär att förstavårdarna i sitt arbete relativt ofta stöter på patienter med panikångest. Ändå omges denna patientgrupp av stigma och fördomar, och bemötandet av förstavårdarna är inte alltid på topp.

I en artikel publicerad på nyhetsplattformen Svenska Yle år 2018 (Gröhn & Rautoma, 2018) berättar Monica Björkell-Ruhl om sin upplevelse av förstavården då hon drabbades av en panikattack. Björkell-Ruhl hade drabbats av en svår panikattack och hennes man hade ringt nödcentralen som skickat ut en ambulans. Enligt Björkell-Ruhl hade förstavårdarna som anlände bemött henne beskyllande och hennes ångest under panikattacken hade förvärrats som följd av detta. Överlag hade upplevelsen varit extremt negativ för Björkell-Ruhl.

Det är fall såsom detta som får mig att tro att många inte tar panikångest och panikattacker på allvar, även inom förstavården. Fastän en patient som lider av en panikattack är i fysiskt gott skick och inte svävar i direkt livsfara, är ändå den mentala belastningen enorm

i och med att det verkligen kan kännas som att man håller på att dö. Då hör det till vårda-rens plikt att ändå göra vårt yttersta för att lindra patientens lidande i stunden, fastän det bara skulle vara att hjälpa patienten att lugna sig.

Genom att analysera vad som skrivs om människors upplevelser av panikattacker på olika diskussionsforum på internet, kan man få en inblick i hur en panikattack i allmänhet kan se ut och kännas, samt vad som kan göras för att lindra symptomen. Panikattacker brukar ofta gå om av sig själv relativt snabbt men känns för det mesta mycket obehagliga. (Huttunen & Socada, 2020b)

Målet med studien är att hitta svar på hur en panikångestpatients lidande kan lindras prehospitalt, genom att på olika diskussionsforum på internet analysera hur personer som någon gång drabbats av en panikattack beskriver sina upplevelser av panikattacker, och vad de gjort för att få dem att gå över.

## 2 Bakgrund

I detta kapitel presenteras en lista på centrala begrepp samt teoretisk bakgrund till ångest, panikattacker, panikångest, agorafobi samt hyperventilering för att ge läsaren en bättre helhetsbild av ämnet som behandlas i detta examensarbete. Även vård och självhjälp för panikattacker och agorafobi presenteras, såväl som de olika diagnosernas koder enligt ICD-10 klassificeringen av sjukdomar tas upp.

### 2.1 Centrala begrepp

**Prehospital akutsjukvård:** Synonym till förstavård. Enligt Social och hälsovårdsministeriet (2023) innebär prehospital akutsjukvård (på finska ”ensihoito”) snabb medicinsk intervention och vid behov förflyttning av en individ som plötsligt drabbats av sjukdom eller skada till ändamålsenlig vårdplats, med målet att förse patienten med omedelbar vård. Den prehospitala akutsjukvården är på så sätt en integrerad del av det övergripande hälso- och sjukvårdssystemet.

**Fältet:** Arbetsområdet för ambulansen

**Förstavårdare:** Vårdpersonal som jobbar i ambulansen

**Grundläggande vitala funktioner:** Till de grundläggande vitala funktionerna som noggrant uppföljs inom förstavården hör andningen, blodcirkulationen och medvetandegraden. Allvarliga störningar i någon av dessa kan vara livshotande. (Kuisma, Holmström, Nurmi, Porthan, & Puolakka, 2021)

**Vitala värden:** Vitala värden innebär mätresultat av de vitala funktionerna. Inom förstavården görs dessa undersökningar och mätningar systematiskt enligt en så kallad cABCDE-modell som presenteras i figur 1 nedan. (Naarajärvi & Telkki, 2019)

cABCDE	Undersökningar och mätningar
c = Critical bleeding = Kritisk blödning	Finns det synliga massiva yttre blödningar?
A = Airway = Andningsväg	Kolla ifall andningsvägen är öppen

B = Breathing = Andning	Räkna andningsfrekvens (AF) Bedöm andningsarbetet Mät syresaturationen (SpO2) Lyssna på andningsljuden
C = Circulation = Blodcirkulation	Känn på a. Radialis, känns den? Hudens värmegränser och färg Pulsfrekvens (P) Blodtryck (RR) Hjärtats rytm EKG v.b.
D = Disability = Medvetandegrad	Bedöm medvetande graden m.h.a. GCS-skalan Undersök neurologin (styrkeskillnader i armarna, pupillerna, osymmetri i ansiktet) Mät blodsockret och v.b. ketonhalten Gör v.b. alkoholmätning av utandningsluften
E = Exposure = Exponering	Kroppstemperaturen Be patienten bedöma smärtan på en skala 0-10 (NRS) Undersök kroppen för ev. skador Exponera med att klä av patienten v.b.

Figur 1. cABCDE modellen.

## 2.2 Ångest

Ångest är ett sinnestillstånd som innefattar obehagliga känslor, däribland oro, rädsla, rastlöshet och spänning. I allvarligare fall kan även ren skräck och känslor av panik förekomma. Ångest kan även medföra fysiska symptom såsom bland annat förhöjd puls, svettning och huvudvärk. Alla människor upplever ångest någon gång i livet; vissa upplever det oftare än andra och vissa kraftigare eller svagare. Om ångesten blir långvarig

och är så kraftig att den påverkar det dagliga livet är det fråga om ett ångestsyndrom. (Institutet för Hälsa och Välfärd, 2022)

Ångestsyndrom fungerar som ett samlingsnamn för en grupp psykiska störningar med återkommande eller konstant ångestkänsla som främsta gemensamma faktor. (Ahdistu-neisuushäiriöt: Käypä hoito-suositus, 2019) Till de vanligaste ångestsyndromen hör generaliserat ångestsyndrom (F41.1) och social fobi (F40.1), samt agorafobi (F40.0), alltså rädsla för offentliga platser, och paniksyndrom (F41.0) som även kallas panikångest. (Institutet för Hälsa och Välfärd, 2022)

### **2.3 F41.0 Panikångest**

Panikångest är en form av ångestsyndrom som kännetecknas av kraftiga återkommande panikattacker, det vill säga plötsliga intensiva ångestfall. (Huttunen & Socada, 2020a) Symptomen vid en panikattack är individuella men vanligt är bland annat hjärtklappningar, andnöd, bröstsmärta, svindel, domningar, illamående, svettningar och en känsla av att man kvävs. Typiskt är att symptomen uppkommer plötsligt och snabbt blir kraftiga. Det är vanligt att starka rädslor uppkommer som följd av symptomen, till exempel rädsla för att plötsligt dö, tappa självkontrollen eller för en överklig känsla av att inte känna igen sig själv. Panikattacker är inte farliga och brukar gå om av sig själv, men känns extremt obehagliga. (Huttunen & Socada, 2020b)

### **2.4 F40.0 Agorafobi**

Agorafobi innebär att personen känner rädsla för att vistas på offentliga platser eftersom tanken på att hamna på ett ställe där det är svårt eller långsamt att avlägsna sig ger upphov till ångestkänslor. Till skillnad från social fobi där det specifikt är den sociala aspekten som orsakar ångest riktar sig rädslan hos en person med agorafobi mot en specifik plats och att hamna vistas där. Oftast är det då fråga om ställen där man kan råka ut för någonting som anses pinsamt och att man betraktas av andra människor då man försöker avlägsna sig från platsen. I många fall gäller det specifikt rädsla för att råka ut för en panikattack på en offentlig plats. Ungefär hälften av människorna som lider av agorafobi lider även av panikångest. (Huttunen & Socada, 2020c)

## 2.5 Hyperventilering

Hyperventilering innebär att man andas mer frekvent än vad som skulle behövas för kroppens gasutbyte. I samband med detta andas man ut mer koldioxid än vanligt och koldioxidhalten i blodet sjunker, vilket leder till att blodets pH-värde sjunker och blodet blir mer surt än normalt. Detta kan medföra en rad olika symptom, däribland bröstsmärta, yrsel, andnöd, hjärtklappning samt domningar och stickningar i händerna. Hyperventilering uppstår ofta i samband med panikattacker, men symptomen vid en panikattack kan även uppkomma utan hyperventilering. Hyperventilering kan också framkomma vid en rad olika sjukdomar såsom lunginflammation, hjärtsvikt, lungemboli eller neurologiska sjukdomar. (Honkanen, 2022)

