



MALMÖ HÖGSKOLA
Hälsa och samhälle

KRONISK SMÄRTA

En litteraturstudie om patienters upplevelser
och tankar om sitt dagliga liv.

Josefin Forsén
Eva Schlyter

Examensarbete
Kurs VT 02
Sjuksköterskeprogrammet
Maj 2004

Malmö högskola
Hälsa och samhälle
205 06 Malmö
e-post: postmaster@hs.mah.se

KRONISK SMÄRTA

En litteraturstudie om patienters upplevelser och tankar om sitt dagliga liv

Josefin Forsén

Eva Schlyter

Forsén, J & Schlyter, E. Kronisk smärta. En litteraturstudie om patienters upplevelser och tankar om sitt dagliga liv. *Examensarbete i omvårdnad, 10 poäng*. Malmö högskola: Hälsa och Samhälle. Utbildningsområde omvårdnad, 2004.

Syftet med vår litteraturstudie är att belysa sjuksköterskans omvårdnadshandlingar till patienter med kronisk smärta. Som teoretisk referensram har vi använt Aron Antonovskys KASAM-modell. Litteraturstudien baseras på 8 vetenskapliga artiklar. Resultatet presenteras i huvudkategorier och begrepp. Det visar att kronisk smärta är ett multidimensionellt fenomen som påverkar människors livskvalitet både fysisk, psykiskt och socialt. Information och stöd visar sig vara de viktigaste inslagen i sjuksköterskans omvårdnadshandlingar. Ur patientperspektivet låg betydelsen i att bli betrodd och få bekräftelse på vad som orsakar smärtan.

Nyckelord: Coping, kronisk smärta, omvårdnad, patient, sjuksköterskan.

CHRONIC PAIN

A literature review on patients experience and thinking about their daily life

Josefin Forsén

Eva Schlyter

Forsén, J & Schlyter, E. Chronic pain. A literature review on patients experience and thinking about their daily life . *Examination paper, 10 Credit Points*. Nursing Programme. Malmö University: Health and Society, Department of Nursing, 2004.

The purpose of this literature review is to illustrate the nursing care to patient with chronic pain. As a theoretic frame for this study we choose Aron Antonovsky's sense of coherence model. The results of this study are based on 8 scientific articles. The findings are presented in main categories and ideas. The findings show that chronic pain is a multidimensional phenomenon that influences peoples quality of life in a physical, psychological as well as social way. Information and support are the most important element in nursing care. From the patients perspective the most significant part was believing in the person and acknowledgment of what causes the pain.

Keywords: Coping, chronic pain, nurse, nursing, patient

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	5
INTRODUKTION	5
Teoretisk referensram	10
Meningsfullhet	10
Begriplighet	10
Hanterbarhet	10
SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNING	11
METOD	11
Litteratursökning	11
Manuell sökning	11
Artikelgranskning	11
Inkludering och exkluderingskriterier	12
Analys	12
Presentation över analyserade artiklar	13
RESULTAT	13
Upplevelser av smärta	13
Hantering av smärta	16
Sjuksköterskans omvårdnadsåtgärder	17
DISKUSSION	18
Metoddiskussion	18
Resultatdiskussion	19
SLUTORD	22
REFERENSER	23
BILAGOR	25

INLEDNING

En av de vanligaste orsakerna till att människor söker vård är smärta. Patienter möter olika yrkesgrupper i hälso- och sjukvården. De professionella yrkesgrupperna har ett etiskt ansvar och en viktig roll när det gäller att bedöma smärta. Utgångspunkten i den professionella bedömningen och eventuella åtgärder är patientens unika upplevelse av sina besvär. Det är patienten som har tolkningsföreträde av smärtans existens. Upplevelsen av smärta är subjektiv och detta kan vara svårt som sjuksköterska att hantera, det är lättare med symtom som går att se och ta på och objektivt mäta (Hawthorn & Redmond, 1999).

Intresse för smärta kom vi fram till att båda författarna har. När vi läst in oss på området kom vi fram till att det är ett multidimensionellt fenomen med känslomässiga, psykologiska och psykosociala problem. Som sjuksköterskor vill vi få en djupare kunskap om hur viktigt det är att förstå och respektera patienternas olika erfarenheter och upplevelser av just kronisk smärta. Var vi än kommer att arbeta inom sjukvården träffar vi patienter med kronisk smärta och alla patienter har en egen livsvärld. Intresset ligger inte på sjukdomarna, utan på den subjektiva upplevelsen av vad kronisk smärta kan innebära för personen. Vår vision med denna studie är att öka vår kunskap och förståelse om patienternas erfarenheter om hur det är att leva med kronisk smärta.

INTRODUKTION

Det finns inga exakta uppgifter om hur många som lider av kronisk smärta. Olika undersökningar ger varierande rapporter. Minst var femte person mellan 18-75 år lever med kronisk smärta och cirka var tredje har så ihållande besvär att levnadssättet påverkas (SBU, 2004).