## 2.6 Vård och självhjälp

Panikångest och återkommande panikattacker kan vårdas långvarigt med läkemedel och psykoterapi. Läkemedel används främst för att förhindra panikattacker, det är då oftast frågan om depressionsläkemedel som inverkar på serotoninhalten i kroppen. Psykoterapi fokuserar i huvudsak på förståelse av symptomen och att minska på undvikandebeteende. Främst används kognitiv psykoterapi och för rädslor beteendeterapi för att stegvis vänja sig vid det som orsakar rädslorna. (Huttunen & Socada, 2020b) Bland annat för självhjälp vid agorafobi rekommenderas att man stegvis exponerar sig för det man är rädd för, för att så småningom vänja sig. Även fantasi- och avslappningsövningar kan bidra till att lindra rädslorna. (Huttunen & Socada, 2020c)

Som självhjälp vid en panikattack rekommenderas att intala sig själv om att attacken inte är farlig även om det känns obehagligt. Bortlämnande av koffein samt alkohol och droger rekommenderas också eftersom dessa ökar benägenheten för att drabbas av en panikattack. Ytterligare rekommenderas även olika avslappningsmetoder såsom yoga och meditation, samt fysisk aktivitet för att möjligtvis bidra till att minska förekomsten av panikattacker hos en enskild individ. (Huttunen & Socada, 2020a)

## 2.7 Incidens

Bland Finland befolkning drabbas 2–3% av panikångest i något skede av livet, och mer än var femte person råkar ut för en eller flera enskilda panikattacker. Panikångest uppkommer i medeltal kring 22-års ålder men förekomsten ökar från åldern 14 och uppåt då det är relativt ovanligt att syndromet uppkommer i yngre ålder än så. Det är även dubbelt vanligare bland kvinnor än män.

Bakgrunden till panikångest är delvis okänd men det finns ofta många bidragande faktorer. Dessa kan bland annat vara ärftlighet och stress; plötsliga förändringar i livet eller traumatiska händelser kan också utlösa panikattacker. (Huttunen & Socada, 2020a)

### **3 Tidigare forskning**

Det finns en hel del forskning kring panikångest, men enligt informationssökningen som gjorts för denna studie finns det inte undersökningar i hur den prehospitala vården av sjukdomen kunde förbättras och effektiveras. Tidigare forskning kring vård av panikångest gäller till stor del olika former av läkemedelsbehandling och psykoterapi med hopp om en långsiktig verkan. Det har även forskats relativt mycket i igenkänning av panikattacker samt var, när och hur patienter med panikattacker söker vård. Även olika former av självhjälp för paniksyndrom har undersökts tidigare.

Denna studie strävar efter att förbättra förstavården av panikångest på kort sikt på fältet och enligt informationssökningen för denna studie så har det inte direkt forskats i hur panikattacker kan lindras i stunden och/eller inom förstavården. Därav är detta ämne relevant att forska i.

I detta kapitel presenteras 7 studier som handlar om igenkänning av, orsaker till eller vård av panikattacker. Varje studie presenteras med sitt syfte och resultat. Vid informationssökningen användes följande sökord på databaserna EBSCO och PubMed: *panic attack*, *panic disorder*, *emergency* och *self help* i olika kombinationer.

#### **3.1 Igenkänning och vård av panikångest på jourpolikliniken**

I en artikel skriven av Thomas C. Merritt (2000) om hur en patient med panikångest borde igenkännas, undersökas och behandlas på jourpolikliniken. Av jourpatienter vars främsta symptom är bröstsmärta är det i 17–25% av fallen fråga om panikångest, och ifall det är fråga om oförklarlig eller avvikande smärta i bröstet stiger incidensen till 20–57%. Merritt tar även upp att många studier visar på att upp till 98% av patienter som uppsöker vård på jourpolikliniken på grund av vad som egentligen är en panikattack går odiagnostiserade.

#### **3.2 Panikångest inom allmänmedicin**

Faktumet att panikångest är svårdiagnostiserat då patienten söker sig till en läkare som inte är psykiater behandlas även i Manjunathas och Rams (2022) narrativa forskning om

panikångest inom allmänmedicin. Syftet med studien är att lyfta fram relevanta aspekter och information för att hjälpa läkare inom alla medicinska förgreningar att förstå, känna igen och vårda panikångest på ändamålsenligt vis. Manjunatha och Ram konstaterar sammanfattningsvis att största delen av panikångestfallen antingen förblir underbehandlade eller helt obehandlade trots framsteg i hanteringen av sjukdomen. De konstaterar även att icke-psykiatriska läkare spelar en mycket viktig roll i vården av paniksyndrom i och med att största delen av patienterna i första hand inte söker sig till en psykiater utan ofta till en allmänläkare då en panikattack ger upphov till fysiska symptom som även är vanliga vid flera allvarliga sjukdomar.

### **3.3 Panikångest och fysisk ansträngning**

I en forskningsöversikt av O'Connor, Smith och Morgan (2000) analyseras och sammanfattas resultaten ur flera olika studier som undersökt huruvida fysisk ansträngning kan utlösa panikattacker hos personer med diagnostiserad panikångest. Resultaten visar att fysisk ansträngning inte fungerar som en utlösande faktor för panikattacker hos personer med panikångest, men att det naturligtvis kan ge upphov till symptom som även är vanliga vid ångest, bland annat ökad puls, svettning, andnöd och yrsel. Detta utesluter inte att panikattacker kan uppkomma i samband med fysisk ansträngning, men detta klassas i sådant fall som ett sammanträffande.

### **3.4 Faktorer som inverkar på patienters beslut att söka hjälp vid sin värsta panikattack**

I en intervjustudie gjord av David A. Katerndahl (2002) undersöktes vilka faktorer som påverkat personers beslut om att uppsöka vård till följd av, vad de själva upplevt som, sin värsta panikattack. Undersökningen utfördes i form av strukturerade djupintervjuer med 97 slumpmässigt utvalda personer som alla uppfyllde DSM-III-R (the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3:rd edition, Revised) kriterierna för panikattacker. Resultaten visade att av de 97 intervjuade hade 79% övervägt att uppsöka vård på antingen en medicinsk institution eller mentalvårdsmottagning för sin värsta panikattack medan 52% av deltagarna verkligen hade gjort det. Studien visade att övervägandet att uppsöka vård för sin värsta panikattack beror till största del på den subjektiva

uppfattningen av symptomens allvarlighetsgrad samt individens förlägenhet och känslighet. Även tillgång till vård eller hinder för detta, samt individens uppfattning om panikattackens ursprung påverkar beslutsfattandet.

### **3.5 Första-hjälpen riktlinjer för panikattacker**

I en Delphi-studie gjord av Claire M. Kelly et al. (2009) utvecklades första-hjälpen riktlinjer för medborgare att använda sig av ifall de skulle stöta på någon som upplever en panikattack. Genom en grundlig litteratursökning togs det fram en rad potentiellt fördelaktiga handlingar för att hjälpa någon som upplever en panikattack, som sedan presenterades för en expertpanel bestående av 50 experter i form av läkare eller forskare samt 6 personer som själva upplevt panikattacker. Expertpanelen gallrade förslagen enligt betydelse och av 144 förslag godkändes 27, dessa användes som grund för att skapa första-hjälpen riktlinjerna i fråga.

Riktlinjerna innefattar en definition på vad en panikattack är samt en lista på de vanligaste symptomen associerade med panikattacker. Riktlinjerna instruerar även vad den hjälpare bör fråga patienten och hur hen ska agera på basen av svaren. Riktlinjerna innefattar även instruktioner för hur hjälparen ska gå tillväga efter att panikattacken har gått över samt användarinstruktioner för själva riktlinjerna. (Mental Health First Aid Australia, 2008)

### **3.6 Behandling av panikattacker med biblioterapi och interventioner med minimal kontakt**

I en studie gjord av Greg A. R. Febraro (2005) undersöktes huruvida biblioterapi, alltså litteraturterapi, och interventioner med minimal kontakt är effektiva i behandlingen av panikattacker. Deltagarna värvades genom att studien annonserades på olika sätt i samhället och intresserade tog kontakt med arrangörerna, allt som allt anmälde 89 individer intresserade för att delta. Dessa 89 personer gallrades sedan ner till 48 som mötte alla kriterier som ställts för deltagande i studien. Kriterierna var att individen måste vara minst 18 år gammal och någon gång under de senaste 2 veckorna upplevt minst en panikattack som möter DSM-IV-TR (the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4:th

edition, Text Revision) definieringen på en total panikattack eller en med begränsade symptom. Av dessa slutförde 30 individer studien medan 18 hoppade av på grund av olika orsaker, däribland ointresse, flytt till annan ort eller ovilja. Studien utfördes under en 8 veckors period.

Deltagarna delades slumpmässigt in i en av tre kategorier för vård: endast biblioterapi, biblioterapi och telefonkontakt samt endast telefonkontakt. Deltagarna som endast hade biblioterapi som vårdmetod skulle läsa en specifik bok om självhjälp vid panikattacker och kontaktades av studiens arrangörer efter 8 veckor för uppföljning av huruvida metoden hade varit effektiv. Deltagarna som hade såväl biblioterapi som telefonkontakt som vårdmetod skulle läsa samma bok som den tidigare gruppen men kontaktades även via telefon vid vecka 2, 4, 6 och 8 för att följa upp hur läsandet fortgick, få stöd samt få svar på eventuella frågor de hade om studien under ett ca 15 minuter långt samtal. De deltagare som endast hade telefonkontakt som vårdmetod kontaktades vid vecka 2, 4, 6 och 8 för att få lite stöd och svar på frågor om studien.

Resultatet visade generellt att biblioterapi kan ha en positiv inverkan på behandling av panikattacker. Utöver detta visade studien att biblioterapi tillsammans med en telefonkontakt var betydligt mera effektivt än bara biblioterapi eller telefonkontakt.

### **3.7 Styrd självhjälp för paniksymptom på internet**

I en studie av van Ballegooijen et al. (2013) undersöktes hur effektiv en självhjälpkurs vid namn "Don't Panic Online" på internet är för bara milda paniksymptom då det är bevisat att styrd självhjälp på internet kan vara effektivt då det kommer till paniksyndrom. Studien utfördes som en pragmatisk randomiserad kontrollerad klinisk studie med 126 deltagare allt som allt. Till inklusionskriterierna hörde att individerna hade mellan 5–15 poäng på PDSS-SR (Panic Disorder Severity Scale-Self Report) skalan (se bilaga 1) och inte löpte risk för att begå självmord. Studien skedde under en 12 veckors period.

95% av deltagarna påbörjade den första modulen i kursen och 49% slutförde den andra, men bara 27% slutförde kursens fjärde modul och endast 8% slutförde alla 6 moduler, av dessa gjorde bara 6% det inom den givna tidsramen på 12 veckor. Resultatet visade att

kursen "Don't Panic Online" inte var effektiv för personer med paniksymptom, men deltagarna hade ändå kliniskt dragit nytta av interventionen.

## 4 Teoretisk referensram

Som teoretisk referensram för denna studie fungerar vårdteoretiker Katie Erikssons (1994) teori om mänskligt lidande. Enligt Eriksson är vårdarens främsta uppgift att försöka lindra detta lidande hos människan; detta stämmer bra överens med denna studies syfte och därför valdes denna teori som referensram. Eriksson beskriver lidandet som konstant närvarande i olika former under livets gång, det är en konstant kamp mellan gott och ont.

Begreppet patient härstammar ur latinets *pa'tiens* som betyder lidande eller tålig. (Nationalencyklopedin, 2023) Enligt Eriksson (1994 s. 83) finns det tre sorters lidande som påträffas inom vårddyrket, nämligen sjukdomslidande, vårdlidande och livslidande. För att på bästa sätt kunna lindra patienters lidande är det vitalt att som vårdare vara bekant med dessa.

### 4.1 Sjukdomslidande

Sjukdomslidande upplevs hos patienten i samband med sjukdom och vård av denna. Då är det i huvudsak kroppslig, alltså fysisk, smärta som är orsaken till lidandet, men även om smärta och lidande ofta hänger samman så är de ändå inte synonyma och behöver inte förekomma samtidigt. Begreppet sjukdomslidande kan vidare delas in i kategorierna kroppslig smärta orsakad av sjukdom eller dess vård, samt lidande på själslig och andlig nivå. Orsaken bakom själsligt och andligt lidande i samband med sjukdom brukar främst vara skuld-känslor samt känslor av förödmjukelse eller skam relaterade till sjukdomen eller dess vård. Dessa känslor kan antingen härstamma från patienten själv och hens inställning, men kan också orsakas av negativ eller dömande inställning hos vårdpersonalen. (Eriksson, 1994 s. 83–84)

### 4.2 Vårdlidande

Vårdlidande är en individuell upplevelse men kan enligt Eriksson (1994 s. 86–87) delas in i fyra olika typer: kränkning av individens värdighet och människovärde, fördömande och bestraffning, maktutövning samt utelämnande av vård eller så kallad icke-vård. Av dessa är kränkning av värdighet och människovärde den vanligaste orsaken till

vårdlidande och utgör också grunden i de andra kategorierna. Den första kategorin, kränkning av värdighet, innebär i stort sett att patienten blir fråntagen möjligheten till att vara människa fullt ut och går på så sätt miste om möjligheten att nyttja sina innersta hälsore-surser i bekämpandet av sin sjukdom.

Inom vården grundar sig den andra kategorin, fördömande och bestraffning, i tanken att vårdaren avgör vad som är rätt och fel i relation till patienten, och patientens självbestäm-manderätt glöms bort eller ignoreras. Vårdaren har för det mesta en förutfattad åsikt om hurudan den perfekta patienten borde vara, och då en patient avviker från denna norm kan en känsla av fördömande uppstå. Fördömande följs ofta av bestraffning och inom vårdbranschen kan straff bland annat ta sig uttryck i form av nonchalans eller att vårdaren inte ger karitativ, alltså en barmhärtig och omtänksam, vård på grund av att hen exempel-vis upplever patienten som påfrestande. (Eriksson, 1994 s. 91)

Då utövat av vårdpersonal berövar den tredje kategorin, maktutövning, patienten hans självständighet genom att hen tvingas att göra eller uppleva saker mot sin vilja och orsa- kar på så sätt lidande för patienten. Maktutövning kan ske såväl direkt som indirekt och kan bland annat innebära att patienten inte tas på allvar eller att vårdaren tvingar patienten till vårdhandlingar emot hans vilja. (Eriksson, 1994 s. 91–92)

Inom den fjärde och sista kategorin faller utebliven vård eller så kallad icke-vård. Detta fenomen kan ofta bero på otillräcklig förmåga hos vårdpersonalen att lägga märke till och uppskatta patientens behov. Utebliven vård kan vara allt mellan små misstag och slarvfel till medveten vanvård av patienten. Patientens värdighet kränks oundvikligen av att nekas vård och är också ett sätt för vårdpersonalen att utöva makt över den maktlösa patienten. (Eriksson, 1994 s. 92–93)

### **4.3 Livslidande**

Livslidandets variation är hög; det kan innefatta allt från hot mot ens hela existens till att förlora möjligheten att avklara vissa sociala uppdrag eller sysslor som tillhör vardagen. Livslidandet är i grunden kopplat till allt som innefattas i att leva och vara människa. Dödsbesked och förluster i livet, samt tankar och känslor kring en egen annalkande död

orsakar oundvikligen lidande hos människan; den egna livsbilden rubbas plötsligt och det tar tid för människan att anpassa sig till de nya omständigheterna. Det absolut största och djupaste lidandet orsakas dock av kärlekslöshet och i värsta fall kan detta leda till människans förintelse och död. Livslidandet grundar sig alltså i att alla dessa hot om förintelse tillsammans med människans egen livsvilja är i en ständig kamp, och denna kamp orsakar människan lidande. Om kampen pågår länge kan det resultera i orkeslöshet och att människan slutligen ger upp hoppet då meningen med livet, mitt i allt lidande, börjar kännas alltmer avlägsen. (Eriksson, 1994 s. 93–94)

#### **4.4 Lindra lidande**

Vissa former av lidande kan enligt Eriksson (1994, s. 95) avlägsnas totalt medan vissa former endast går att lindra men inte att bli av med för gott. Inom vården bidrar välkomnande, respekt och god omvårdnad till att lindra patienters lidande. Patientens värde som människa bibehålls då hen får den vård och hjälp hen behöver och på så sätt kan kränkning av människovärdet och därmed även vårdlidande undvikas.

## 5 Syfte och frågeställning

Panikångest är någonting som förstavårdarna relativt ofta stöter på ute på fältet i och med att det är så vanligt i dagens läge, vilket betyder att forskning inom detta område är relevant. Panikångest och panikattacker går ofta odiagnostiserade, men med rätt igenkänningsmetoder och verktyg för att hantera symptomen redan ute på fältet kunde man spara patienterna en hel del lidande, onödiga sjukhusbesök samt öka patientens förutsättningar för att få rätt diagnos och den hjälp de behöver.

Enligt informationssökningen så har det inte heller direkt forskats i hur panikattacker kan lindras i stunden och/eller inom förstavården. Därav är detta ämne relevant att forska i.

Syftet med studien är att, på basen av vetenskapliga källor och det insamlade materialet, ta reda på hur panikångestpatientens lidande kunde lindras prehospitalt och förbättra förstavården av panikångest på kort sikt på fältet. Studiens frågeställning är följande:

1. Hur beskriver människor sina upplevelser av panikattacker på diskussionsforum på internet?
2. Hur lindrar människor sina panikattacker?
3. Hur kan panikångestpatientens lidande lindras prehospitalt?