Patienter som lider av kroniska smärtor är många. Exempel på dessa är reumatiska sjukdomar som orsakar kroniska smärtor. Dessa sjukdomar leder till smärtor bland annat i nacke, rygg, axlar och leder. Den dominerande delen av de drabbade är kvinnor. Varför kvinnorna är mer drabbade än män är inte klarlagt (Apoteket, 2004).

Smärta har funnits i alla tider, men sättet att uttrycka och förmågan att uthärda smärtan har varierat. Fenomenet smärta är inte enhetligt. Det är en komplicerad enskild upplevelse av lidande. Det är ett symtom, ett resultat av individens reaktion på orimlig stimulering. Smärta påverkar fysiska, psykologiska, kulturella och existentiella faktorer. Smärta går att förklara i olika dimensioner, fysisk smärta, psykologisk smärta, social smärta och existentiell smärta. Många människor förklarar hela sitt smärttillstånd som enbart fysiskt och blundar för att de påverkas av psykiska och sociala smärtor. Det är inte normalt att under en längre tid ha endimensionell smärta (Brattberg, 1995).

Brattberg (1995) skriver att synen på smärta har förändrats. Det ansågs vid sekelskiftet 1800-1900-talet att smärta uppstod pga nociceptiv stimulering. Psykologiska faktorer ansågs obetydliga. När det psykologiska kunnandet ökade insågs betydelsen för smärtupplevelsen. Första halvan av 1900-talet ansågs det att smärtan var antingen psykologiskt eller organiskt betingad. Mellan ungefär 1950-1975

ansågs att om inte smärtan svarade på medicinsk behandling användes olika psykologiska teorier som förklaring. Smärtan kom senare att uppfattas som ett komplext fenomen. Man började se samband mellan olika fysiska och psykologiska orsaker till smärtan. På smärtkliniker började psykologiska behandlingsformer användas. Det har under senare år funnits ett nyväckt intresse för de fysiologiska mekanismerna vid besvärliga smärttillstånd och i motsats till det äldre synsättet införlivas både de psykologiska och fysiologiska faktorerna i en sammansatt förklaringsmodell, den så kallade multidimensionella synen på smärta (Brattberg, 1995).

Enligt Hawthorn & Redmond (1999) beskrivs smärta som en obehaglig sinnesupplevelse som starkt och känslomässigt engagerar människor och som utlösts av en verklig eller hotad vävnadsskada, eller som beskrivs som en sådan. Kronisk smärta definieras vanligen som smärta som är bestående under sex veckor eller däröver, eller som smärta förknippad med kronisk patologisk process. Kronisk smärta är den som kvarstår och beror på vävnadsförändringar såsom vid cancer, eller skada på nervsystemet. Den kan vara ihållande smärta och har en identifierbar orsak, tex artrit, men den kan också vara mer svårförklarad. Det kan vara svårt för patienten att ange när smärtan uppstod, därför skiljer sig kronisk smärta från akut smärta genom att ständig smärta ger upphov till förändringar i CNS. En adaptation i det autonoma nervsystemet kan förekomma så att många av de symtom som ofta förekommer vid smärta avtar med tiden. Detta kan vara orsaken till att en oerfaren observatör tvivlar på att patienten verkligen har ont.

Kronisk smärta kan leda till förändringar av personlighet, livsstil och funktionell förmåga. Patienter som lider av kronisk smärta är en av de mest svårbehandlade grupperna. Problemet är frånvaro av ett enhetligt klassifikationssystem av denna typ av smärta. Den mest heltäckande klassifikationen är IASP (International Association for the Study of Pain). Denna bygger på indelning av patienter som i förhand fastställda kategorier, på basis av vissa karakteristiska symtom. Dessa symtom poängsätts i enlighet med olika dimensioner. Dessa dimensioner är området av kroppen där smärtan finns, det kroppsliga system där den smärtproducerande funktionen föreligger, tidsaspekter på smärtan, smärtans insättande, intensitet och duration och smärtans etiologi. Smärtupplevelsen är subjektiv och unik för individen. Personer upplever smärta olika trots att det är ett universellt fenomen. Den enskilda individen kan ha likartade smärtor som kan leda till olikartade upplevelser, och alla som arbetar med omvårdnad av patienter som lider av smärta måste ha detta som en grundläggande aspekt (a a).

Enligt Killander (1995) är nociceptiv smärta den som uppstår i samband med vävnadsskada och delas in i somatisk (muskler, bindväv, skelett, hud) och visceral (inre organ) smärta. Denna smärtyyp förekommer vid reumatiska tillstånd, när en cancertumör växer eller vid akuta trauman. Smärtreceptorerna (noiceptorer) aktiveras av smärtframkallande endogena (kroppsegna) substanser som hög temperatur eller kraftigt tryck.