Med att söka svar på de två första forskningsfrågorna genom att undersöka material på diskussionsforum på internet, hoppas jag få svar på den tredje forskningsfrågan.

## 6 Forskningsmetod och datainsamling

För denna studie valdes en kvalitativ netnografisk forskningsmetod eftersom den passade bäst ihop med studiens syfte och forskningsfrågor. Denna studie grundar sig på analys av olika diskussionstrådar på internet där personer beskriver och diskuterar kring sina upplevelser av panikattacker. Dessutom analyseras även en diskussion i kommentarsfältet under en artikel på internet som behandlar förstavårdens bemötande av en patient som ringt ambulans på grund av en panikattack.

### 6.1 Netnografisk forskningsmetod

Netnografisk forskning är en version av etnografisk forskning. Ordet etnografi härstammar från de latinska orden för folk (*ethos*) och skriva (*grafein*), medan begreppet netnografi är en sammansättning av orden internet och etnografi.

Målet med etnografi är att kunna beskriva och tolka olika kulturella och samhälleliga fenomen genom att kombinera synsättet hos personer med insidesinformation med utomstående synsätt. Beskrivningen blir ofta på så sätt djupare än en utomståendes beskrivning samtidigt som den blir bredare och mindre kulturbunden än en insiders beskrivning. Materialet samlas främst in genom observation av forskningsdeltagarna. (Pickard, 2013) Med netnografisk forskning avses således att materialet som analyseras i studien samlas in på internet eller på olika sociala forum för att skapa en bättre förståelse för människobeteenden eller kulturella och samhälleliga fenomen. (Kozinets, 2010) Netnografisk forskning är alltså i ett nötskal en etnografisk forskning som utförs på internet; processen är ganska långt densamma men miljön skiljer sig på ett unikt sätt. (Pickard, 2013)

En av de absolut största fördelarna med netnografisk forskning är att materialet finns allmänt tillgängligt på internet och lätt kan användas, vilket gör metoden mycket tidseffektiv. En netnografisk forskningsmetod underlättar dessutom möjligheterna till att samla in material på ett helt omärkbart sätt och på så sätt bevara informanternas anonymitet. (Kozinets, 2010)

## 6.2 Datainsamling

Datainsamlingen har skett via såväl finska som svenska diskussionsforum.

På de svenska forumen användes sökorden ”panikattack” och ”ångestattack” och allt som allt dök det upp 1962 träffar. På de finska forumen användes sökorden ”paniikkikohtaus” och ”paniikkihäiriö” och de båda sökorden tillsammans gav på ett av forumen 21 280 träffar medan det, på grund av hemsidans design, inte gick att se antalet sökträffar på det andra. På de svenska forumen analyserades alla sökresultat medan sammanlagt 2000 resultat undersöktes på de finska.

### 6.2.1 Avgränsningar

Orsaken till att endast 2000 resultat av långt över 21 000 resultat på de finska diskussionsforumen undersöktes är den enorma mängden sökresultat och den begränsade förmågan till avgränsning med hjälp av kombination av sökord på dessa diskussionsforum. Av alla de undersökta resultaten valdes till slut 30 diskussionstrådar ut för att analyseras i själva studien.

Diskussionstrådarna gallrades enligt vissa specifika kriterier för att garantera materialets reliabilitet. Inkluderings- och exkluderingskriterier för diskussionstrådarna presenteras i tabell 1.

*Tabell 1. Inkluderings- och exkluderingskriterier*

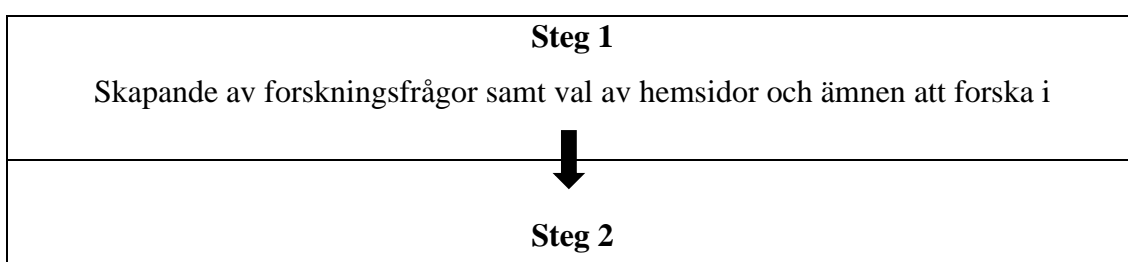
<b>Inkluderingskriterier</b>	<b>Exkluderingskriterier</b>
Väsentlig rubrik på diskussionstråden	Rubrik som tyder på att tråden inte diskuterar panikattacker utan andra ångestrelaterade problem
Diskussionstråden handlar om personers upplevelser av panikattack eller goda råd för hantering av panikattacker av personer som själva upplevt sådana	Tråden handlar om ångest, ångestsyndrom, panikångest eller dylikt utan att specifikt panikattacker diskuteras
Diskussionstrådar startade efter år 2015	Diskussionstrådar äldre än 8 år

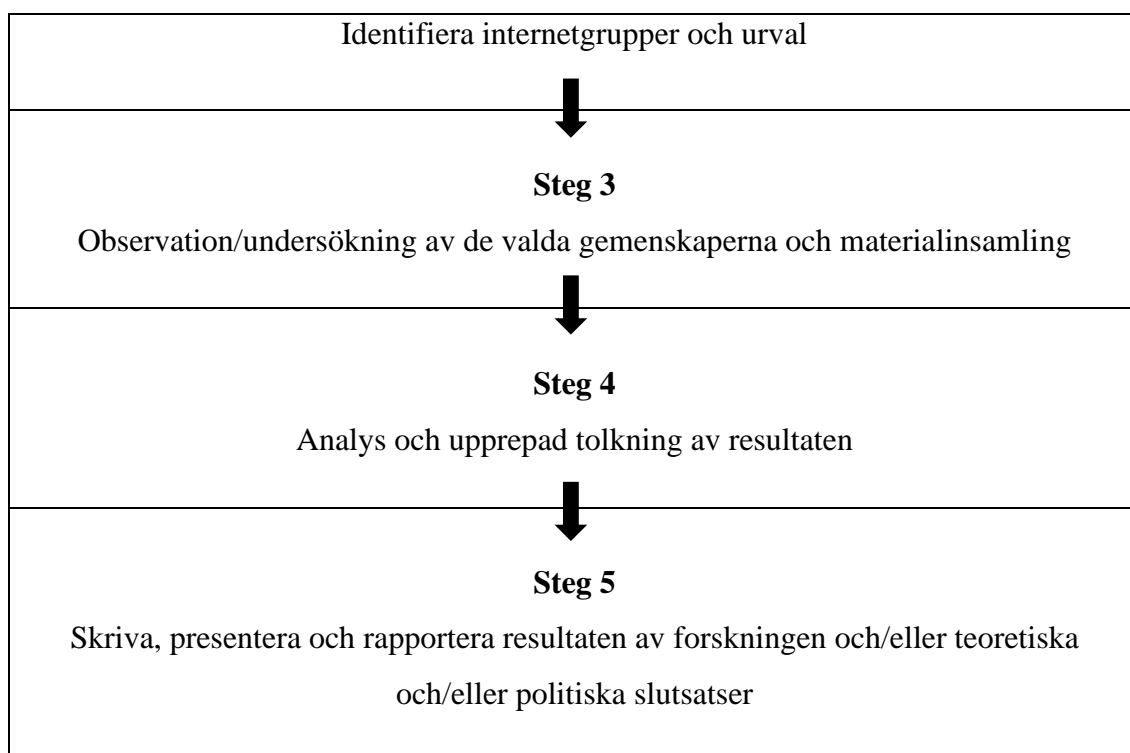
Diskussionstråden har minst 2 kommentarer som svar på själva inlägget som diskuterar specifikt panikattacker	Inlägget saknar kommentarer eller kommentarerna diskuterar inte specifikt panikattacker
Diskussionstrådar med, till största del, sakligt (relevant och skrivet i god anda) innehåll	Trådar med fler osakliga än sakliga svar

### 6.3 Analysmetod

Tillvägagångssättet för analysen i denna studie var observerande, inte deltagande, på detta sätt målades inte materialet av min egen inblandning, utan svaren blev på så sätt tillförlitliga och rent subjektiva direkt från informanten. Detta är viktigt i och med att studiens syfte är att tillhandahålla mera information om upplevelsen av panikattacker av patienterna i fråga, för att skapa en bättre helhetsuppfattning över hur den prehospitala vården borde se ut i dessa fall.

Som analysmetod användes Kozinets mall för den netnografiska forskningsprocessen. Mallen i fråga består av 5 steg som utförs i angiven ordning. Steg 1 innefattar skapandet av forskningsfrågorna som studien kommer sträva efter att söka svar på, samt val av hemsidor att samla material ifrån och även val av forskningsämnen. Vid steg 2 ska olika internetgrupper på de utvalda hemsidorna identifieras och väljas ut. Steg 3 går ut på undersökning av de valda nätgemenskaperna och genom denna sedan själva materialinsamlingen, medan steg 4 sedan innefattar analys och tolkning av det insamlade materialet. Slutligen går steg 5 ut på att skriva ut och rapportera studiens forskningsresultat och/eller eventuella teoretiska och/eller politiska slutsatser som dragits. (Kozinets, 2010 s. 61) Visualisering av processen presenteras i figur 2.





*Figur 2. Kozinets mall för den netnografiska forskningsprocessen.*

De utvalda diskussionstrådarna och de specifika inläggen i dessa sparades på ett skilt Word-dokument av systematiska skäl och för att få en bra helhetsbild av materialet. Materialet delades in i två kategorier på basen av de två första forskningsfrågorna:

1. Subjektiva beskrivningar av symptom och upplevelser av panikattacker
2. Tips/råd för hantering av panikattacker av personer som själva upplevt sådana

Inläggen analyserades manuellt på ett noggrant sätt och alla relevanta inlägg antecknades i ett Word-dokument. Med hjälp av anteckningarna letades det sedan efter likheter och kopplingar inläggen emellan för att skapa en helhetsbild av ämnet som sedan kunde fungera som botten vid rapporteringen av resultaten.

## 7 Etiska överväganden

Genom att noga följa Yrkeshögskolan Arcadas riktlinjer för god vetenskaplig praxis för såväl studier som forskning, har studiens etiska hållbarhet säkerställts. I riktlinjerna poängteras bland annat vikten av att värna om informanternas integritet och rätt till anonymitet, ärlig redovisning för insamling och hantering av material och forskningsresultat samt noggrann redogörelse för alla källor som använts i studien. (Yrkeshögskolan Arcada, 2014)

Enligt Kozinets (2010, s. 136–156) är etiken kring netnografisk undersökning komplicerad. Det är bland annat svårt att avgöra ifall människor som publicerat material på internet varit medvetna om att det är offentligt för alla internetanvändare, även om det i dagens läge ofta antas att det är allmän vetenskap. Fastän användaren dessutom skulle varit medveten om det publicerade materialets offentlighet, är det inte en självklarhet att personen skulle vara bekväm med att materialet används i en studie. Enligt Pickard (2013, s. 89–92) har alla informanter, oavsett hur liten del av studien de är delaktiga i, rätt till informerat samtycke. Med informerat samtycke avses att informanterna förstår vad de går med på och vad som begärs av dem, samt att de accepterar studiens syfte och sättet informationen de ger kommer användas i studien. Pickard poängterar dock också att det i vissa fall kan göras undantag gällande informerat samtycke.

Angående detta diskuterar Kozinets (2010, s. 140–142) kring huruvida internetforum faller inom ramarna för en privat eller offentlig plats, samt ifall diskussioner på dessa forum i så fall är jämförbara med konversationer man kan råka höra på offentliga ställen; hur skiljer det sig från att transkribera en konversation man råkar höra på en allmän plats?

Netnografisk forskning klassas enligt Kozinets (2010, s. 142) inte som forskning med människor så länge forskaren skyddar informanternas identiteter och konversationerna eller arkiven är lättåtkomliga på ett lagligt sätt. Detta är relevant för denna studie och därför har informanterna i detta arbete inte frågats om samtycke. I stället har extra fokus legat på att bevara informanternas anonymitet och integritet bland annat genom att inte använda direkta citat eller redovisa information på ett sådant sätt som kunde leda till igenkännande av individen.

## 8 Resultatredovisning

I detta kapitel redovisas resultaten av datainsamlingen. Som tidigare nämnt delades datainsamlingen upp i två undergrupper på basen av de två första forskningsfrågorna: subjektiva upplevelser och beskrivningar av panikattacker, samt tips för lindrande av en pågående attack. Allt som allt användes 30 olika diskussionstrådar från såväl finska som svenska diskussionsforum, och alla relevanta inlägg på trådarna användes.

### 8.1 Upplevelse av panikattack

Studiens första forskningsfråga lyder: Hur beskriver människor sina upplevelser av panikattacker på diskussionsforum på internet? I detta underkapitel redovisas resultaten som svarar på denna frågeställning.

De vanligaste symptomen som redogjordes för i de olika inläggen sammanställdes i en tabell (se tabell 2) och ordnades från vanligast till mindre vanligt enligt hur många gånger symptomen nämndes bland inläggen som analyserades. Omkring 150 inlägg som beskrev subjektiva upplevelser och symptom analyserades och inkluderades i sammanställningen.

*Tabell 2. Sammanställning av de vanligaste symptomen som presenterades i diskussions-trådarna som analyserades.*

Symptom	Antal gånger nämnt
Yrsel	63
Andningssvårigheter/-problem	49
Hjärtklappning/ökad puls	49
Magproblem/illamående/buksmärta	40
Darrningar/skakningar/krampkänsla	34
Stickningar/domningar	31
Frossa/värmevallningar/svettningar	31
Ljuskänslighet/synpåverkan	29
Huvudvärk/migrän	26
Overklighetskänsla/blir frånvarande	29
Rädsla/paranoia/tror man kommer dö	23

Muskel-/ledvärk	23
Bröstsmärta/spänning över bröstet	16
Hörselpåverkan/ljudkänslighet	13

I tabellen kommer det tydligt fram att de vanligaste symptomen vid en panikattack är yrsel, problem med andningen, hjärtklappning samt bukproblem och illamående. De flesta beskrev att attackerna kommit plötsligt och överraskande. För det mesta kunde inte en enskild utlösande orsak konstateras men en del kopplade panikattackerna till sin agorafobi; bland annat matbutiken var en plats som flera nämnde att kan ge upphov till panikattacker. En del medgav även att de börjat undvika allmänna platser efter att de börjat drabbas av panikattacker, eftersom tanken på att få en panikattack ute bland folk är väldigt obehaglig och skrämmande.

Känslor av panik, rädsla, obehag och överklighet uppstår också hos många till följd av de fysiska symptomen som attackerna kan medföra. Många nämnde även att de ofta lider av ångest i sitt dagliga liv på grund av fruktan för en ny attack. En stor andel beskrev också att de oftast lider av extrem trötthet och kraftlöshet en lång stund efter en attack.

Bara i några enstaka inlägg framkom det att skribenten hade ringt ambulans till följd av en panikattack, samt hur de då blivit bemötta av förstavårdarna. I ett av inläggen beskrivs förstavårdarnas närvaro som lugnande bara i sig samtidigt som de inte hade kunnat vara till särskilt stor hjälp utöver det. De hade gett anvisningar om att patienten ska slappna av och lugna andningen och försöka sova. I ett annat inlägg berättas det att patienten blivit mött på ett anklagande sätt av förstavårdarna och att de till och med hotat med att ringa polis eftersom patienten även tidigare ringt ambulans på grund av en panikattack.

## 8.2 Tips för lindrande av en panikattack

Studiens andra forskningsfråga lyder: Hur lindrar människor sina panikattacker? I detta underkapitel redovisas resultaten som svarar på denna fråga.

Omkring 70 inlägg som gav olika tips för att stävja pågående panikattacker eller hindra dem före de hinner flamma upp ordentligt ifall man känner dem komma smygande analyserades. Många av inläggen gav många tips i samma inlägg. De olika typerna av tips

sammanställdes i en tabell (se tabell 3) för att ge en bättre överblick över vad majoriteten anser vara fungerande metoder. Tipsen är ordnade efter popularitet.

Tabell 3. Sammanställning av tips för att stävja en panikattack.