Visceral smärta är den som uppstår i organen i kroppens större hålrum och har andra kliniska tecken än somatisk smärta. Patienten har svårare för att lokalisera och det är vanligt med överförda smärtområden (referred pain). Ett klassiskt exempel är smärta vid hjärtischemi som kan kännas i vänster arm. Denna smärta kan ofta framkalla oro. Somatisk smärta kan som regel lätt lokaliseras och varierar i förhållande till rörelser, belastning och tryck (a a).

Neurogen/neuropatisk smärta orsakas av skada som sker på nerven. Detta kan bero på yttre trauma, förändringar i själva nervcellen efter exempelvis kirurgiska ingrepp, strålbehandling eller långvariga inflammatoriska tillstånd. Nerverna som är skadade signalerar smärta som följer nerven/nervernas utbredningsområde. När en patient har fått en psykiatrisk diagnos där smärtor ingår i symtombilden benämns denna som psykogen. Smärta av oklar orsak uppstår utan påvisbar vävnadsskada (Killander, 1991).

Målet för all hälso- och sjukvård ska vara god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Därvid anges bland annat att vården ska vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och att behandlingen ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet samt så långt det är möjligt utformas och genomförs i samråd med patienten (SFS 1982:763). För många patienter med kronisk smärta är det inte bara smärtan som är problemet. Det är även följden av att relativt lite uppmärksamhet har riktats på relationen mellan psykologisk oro och alla de andra problemen som dyker upp. Kronisk smärta inverkar på varje aspekt av den drabbades liv t.ex. ekonomiska bekymmer till följd av förlust av arbete, förlust av socialt liv och destruktivitet i intima relationer och detta kan leda till stor oro och depression (Casten et al, 1995).

Socialstyrelsen (1994:4) beskriver att om en person upplever både obehandlad eller underbehandlad smärtbehandling mer än tre månader har denne rätt att konsulteras av läkare med smärtspecialistkompetens inom algologi (specialiserad smärtbehandling) för diagnos och behandling. Socialstyrelsen betonar att bedömning och utvärdering av patientens subjektiva upplevelse ska vara i centrum för att på bästa möjliga sätt hjälpa individen. Genom att ge bästa möjliga livskvalitet även om smärtan är bestående fodras kompetens och helhetssyn i dess bästa bemärkelse. Smärttillstånd som är långvariga är mycket vanliga i befolkningen. Det är vanligast med smärtor från skelett, muskler och leder där kvinnor oftare än män har symtom av smärta i axlar och nacke medan män oftare har kroniska länd- och ryggsmärtor. Långdragna smärttillstånd kan uppstå utan att det finns förklaring eller orsak och i vissa fall kan ett speciellt smärtsyndrom utvecklas, som innebär att levnadssätt och tankeverksamhet domineras och styrs av smärtan. Det finns olika typer av vårdbehov. Det som talas om är medicinskt vårdbehov och behov av omvårdnad och mänskligt stöd. Familjen tycks ha betydelse för hur utvecklingen blir av kronisk smärta. Psykiska, sociala och emotionella faktorer verkar spela större roll än fysiska. Det bör finnas en smärtmottagning inom varje region-sjukhus som kan ge stöd och service åt primärvård och övrig sjukvård som en del av sjuksköterskans samordning

Almås (2002) beskriver att vid långvariga/kroniska smärttillstånd har patienten få eller inga observerbara tecken på smärta och därför blir patienter beroende av att sjukvårdspersonalen tror på deras beskrivning. Då patienter inte blir betrodda kan detta bli svårare att bära än själva smärtan. Plågas av svåra smärtor utan att veta orsaken kan vara värre än att få en diagnos som är kronisk. Barndomserfarenheter som sjuksköterskor har kan påverka deras uppfattning om vad som är ett normalt smärtbeteende, alltså kan den känslomässiga reaktionen styras utifrån sjuksköterskans egen bakgrund. Omdöme och erfarenheter hos sjuksköterskan är grunden för att kunna förstå patientens smärtupplevelse, på samma sätt som patientens reaktion grundar sig på sina tidigare erfarenheter. Sjuksköterskor konfronteras dagligen med patienter som lider, därigenom får de ett förråd av erfarenheter av smärta hos patienter i samband med undersökningar, sjukdomar eller skador. Hos

en del sjuksköterskor leder erfarenheterna till mindre känslighet för andras lidande. Detta kan leda till att sjuksköterskor tar distans från andra människors smärta på ett olämpligt sätt genom att skydda sig mot det lidande de möter (Almås, 2002).