Andningsövningar/-tekniker	31
- Andas med magen/diafragman	2
- Andas i fyrkant/räkna x-antal sekunder vid in- och utandning	8
- Andas i papperspåse	8
- Andas lugnt/djupt	10
- Andas genom näsan	2
- Hålla andan	1
Göra något annat/fokusera på något annat	19
Intala sig att det inte är farligt/jobba sig igenom attacken	16
Promenad/fysisk aktivitet	11
Tala med någon	10
Avslappning/ligga ner	8
Lyssna på något/nynna/mantra	8
Kall/varm dusch	4
Fantisera om något positivt/förankring i verkligheten/fundera på vad som utlöste attacken	6
Fysisk beröring/krama någonting/gungande rörelse	5
Alkohol/äta något specifikt	3
Andas frisk luft	2
Sova/minimera intryck från omgivningen	2
Utåtagera	1
Lära sig om fysiologin/förstå symptomen	1

I sammanställningen kommer det tydligt fram att olika andningsövningar är den vanligaste metoden som används för att få bukt på eller kontrollera en panikattack. Även att göra någonting som för tankarna till någonting annat och distraherar, eller att hyperfokusera på ett specifikt objekt ansågs vara effektivt. Många menade också att det bästa sättet är att acceptera panikattacken, intala sig om att det inte är farligt och helt enkelt jobba sig igenom den fastän det känns hemskt. I flera inlägg nämndes att attackerna tappat sin kraft då de accepterat dem och att de efter det inte varit lika starka även om de återkommit. Även fysisk aktivitet i form av exempelvis en promenad eller jogging samt att tala med någon, antingen om måendet i stunden eller någonting helt annat, är metoder som flera inlägg tog upp.

En del inlägg tog även upp mer långvariga metoder som hjälpt dem få kontroll över sin panikångest och sina panikattacker, och i vissa fall till och med stävja dem helt. Metoderna som nämndes mest var talterapi, främst kognitiv beteendeterapi (KBT), och läkemedelsvård. Utöver dessa nämndes även självhjälpsböcker, hypnosterapi samt bättre självinsikt och en tryggare livsmiljö.

## 9 Diskussion

I detta kapitel diskuteras resultaten som redovisades i förra kapitlet mer djupgående. Resultaten kommer diskuteras i förhållande till bakgrundslitteraturen, den teoretiska referensramen samt studiens syfte och frågeställningar. Även innebörden av resultatet kommer diskuteras på ett reflekterande sätt.

Överlag kan nästan alla metoder för att stävja panikattacker som presenterades i det föregående kapitlet användas inom förstavården för att försöka hjälpa en patient lindra en panikattack. Huruvida de olika metoderna fungerar kommer variera från patient till patient i och med att panikattacker är så individuella. Men metoderna går absolut att tillämpa i praktiken i varierande mån, och i kombination med ett empatiskt och ödmjukt bemötande kunde det absolut bidra till ett positivt resultat.

### 9.1 Resultaten i förhållande till bakgrundslitteraturen

Överlag stämmer resultaten mycket bra överens med bakgrundslitteraturen. Enligt Huttunen och Socada (2020) är symptomen som uppkommer vid en panikattack mycket individuella och varierande, men att de vanligaste innefattar bland annat hjärtklappning, bröstsmärta, andnöd, svindel och illamående. De skriver även att symptomen ofta uppkommer plötsligt och snabbt blir kraftiga. Av innehållsanalysens resultat kom det tydligt fram att detta verkar stämna, de vanligaste fysiska symptomen är enligt resultaten yrsel, andningssvårigheter, hjärtklappningar samt illamående eller problem med magen. Det kom även fram att en av de mest rekommenderade metoderna för att hantera en panikattack är att intala sig själv om att den inte är farlig och att uthärda den; detta stämmer också överens med vad Huttunen och Socada skriver om självhjälp vid panikattacker. Huttunen och Socada nämner även avslappningsövningar och fysisk aktivitet som förebyggande åtgärder för panikattacker, men många konstaterade i diskussionstrådarna att dessa även kan hjälpa dem stävja en attack i stunden. Huttunen och Socada skriver även att vården för panikångest och panikattacker är läkemedelsvård och psykoterapi, och många av skribenterna i diskussionstrådarna konstaterade att dessa metoder fungerat för dem i längden.

Det som inte nämndes i bakgrundslitteraturen var andningsövningar som en metod för att stävja en panikattack. Detta var enligt resultaten den mest rekommenderade metoden. Bland annat att ”andas i fyrkant” rekommenderades av flera. Denna metod innebär att man först andas in i exempelvis 4 sekunder, sedan håller andan i 4 sekunder, sedan andas ut i 4 sekunder och sedan igen håller andan i 4 sekunder varefter man upprepar samma sak igen. Metoden hjälper till att sakta ner andningen och fungerar samtidigt som en distraktion (WebMD & Swiner, 2023) Även att andas i en papperspåse var ett populärt förslag, men i dagens läge rekommenderas detta inte längre eftersom det kan vara skadligt ifall den bakomliggande orsaken till symptomen är ett hjärt- eller lungrelaterat problem. I stället rekommenderas bland annat att försöka begränsa utandningen med att andas ut mot ett litet motstånd som man kan skapa med att pressa ihop läpparna. (Honkanen, 2022) Andra andningsövningar som nämndes var att andas med magen eller diafragman, samt att andas lugnt och djupt. Att andas med diafragman är en fungerande avslappningsteknik som kan bidra till att lindra ångest genom att fokusera på att andas lugnt och djupt med magen. På internet finns flera guider på hur man kan öva på att andas med diafragman. (Mielenterveystalo, 2024)

Av resultaten framkom det också, fastän den bakomliggande orsaken till panikattackerna hos de flesta var okänd, att flera fått panikattacker till följd av sin agorafobi. Många konstaterade även att de drabbats av tilltagande agorafobi efter att de börjat få panikattacker, eftersom tanken på att möjligtvis få en panikattack på en allmän plats är så obehaglig. En del medgav även att de på grund av detta börjat undvika sådana platser. Detta stämmer överens med det som skrivs i Huttunen och Socadas artikel om agorafobi (2020); ofta beror agorafobin på en rädsla för att råka ut för en panikattack. Agorafobi kan också ge upphov till panikattacker då personen hamnar vistas på allmänna platser där de inte känner sig bekväma, av resultaten framkom bland annat att matbutiken är ett ganska vanligt sådant ställe.

## **9.2 Resultaten i förhållande till den teoretiska referensramen**

Då jag läste inläggen i diskussionstrådarna om skribenternas egna subjektiva upplevelser av panikattacker och att leva med panikångest, framkom alla tre av Katie Erikssons typer av lidande. Hos så gott som alla personer som skrivit ett relevant inlägg framkom både

sjukdoms- och livslidande. Vårdlidande framkom endast hos en del, och då främst de som upplevt sig bli felbehandlade av antingen sin omgivning eller vårdpersonal.

Sjukdomslidandet kunde delas in i fysisk smärta och själsligt och socialt lidande. Panikattacker kan medföra kraftiga fysiska symptom som kan orsaka fysisk smärta; många upplevde bland annat bröstsmärta, huvudvärk, buksmärta samt led- och muskelsmärter i samband med sina panikattacker. Själv fick jag dock intrycket av att det är det själsliga och sociala lidandet som står i huvudfokus hos den här patientgruppen. Många beskrev att de skäms över sin situation och fruktar att råka ut för en attack på en allmän plats så mycket att det börjat begränsa deras liv. Många skäms till och med så mycket att de inte vågar vara ärliga om situationen ens till sina närmaste anhöriga. Flera konstaterade att deras kretsar minskat sedan panikångesten och panikattackerna börjat eftersom de inte längre vill och vågar vara sociala och umgås lika mycket med människor som tidigare.

Livslidandet kommer in i bilden då panikångesten och de tillhörande panikattackerna börjar begränsa det vardagliga livet. Många av skribenterna på diskussionstrådarna konstaterade att de inte klarar av att utföra alla dagliga sysslor mera på grund av rädsla för att få en panikattack, däribland exempelvis besök till matbutiken. Det innebär även ofta en ganska stor förändring i livet då man insjuknar i panikångest, det vänder upp och ner på ens levnadsvanor och medför rädsla och oro till livsmiljön.

Vårdlidandet kom fram hos de personer som haft negativa upplevelser av förstavård och vårdpersonal på sjukhus. Det övergripande temat i dessa inlägg var att vårdarna inte hade tagit personen på allvar och betett sig på ett anklagande sätt. Personerna kände att de inte fått den hjälp de skulle behövt och att vårdarna förminskade deras problem och oro. Detta bidrog i sin tur till att personerna vid återkommande attacker inte ville söka hjälp av vårdpersonal.

Överlag stämmer alltså resultaten mycket bra överens med den teoretiska referensramen i förhållande till alla typer av lidande som Katie Erikssons teori baserar sig på.