Almås (2002) beskriver att om sjuksköterskor har haft egna upplevelser av smärta kan de bidra till att de har lättare att förstå andras smärtupplevelser och är därför mer observanta på reaktioner som kan vara uttryck för smärta. Både när det gäller att förebygga och behandla smärta har sjuksköterskan ett stort ansvar. Verifiera och kontrollera hållbarheten i patientens smärtupplevelser är omöjligt. Om patienten inte uppvisar mätbara tecken på smärta, kan sjuksköterskan inte veta som om patienten har ont eller simulerar. Inom detta område är det patienten som är auktoriteten. Sjuksköterskan har ofta en önskan om att hjälpa patienter med kronisk smärta genom lindring. Det är viktigt att veta att kronisk smärta inte behandlas likadant som akut smärta, och att vara klar över att åtgärder sjuksköterskan bidrar med vid kronisk smärta inte alltid är botande. Sjuksköterskan stöttar och hjälper patienten för att få ett bättre liv trots smärtan, medan patienten själv är delaktig i sin behandling. Kronisk smärta är ett komplext fenomen som kommer att påverka olika aspekter på livet oberoende av smärtans orsak.

Kraven på god omvårdnad är att den ska bygga på en humanistisk livssyn, ett antagande om människors lika värde och ett genomtänkt etiskt förhållningssätt. Patienten skall ha möjlighet att delta i beslut om och genomförande av sin omvårdnad. All omvårdnad ska utföras individuellt då varje situation är unik. Personer som på grund av sitt hälsotillstånd inte klarar sig själv, skall få hjälp med omvårdnad, planering och eller genomföra handlingar som hör till deras dagliga liv. Omvårdnad omfattar också åtgärder som att skapa en hälsobefrämjande miljö, att undanröja smärta och obehag samt ge stöd och hjälp i deras reaktioner på sjukdom, trauma, funktionshinder och i behandlingssituationer (SOSFS 1993:17).

Enligt Socialstyrelsen (1994:4) är smärtanalys och smärtbehandling i princip ett samarbete mellan patienten, läkaren och sjuksköterskan, där patientens upplevelser, verbala och icke verbala uttryck för smärtan är basen. Känna sig uppmärksam och förstådd är grunden för den fortsatta smärtbehandlingen och dess uppföljning. Vid sidan av smärtans biologiska effekter påverkas smärtupplevelsen av t.ex. rädsla, ångest och depression. Även patientens kunskaper, tankesätt, tidigare erfarenheter och självuppfattning berörs samt inverkar på aktiviteter, vanor och umgänge. En ovärderlig betydelse är att de anhöriga får delta tillsammans med patienten i alla beslut som tas i samband med behandlingen.

I apotekstidningen (2004, nr 2) beskrivs sjukdomstillstånd som smärta, trötthet och depression påverkar inte bara den drabbade utan också omgivningen. Anhöriga får ofta dra en tung börda i hemmet och därför är det viktigt att insatser görs även för att påverka livskvaliteten hos anhöriga. När man som anhörig lever med en person med ständig smärta riskerar denne att själv bli stressad och deprimerad. Mycket handlar om sättet att tänka och att försöka glömma invanda, negativa tankemönster och istället lyfta fram det positiva. Ett sätt att ge alternativ smärtlindring som komplement till traditionell läkemedelsbehandling är att träna patienten att själv ta kontroll över sin smärta. Fannie Gaston-Johansson professor i omvårdnadsvetenskap, har utvecklat ett instrument för att mäta smärta, en så kallad painometer. Instrumentet är graderat på en skala från 1-10 där patienten får välja bland givna ord som beskriver deras smärta, tex molande, skärande, värkande

eller ömmande. Även ord som intensiv, tröttande finns också med. De ord som patienten bestämmer sig för ger vårdpersonalen en bättre uppfattning om hur smärtan upplevs (Apoteket, 2004).

Brattberg (1995) beskriver för att kunna klara av att ta hand om sig själv när man lever med kronisk smärta behövs både teoretisk och praktisk kunskap, copingförmåga samt ett socialt nätverk. Bristande copingförmåga kan leda till att smärttillståndet kompliceras ytterligare. Vidare menar hon att målet är att lära individen att hantera smärtan (coping) för att uppnå en så hög livskvalitet som möjligt. Med coping menas förmågan att hantera de yttre och inre krav som påverkar en individ. Copingstrategier kan vara betydelsefulla när man bedömer varje persons val av strategier för att försöka förstå den personens mönster. Detta kan vara användbart i samband med patientundervisning Vanliga copingstrategier beskrivna i litteraturen är problemfokuserade tillvägagångssätt bla aktivitet, finna syfte/mening, sätta mål, informationssökning och socialt stöd.

Enligt Klang-Söderkvist (2001) är begreppet empowerment ett förhållningssätt hos sjukvårdspersonal för att kunna ge patienten styrka och mod i mötet med vårdpersonalen när det gäller synen på den egna hälsan. Genom att använda ett sådant förhållningssätt gör patientorienteringen tydligare och hela patientperspektivet påverkas eftersom patienten ges en annan status i vårdsituationen. I samverkan med vårdpersonalen kan patienten få möjlighet att vara med och bestämma om sin egen vård och kunna utnyttja sina egna hälsoresurser. Patientens föreställning och kunskap om sin hälsa skall beaktas i vårdsituationen och om personalen fokuserar hälsa i lika stor mån som sjukdom förstärks patientens förmåga till egenvård. Kraven under 2000-talet har ökat hos patienterna och den yngre generationen kommer att ställa krav på medbestämmande och kontroll av de åtgärder som erbjuds i sjukvården i framtiden. Detta är således en anledning till att sjukvårdspersonal bör tillägna sig patient-empowerment tänkandet för att kunna möta de ökade kraven. Empowermentinfluerad patientutbildning handlar i högsta grad om relationen mellan involverade personer och förståelse av varandras föreställningar.