### **9.3 Resultaten i förhållande till studiens syfte och frågeställning**

Syftet med studien var att ta reda på hur panikångestpatienters lidande kunde lindras prehospitalt, samt att förbättra vården av denna patientgrupp med kort sikt på fältet. Genom att ta reda på hur panikattacker upplevs samt hurdana självhjälpsmetoder som kan användas för att försöka lindra panikattacker, hoppades jag kunna öka förståelsen för denna patientgrupp samt förmågan att vårda och hjälpa dem ute på fältet. Jag anser att studien är uttömmande, och för intresserade kan den fungera som ett bra och tankeväckande material, men ur en helt realistisk synvinkel tvivlar jag på att denna studie kommer kunna påverka arbetet ute på fältet. I vilket fall som helst har jag själv fått betydligt djupare insikt och kunskap om ämnet som jag kommer använda i mitt arbete i framtiden. Och vem vet, kanske någon annan också kommer dra nytta av arbetet och få djupare insikt i ämnet som de kan utnyttja inom vårdbranschen, eller varför inte i sitt privatliv.

Överlag uppnåddes studiens syfte och frågeställningarna besvarades, om än med lite rum för egen tolkning av läsaren.

### **9.4 Allmän diskussion**

Det har varit en mycket lärorik och intressant upplevelse att utföra denna studie. Jag är många lärdomar rikare då det kommer till panikångest och panikattacker, men även gällande vetenskaplig forskning. Det har varit en lång och påfrestande process men känns i slutändan mycket givande. Jag känner mig betydligt mer kunnig i ämnet nu, och har även en nyfunnen självsäkerhet i att jag kan vårda en panikångestpatient på ett ödmjukt och ändamålsenligt sätt.

Syftet med studien var från början något annat, men i brist på material som korrelerade till den tidigare syftesformuleringen tvingades jag omformulera det. Den netnografiska forskningsmetoden var fungerande i förhållande till syftet och frågeställningen, och mycket intressant att använda.

Fastän studiens syfte var att söka svar på hur panikångestpatientens lidande kan lindras prehospitalt, så hittade jag inget direkt svar på frågan. Detta beror dock på att det är

otroligt individuellt vilka metoder som fungerar för var och en, så fastän ett direkt svar saknas på den frågan anser jag ändå att studiens syfte uppfylldes, eftersom studien bidrar med olika verktyg som man kan pröva i vården av en panikattack. För vissa kommer en sak att fungera och för vissa någonting annat; för vissa kommer ingen av metoderna fungera. Jag är dock, efter att ha läst inläggen på diskussionstrådarna, övertygad om att man kan lindra lidandet absolut effektivast med ett empatiskt och ödmjukt bemötande så att patienten känner sig trygg i ens närvaro och kan börja lugna ner sig så småningom, med hjälp av tekniker eller utan. Vidare forskning kring bemötandet av denna patientgrupp samt vårdpersonalens kunnande om panikångest och vården av panikattacker skulle vara intressant.

## 10 Kritisk granskning

I detta kapitel granskas den interna validiteten, externa validiteten samt reliabiliteten. Intern validitet ser på huruvida svaren som fåtts är sanna svar på det som undersöks, medan extern reliabilitet syftar på arbetets generaliserbarhet. Reliabilitet avser studiens pålitlighet samt hur metodvalen inverkat på resultatets sanningsenlighet.

I och med den valda materialinsamlingsmetoden har jag inte träffat informanterna i person, så den interna validiteten kan eventuellt ifrågasättas. Personligen utgår jag dock ifrån att inläggen som inkluderats i studien är sanningsenliga eftersom jag inte ser någon orsak till att personerna skulle ljuga om sina upplevelser, särskilt då de allra flesta skrivit anonyma inlägg. I och med detta anser jag själv att arbetets interna validitet är ganska god. Naturligtvis kan det förekomma misstolkningar i och med att ansiktsuttryck, gester och betoningar saknas i inläggen, vilket i sådant fall skulle påverka den interna validiteten negativt. Det är även möjligt att samma person skrivit inlägg i flera trådar.

Materialet i studien bygger på subjektiva upplevelser och känslor, vilket gör att generaliserbarheten sjunker. Personligen anser jag att den externa validiteten är ganska låg i och med att upplevelser är unika för olika individer på basen av deras känslotillstånd, bakgrund, ålder, erfarenheter, kultur etcetera. Antalet diskussionstrådar som inkluderades i studien är ganska lågt, även om flera av trådarna hade fått väldigt många inlägg. Jag anser dock att det skulle krävas betydligt mer material för att ge en sannöverblick över ämnet.

Reliabiliteten anser jag personligen att är rätt god. Metodvalet passade bra för syftet och forskningsfrågorna, och fastän det skulle krävas en större mängd material för en ordentlig överblick så ger studien en god inblick i ämnet. Även min egen okunskap gällande vetenskaplig forskning sänker en del på reliabiliteten, men arbetet har utförts grundligt och med såväl intresse som reflektion.

## 11 Källförteckning

- Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan* (1 uppl.). Arlöv: Liber Utbildning.  
Hämtad den 28 mars 2023
- Febbraro, G. A. (2004). An Investigation Into the Effectiveness of Bibliotherapy and Minimal Contact Interventions in the Treatment of Panic Attacks. *Journal of Clinical Physiology*, 61(6), 763-779.  
Hämtad den 2 maj 2023
- Gröhn, C., & Rautoma, H. (5 september 2018). Monica fick en panikattack, men akutvårdarnas bemötande förvärrade ångesten: "De bad mig sluta med clownriet, det kändes så kränkande". *Svenska Yle*.  
Hämtad från <https://svenska.yle.fi/a/7-1341959> den 17 april 2023
- Honkanen, A. (21 november 2022). Hyperventilaatio (liikahengitys). *Lääkärikirja Duodecim*.  
Hämtad från <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00905> den 24 april 2024
- Huttunen, M., & Socada, L. (22 oktober 2020)a. Paniikkihäiriö. *Lääkärikirja Duodecim*.  
Hämtad från <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00404/paniikkihairio?q=paniikkih%C3%A4iri%C3%B6> den 24 april 2024
- Huttunen, M., & Socada, L. (22 oktober 2020)b. Paniikkikohtaus. *Lääkärikirja Duodecim*.  
Hämtad från <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00405> den 15 november 2022
- Huttunen, M., & Socada, L. (22 oktober 2020)c. Julkisten paikkojen pelko (agorafobia). *Lääkärikirja Duodecim*.  
Hämtad från <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00375> den 23 november 2022
- Institutet för Hälsa och Välfärd. (14 mars 2022). Ångestsyndrom. Helsingfors: Institutet för Hälsa och Välfärd.  
Hämtad från <https://thl.fi/sv/web/psykisk-halsa/psykisk-halsa/psykiska-storningar/angestsyndrom> den 23 november 2022
- Katerndahl, D. A. (april 2002). Factors Influencing Care Seeking for a Self-Defined Worst Panic Attack. *Psychiatric Services*, 53(4), 371-494.  
Hämtad från <https://ps.psychiatryonline.org/doi/epdf/10.1176/appi.ps.53.4.464> den 27 april 2023
- Kelly, C. M., Jorm, A. F., & Kitchener, B. A. (10 augusti 2009). Development of mental health first aid guidelines for panic attacks: a Delphi study. *BMC Psychiatry*, 9(1).  
Hämtad den 27 april 2023

- Kozinets, R. V. (2010). *Netnography - Doing Ethnographic Research Online* (1 uppl.). London: SAGE Publications Ltd.  
Hämtad den 28 november 2022
- Kuisma, M., Holmström, P., Nurmi, J., Porthan, K., & Puolakka, T. (2021). *Ensihoito*. Helsinki: Sanoma Pro.  
Hämtad den 11 mars 2024
- Manjunatha, N., & Ram, D. (10 mars 2022). Panic disorder in general medical practice - A narrative review. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 11(3), 861-869.  
Hämtad den 28 november 2022
- Mental Health First Aid Australia. (2008). *Panic attacks: mental health first aid guidelines*. Melbourne.  
Hämtad från [https://mhfa.com.au/sites/default/files/MHFA\\_panic\\_guidelines\\_A4\\_2012.pdf](https://mhfa.com.au/sites/default/files/MHFA_panic_guidelines_A4_2012.pdf) den 27 april 2023
- Merritt, T. C. (1 maj 2000). Recognition and acute management of patients with panic attacks in the emergency department . *Emergency Medicine Clinics of North America*, 18(2), 289-300.  
Hämtad den 28 november 2022
- Mielenterveystalo. (2024)a. Symtomtest för paniksymtom (PDSS-SR). *mielenterveystalo.fi*.  
Hämtad från <https://www.mielenterveystalo.fi/sv/frageformular/symtomtest-paniksymtom-pdss-sr> den 13 maj 2024
- Mielenterveystalo. (2024)b. 1. Palleahengitys. *mielenterveystalo.fi*.  
Hämtad från <https://www.mielenterveystalo.fi/fi/omahoito/rentoutus-ja-hengitys/1-palleahengitys> den 24 april 2024
- Naarajärvi, S., & Telkki, T. (2019). *Perustason ensihoito*. Helsinki: Sanoma Pro.  
Hämtad den 11 mars 2024
- Nationalencyklopedin. (2023). *ne.se*.  
Hämtad från <https://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/l%C3%A5ng/patient> den 27 mars 2023
- O'connor, P. J., Smith, J. C., & Morgan, W. P. (1 november 2000). Physical activity does not provoke panic attacks in patients with panic disorder: A review of the evidence. *Anxiety, Stress & Coping*, 13(4), 333-353.  
Hämtad den 28 november 2022
- Pickard, A. J. (2013). *Research Methods in Information* (2 uppl.). London: Facet Publishing.