I ett vårdssystem där patienten har lite att säga till om finns risk att personalen visar en respektlöshet för patientens syn på sin sjukdom och hälsa. Patienten tillåts inte att medverka och tror inte att de egna initiativen är viktiga. Om patienten visas respekt för sin egen uppfattning och sjukdomsupplevelse är detta ett exempel på empowerment. Patientperspektiv blir tydligare genom att betoningen läggs på sjukvårdspersonalen för värdet av patientens kunskap och upplevelser av sin sjukdom av dennes förmåga att minska sitt lidande. Bemyndigandet förväntas ske i samspel av givande och tagande mellan patienten och sjuksköterskan då denne kan ge patienten kraft, förmåga, befogenhet, mod och känsla av att ha en självklar rätt att delta i eller själv fatta beslut om sin egen vård (a a).

Ett mål är att patienten och sjuksköterskan i samförstånd lär sig förstå och reflektera över patientens symtom och totala upplevelse. Tre principer är viktiga när det gäller patientempowerment. Den första innebär att hälsofrämjande åtgärder måste vara överensstämmande med berörda personer, experter och patienter måste arbeta tillsammans med aktuella problem och beslut. Den andra principen är att åtgärderna måste överensstämma med allmän hälsopolicy när det gäller det hälsofrämjande åtgärderna. Den tredje principen för att uppnå empowerment behöver patienten ha förmåga att reflektera över behandlingseffekter och egenvårdsbete-

ende, få kunskap om vad som är sjukdomsspecifikt och få förståelse vad som är möjligt att göra (Klang-Söderkvist, 2001).

Teoretisk referensram

Vi har valt att utgå från Antonovskys syn på hälsa. Aaron Antonovsky (1991) är känd internationellt och är en högt respekterad professor i medicinsk sociologi.

Till skillnad från att ställa frågan varför människor blir sjuka så frågar Antonovsky varför så många människor som utsätts för svåra påfrestningar ändå förblir friska. Han anser att hälsa måste ses som en sammanhängande mängd av ett oändligt antal element mellan hälsa och ohälsa. Antonovsky talar om den salutogena hälsan, och det som dominerar det salutogenetiska synsättet på hälsa är att motståndskraften beror på vår känsla av sammanhang i tillvaron. De människor som har störst möjlighet till hälsa och KASAM (känsla av sammanhang), ser sin situation som hanterbar och sina handlingar som meningsfyllda. Han visar i en undersökning att personer med svag känsla av begriplighet kände sig som ständigt otursföljda. Personer med hög känsla av begriplighet upplevde däremot olika händelseförlopp i livet som utmaningar som man kan möta. Hanterbarhet definieras som resurser som människan har att förfoga över och med vars hjälp hon/han kan möta de krav som ställs.

Genom att intervjua personer har Antonovsky funnit att dessa tre teman är viktiga för känslan av sammanhang: meningsfullhet, begriplighet och hanterbarhet i nämnd ordning (a a).

Meningsfullhet

Mäter i vilken grad personen känner att livet har en innebörd. När människor konfronteras med olyckliga händelser, försöker de hitta en mening med dem och strävar efter att komma igenom med värdighet i behåll (a a).

Begriplighet

Syftar till att människan upplever inre och yttre stimuli som förnuftsmässigt gripbar. Personer med hög känsla av begriplighet förväntar sig att de stimuli de utsätts för är förutsägbara, eller när det kommer som en överraskning går att ordna och förklara (a a).

Hanterbarhet

Mäter personers upplevelser av i hur hög grad det finns resurser som står till dennes förfogande att möta det hon/han utsätts för. Det kan vara egna resurser eller stöd från andra personer. En person med hög känsla av hanterbarhet känner sig inte som ett offer för omständigheter utan kan själv påverka vissa händelseförlopp (a a).

SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNING

Syftet med vår litteraturstudie är att belysa sjuksköterskans omvårdnadshandlingar till patienter med kronisk smärta.

Våra frågeställningar lyder:

Vilka upplevelser och tankar har patienter med kroniska smärtor kring sitt dagliga liv?

Vilka omvårdnadshandlingar anses mest betydelsefulla ur sjuksköterskans perspektiv?

METOD

Under denna rubrik presenterar vi vår litteratursökning, manuell sökning, artikelgranskning, inkludering och exkluderingsskriterier, analys samt presentation av analyserade artiklar.

Litteratursökning

Vi undersökte vad som fanns skrivet om kronisk smärta, människors hantering och upplevelser i dagligt liv samt sjuksköterskans roll. Till vår bakgrund har vi sökt fakta i böcker, artiklar, Socialstyrelsens rapporter och avhandlingar som vi lånade på Hälsa och Samhälles bibliotek på Malmö högskola. Vi sökte även information och fakta som berörde ämnet smärta via Internet, för att läsa in oss på området.

Manuell sökning

Av de totalt 8 artiklarna vi använt oss av i resultatet har 2 sökts manuellt. En artikel (artikel 3 i artikelsammanfattningen) hittades då vi skulle kopiera en annan artikel som vi hittat i databasen PubMed. Denna visade sig vara en följande del på artikel nr 2 (se artikelsammanfattningen). Denna kändes relevant till vårt syfte och frågeställningar. Den andra artikeln som vi sökt manuellt hittade vi då vi sökte i PubMed genom en annan artikel som var publicerad i tidningen Pain. Tidskriften Pain finns som elektronisk tidskrift och därigenom hittade vi artikeln i fulltext (artikel 7 i artikelsammanfattningen). En del av de funna artiklarna hade en del intressanta referenslistor som vi tittade extra på och hittade dem sedan i skolans tidskriftssamling. Vi har använt en av dessa i introduktionen för att de kändes relevanta och gav oss mer vetenskap till vår studie.

Artikelgranskning

För att finna relevanta artiklar har vi sökt i databaserna Elin, SweMed, ScienceDirect och PubMed. Sökord som användes och antal träffar presenteras i litteratursökning, bilaga 1. Polit et al (2001) har använts för att följa de kriterier som de anger för att granska vetenskapliga artiklar som presenteras i bilaga 2. Granskningen redovisas som matris, bilaga 3. Vi har valt att göra en sammanfattning av våra artiklar för att göra den kritiska granskningen tydligare. Detta presenteras som en artikelsammanfattning i bilaga 4. Hartman (1998) har inspirerat oss för att analysera de kvalitativa artiklarna. Av de artiklar som vi fann på Malmö högskolas bibliotek Hälsa och samhälles databaser var dessvärre inte dessa i fulltext, men vi fann att de tidskrifter de var publicerade i fanns i skolans tidskriftssamling.

Artiklarna delades upp mellan författarna och lästes var för sig. Sedan växlade vi och således var de lästa av oss båda. Sedan diskuterade vi relevansen av innehållet och kom fram till vilka som tydligt kvalificerade sig till de frågeställningar som vi ville ha svar på. Abstrakt och artiklar vi granskat var totalt 20 stycken och vi har använt 8 av dessa i resultatet. Av de vi använt oss av är 7 stycken kvalitativa och 1 kvantitativ. Det var viktigt för oss att till största del ha kvalitativa artiklar för att få fram personers upplevelse och tankar av att leva med kronisk smärta.

Inkludering och exkluderingskriterier

Vi gjorde en avgränsning i sökningen där vi valde att inkludera vuxna individer både kvinnor och män i åldrarna 18 år och uppåt. Avgränsningar i sökningen gjordes inte men vi ville ha artiklar som var daterade från 1995 och framåt. Tyngdpunkten i funna artiklar finns på kvinnor eftersom det är de som är huvudsakligen beskrivna i litteraturen, men vi har dock med artiklar som handlar om både män och kvinnor.

Vår teoretiska fokus i denna studie kommer att vara på personer som lever med kroniska sjukdomar som domineras av långvariga smärtor. För att få svar på våra frågeställningar valde vi att använda oss av artiklar som handlade om upplevelsen och hantering av att leva med kroniska smärtor samt vad sjuksköterskan omvårdnadsåtgärder innebär för att stödja dessa personer med kroniska smärtor. Artiklarna handlar i stort om människor som har fått diagnoserna fibromyalgi, reumatoid artrit, artros och kroniska rygg- och nacksmärtor som innebär en stor smärtproblematik. Intresset ligger inte på orsaken till sjukdomarna utan på den subjektiva upplevelsen av vad smärta kan innebära för personen. Vi har valt att belysa dessa människors upplevelser och hanteringar i det dagliga livet, samt konsten att som sjuksköterska kunna förverkliga omvårdnadens betydande roll. Dessa diagnoser är kroniska och innebär mycket smärta och lidande. Vi har valt att utesluta andra sjukdomar med kroniska smärtor, barn, personer med maligna kroniska smärtor, samt de som inte fått någon diagnos.