Hämtad den 25 februari 2023

Social- och hälsovårdsministeriet. (27 oktober 2023). Prehospital akutsjukvård.  
Hämtad från <https://stm.fi/sv/prehospital-akutsjukvard> den 11 mars 2024

van Ballegooijen, W., Riper, H., Klein, B., Ebert, D. D., Kramer, J., Meulenbeek, P., & Cuijpers, P. (juli 2013). An Internet-Based Guided Self-Help Intervention for Panic Symptoms: Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research, 15*(7).  
Hämtad den 2 maj 2023

WebMD, & Swiner, N. C. (30 april 2023). *WebMD*.  
Hämtad från [webmd.com: https://www.webmd.com/balance/what-is-box-breathing](https://www.webmd.com/balance/what-is-box-breathing) den 24 april 2024

Yrkeshögskolan Arcada. (2014). God vetenskaplig praxis i studier vid Arcada. Helsingfors.  
Hämtad från [https://start.arcada.fi/system/files/media/file/2019-06/god\\_vetenskaplig\\_praxis\\_i\\_studier\\_vid\\_arcada.pdf](https://start.arcada.fi/system/files/media/file/2019-06/god_vetenskaplig_praxis_i_studier_vid_arcada.pdf) den 25 februari 2023

# BILAGA 1. PDSS-SR frågeformuläret och tolkning av poängen

(Mielenterveystalo, 2024b)

<b>1. Hur många panikattacker och begränsade symtomattacker har du haft under den gångna veckan?</b>
<b>0</b> Inga panikattacker eller begränsade symtomattacker.
<b>1</b> Lindrig: Inga panikattacker och högst en begränsad symtomattack per dag.
<b>2</b> Måttlig: En eller två panikattacker per vecka och/eller flera begränsade symtomattacker per dag.
<b>3</b> Svår: Mer än två panikattacker per vecka, men i genomsnitt inte mer än en attack per dag.
<b>4</b> Extrem: Fler än en panikattack per dag under större delen av veckan.
<b>2. Om du haft panikattacker under den gångna veckan, hur påfrestande (obehagliga, skrämmande) var de medan de pågick?</b>
<b>0</b> Attackerna var inte alls påfrestande, eller inga panikattacker/begränsade symtomattacker har förekommit under den gångna veckan.
<b>1</b> Attackerna var lindrigt påfrestande, men inte alltför intensiva.
<b>2</b> Attackerna var måttligt påfrestande. Ångesten var intensiv, men hanterbar.
<b>3</b> Attackerna var mycket påfrestande. Ångesten var väldigt stark.
<b>4</b> Attackerna var extremt påfrestande. Ångesten var extrem under alla attacker.
<b>3. Under den gångna veckan, hur mycket har du oroat dig eller upplevt ångest över att få följande panikattack, eller upplevt andra rädslor i anslutning till en attack (till exempel rädsla för att attackerna är tecken på fysiska eller psykiska problem eller att de kan orsaka pinsamma sociala situationer)?</b>
<b>0</b> Inte alls.
<b>1</b> Ångesten har varit sporadisk eller lindrig.
<b>2</b> Ångesten har varit regelbunden eller måttlig.
<b>3</b> Ångest har uppstått mycket ofta eller varit mycket påfrestande.
<b>4</b> Ångesten har varit nästan konstant och orsakat oförmåga.

**4. Under den gångna veckan, har du undvikit eller känt dig rädd för vissa platser eller situationer, eftersom du var rädd att de skulle utlösa en panikattack? ELLER finns det några andra situationer som du skulle ha undvikit eller känt dig rädd för om de hade uppkommit under veckan, av samma anledning? Om du svarade ja på endera frågan, bedöm hur svår rädslan och undvikandet var under den gångna veckan.**

**0** Inte alls: Ingen rädsla eller undvikande beteende.

**1** Lindrig: Sporadisk rädsla och/eller undvikande beteende. Jag kunde vanligtvis hantera eller uthärda situationen. Jag ändrade endast något eller inte alls min livsföring på grund av detta.

**2** Måttlig: Rädslan och/eller undvikandet var betydande men fortfarande hanterbart. Jag undvek vissa situationer men jag kunde hantera dem i sällskap med en annan person. Jag förändrade min livsföring något på grund av detta, men min allmänna funktionsförmåga har inte nedsatts.

**3** Svår: Omfattande undvikande beteende. Mitt sätt att leva har förändrats avsevärt på grund av undvikande beteende. Detta har gjort det svårt att genomföra vanliga aktiviteter.

**4** Extrem: Rädsla och/eller undvikande orsakade en genomgående oförmåga. Jag har varit tvungen att göra omfattande ändringar i mitt levnadssätt som har lett till att jag inte kunde genomföra viktiga uppgifter.

**5. Under den gångna veckan, har du undvikit eller varit rädd för någon aktivitet, eftersom den orsakar fysiska upplevelser som liknar en panikattack, eller för att du var rädd för att den skulle utlösa en panikattack? ELLER skulle du ha undvikit eller varit rädd för en aktivitet som du borde ha skött under veckan, av samma anledning?**

**0** Jag undvek inte situationer eller aktiviteter på grund av ångestfyllda fysiska upplevelser.

**1** Lindrig: Sporadisk rädsla och/eller undvikande beteende. I allmänhet kunde jag hantera aktiviteter som orsakar fysiska upplevelser och uthärdade dem med lindrig ångest. Mitt sätt att leva har förändrats endast lite på grund av undvikande beteende.

**2** Måttlig: Undvikandet var betydande men fortfarande hanterbart. Det har haft en tydlig inverkan på mitt liv, men endast begränsat, och min allmänna funktionsförmåga har inte nedsatts.

**3** Svår: Omfattande undvikande beteende. Mitt sätt att leva har förändrats avsevärt eller min funktionsförmåga har nedsatts.

**4** Extrem: Undvikandet var genomgående och orsakade oförmåga. Detta har resulterat i en väsentlig förändring i mitt sätt att leva eftersom jag inte har kunnat utföra viktiga uppgifter eller aktiviteter.

**6. Hur mycket påverkade symptomen som beskrivs ovan din arbetsförmåga eller dina hemsysslor under den gångna veckan?**

- 0** Symtomen störde inte min arbetsförmåga eller utförandet av hushållssysslor.
- 1** Symtomen störde lindrigt min arbetsförmåga eller utförandet av hushållssysslor. Men jag kunde göra nästan allt jag skulle ha gjort utan dessa problem.
- 2** Symtomen påverkade min arbetsförmåga eller utförandet av hushållssysslor avsevärt, men jag kunde fortfarande göra de saker jag var tvungen att göra.
- 3** Symtomen störde i hög grad min arbetsförmåga eller utförandet av hushållssysslor. Många viktiga uppgifter blev ogjorda på grund av mina symtom.
- 4** Symtomen ledde till extrem oförmåga. Jag var i princip oförmögen att uppfylla något av mina ansvarstaganden i arbetet eller hemma.

**7. Hur mycket störde panikattacker, begränsade symptomattacker, oron för attacker och räds-  
lan för situationer eller aktiviteter ditt sociala liv under den gångna veckan?**

- 0** Eventuella problem störde inte mina sociala relationer.
- 1** Problemen störde mitt sociala liv något. Men jag kunde göra nästan allt jag skulle ha gjort utan dessa problem.
- 2** Problemen störde mitt sociala liv avsevärt, men jag kunde genomföra det mesta när jag försökte tillräckligt.
- 3** Problemen störde mitt sociala liv på ett betydande sätt. Många sociala aktiviteter blev ogjorda på grund av problemen.
- 4** Problemen orsakade extrem oförmåga. Jag var nästan helt oförmögen till social interaktion.

<b>Tolkning av poängen</b>
0–1 poäng: Inga paniksymtom
2–5 poäng: Obetydliga paniksymtom
6–9 poäng: Lindriga paniksymtom
10-13 poäng: Måttliga paniksymptom
14-28 poäng: Svåra paniksymtom