Analys

Vi har blivit inspirerade av det Hartman (1998) skriver i sin analys om kvalitativ data. Vi ville hitta gemensamma begrepp utifrån våra frågeställningar. Vi koncentrerade oss på de mest framträdande i den mening att de förekom ofta i intervjuerna och verkade vara en viktig del i människornas liv. När vi fann återkommande begrepp som framkom från intervjuerna i artiklarna kategoriserade vi begreppen. Vi skapade kategorier utifrån begreppen och förde samman de som handlar om samma sak. Vi presenterar huvudkategorierna med vår tolkning av begreppen. Ur patientperspektiv kom vi fram till att använda oss av huvudkategorierna upplevelser och hantering. I kategorin upplevelser av smärta följer begreppen att bli diagnostiserade, trötthet/sömnstörningar, depression, ensamhet/isolering, skuld, att inte bli betrodd samt negativ självkänsla. I kategorin hantering av smärta följer begreppen humor, hopp, stöd från familj och vänner, att bli betrodd, samt kontroll. Ur sjuksköterskans omvårdnadshandlingar presenteras huvudkategorin sjuksköterskans omvårdnadsåtgärder som innefattar begreppen undervisning, stöd, information, förmåga att lyssna samt uppmuntran.

Presentation av analyserade artiklar

Nedan följer en presentation av de analyserade artiklarna som ligger till grund för vårt resultat.

Bullington, J, Nordemar, R, Nordemar, K & Sjöström-Flanagan, C (2003) Meaning out of chaos: a way to understand chronic pain.

Henriksson, C M (1995a) Living with continuous muscular pain – patient perspectives, Part I: Encounters and Consequences.

Henriksson, C M (1995b) Living with continuous muscular pain – patient perspective, Part II: Strategies for daily life.

Hwang, E J, Kim, Y H & Jun, S S (2004) Lived experience of Korean women suffering from rheumatoid arthritis: a phenomenological approach.

Sullivan, T, Weinert, C & Cudney, S (2003) Management of chronic illness: voices of rural women.

Sylvain, H & Talbot, L (2002) Synergy towards health: a nursing intervention model for women living with fibromyalgia, and their spouses.

Walker, J, Holloway, I & Sofaer, B (1999) In the system: lived experience of chronic back pain from the perspectives of those seeking help from pain clinics.

Walker, J & Sofaer, B (1998) Predictors of psychological distress in chronic pain patients.

RESULTAT

Resultaten redovisas med underrubriker utifrån de huvudkategorier som framkom i analysen av begreppen och är inspirerat av det Hartman (1998) säger i sin analys. Under granskningen framkom tre genomgående huvudkategorier som redovisas i resultatet. Följande huvudkategorier framförs som underrubriker: upplevelser av smärtan, hantering av smärtan samt sjuksköterskans omvårdnadsåtgärder.

Upplevelser av smärta

I studien av Bullington m fl (2003) som grundar sig på en kvalitativ studie med hermeneutisk forskningsteori och är gjord i Sverige, berättar patienterna som söker hjälp på smärtmottagning att deras livsvärld var märkt av kaos. Känslor och tankar om sin identitet, inför andra och det förflutna är förvirrade. Patienterna söker desperat efter någonting som kan förklara smärtan. Den medicinska diagnosen kan vara bra att få för att stilla förvirringen. Patienterna vill bli diagnostiserad och veta varför de har smärtor. Patienterna vill ha ett namn på symtomen och uttrycker sig att detta ger en känsla av makt över det som är namngett. Detta kan ge patienten en känsla av kontroll och kan ses som det första steget att gå från kaos till mening.

Henriksson (1995a) menar att det inte fanns någon skillnad i jämförelsen av upplevelserna av kvinnorna från USA och Sverige i sin kvalitativa studie. De finner

resultat hos majoriteten av dessa 40 kvinnor med kroniska smärtor att de har haft en lång kontakt med vården innan de har blivit diagnostiserade. Upplevelsen av detta har känts periodvis svår och destruktiv, den värsta tiden har varit då de blivit skickade fram och tillbaka till olika specialister utan att få någon information (Henriksson, 1995a).

"I've gone through three years of tests and tests and tests /.../ they all said there was nothing wrong." (s 69)

Det var 60 kvinnor som deltog i en kvalitativ studie gjord av Sullivan et al (2003) i Montana, USA. Sjukdomskänslan som kvinnorna upplever involverade att leva med de fysiska symtom av trötthet/sömnstörningar och ständig smärta, att hantera känslor som depression, ensamhet/isolering och skuld. Trötthet/sömnsvårigheter visade sig hos alla kvinnor som ett huvudproblem.

"I sometimes get so tired that I can't go to sleep. I ache everywhere and my muscles do a little dance number." (s 569)

Smärta är en av de största orsakerna till sömnsvårigheter/trötthet och den inverkar på livskvalitet och livsstil och var också beskrivet som den svåraste delen att hantera. Aktiviteter i det dagliga livet som t.ex. handla och diska är säkra moment för att sedan få smärta. Sociala evenemang och relationer var också inskränkt av smärtan (Sullivan et al, 2003).

När smärtan är det största symtomet på sjukdom, påverkas också det känslomässiga planet. Upplevelser av depression, modlöshet, ensamhet/isolering och skuld är kommentarer som framkommer av intervjuerna. En del av kvinnorna rapporterade att de först blivit diagnostiserade med depression, där läkaren skriver ut anti-depressiv medicin (a a).

"I was offended that he would think I was depressed. I sure didn't need THAT diagnosis on my medical record along with my fibromyalgia." (s 570)

Deltagarna i denna studie berättar om skuld-känslor inför familjen, de orkar inte vårda sin relation till den. Ekonomiska bekymmer är också en faktor som spelar in, mediciner och besök till hälsovården kostar mycket. Leva med kroniska symtom påverkar självkänslan negativt (Sullivan et al, 2003).

I en kvalitativ studie som Hwang et al (2004) gjorde i Busan, Korea redogjorde deltagarna som bestod av 5 kvinnor för att de har erfarenheter av okontrollerbart svåra smärtor orsakade av RA. Deras tillstånd orsakad av sjukdom, begränsar och minskar de fysiska aktiviteterna och inskränker på deras fysiska styrka. Individerna i denna undersökning berättar om att viljan finns att göra saker, men att deras smärttillstånd hindrar dem. Några problem som beskrivs hos deltagarna var att inte kunna hjälpa sina små barn att klä på sig, att sköta hemmet och en ständig oro för att sjukdomen skall förvärras. Känslor av skuld inför sin familj, att de inte brytt sig om sitt välbefinnande innan och självkänslan är i botten är återkommande förtimmelser hos de drabbade kvinnorna.

I resultatet som Walker och Sofaer (1998) redogör för i sin kvantitativa studie som är gjord i England, av 54 männen och 70 kvinnor var det 60 % av de totalt

124 deltagarna som visade upp en psykologisk oro och förklarade det med en kombination av rädsla för framtiden, att åldras, känsla av oduglighet och relationsproblem. Rädsla för framtiden var associerad men smärterfarenheten, smärtintensiteten och frekvensen av den. Förnimmelsen och brist av kontroll på smärtan gör att tillståndet av rädslan förvärras, samt brist på emotionellt stöd. Ingen skillnad var funnen då det gäller ålder, smärtintensitet och smärtfrekvens, men däremot duration av smärtan varierade beroende på åldern (Walker & Sofaer, 1998).

I en kvalitativ studie av Walker et al (1999) gjord i England berättar 8 kvinnor och 12 män som söker hjälp på smärtemottagning typiska historier om ryggsmärtor och hur påverkan av detta inverkar på det dagliga livet. Detta leder till en känsla av förlust och genomsyrar alla aspekter av välbefinnande. Många har en dålig erfarenhet av hälsovårdssystemet, de känner sig missförstådda för att läkaren inte kan hitta någon patologisk orsak till deras smärta och lidande. Dessa erfarenheter gör det svårt att se positivt på framtiden. Upplevelsen hos dessa människor är att inte bli tagen på allvar. Många uppger att de har blivit hemskickade med smärttabletter och sjukskrivning har varit den ända åtgärden som gjorts.

"I think that in the orthopaedic department, they don't look at the whole person, just bits and pieces. I've never seen the same person twice and there is no continuity; you don't feel that you are being treated as a person at all."
(s 623)

Deltagarna beskriver också att den långa väntetiden är svår, att få en tid för undersökning, konsultation och för att få ett besked om t ex. operation känns omöjlig. Hoppet om bättring finns där alltid, men oftast beskrivs det som att de väntar sig för mycket. Ingen av deltagarna i denna studie var nöjda med vården. Deras historier vittnar alla om att en torftig kommunikation och bristfällig förståelse. Bris-tande helhetssyn var upprepade uppfattningar hos deltagarna (Walker et al, 1999).

Berättelser från patienterna är många och det finns deltagare i studien som levt med kronisk smärta i över tio år. Många berättar att de har varit med om att personalen på sjukhuset har sagt att det är inget fel med dig, du är i toppform. Ett sådant uttalande är förnedrande och ger ytterligare bevis på att de misstror personen. De flesta deltagarna var rädda för att när smärtan inte kan förklaras på ett naturligt sätt, börjar de själva tro att smärtan bara är inbillad. Gå vidare med sitt liv kan efter ett sådant uttalande leda till passivitet och maktlöshet (a a).

Enligt Henriksson (1995a) är det många som upplever en desperation när man försöker fånga hälsovårdens uppmärksamhet under en längre tid. Patienterna har smärta och oroar sig för sin hälsa, framtid och vill ha en förklaring på symtomen. Långa perioder av undersökningar ökar oron när läkaren inte finner något fel. Erfarenhet av att inte bli betrodd när de förklarar sina smärtor har många av deltagarna fått erfara. Vidare berättar deltagarna att de har blivit bemötta med attityder från vårdpersonal som brister i förståelse och empati.

"it's all in your head"; "there is nothing wrong whit you"; "you have to reduce your stress"; "you are overworked and it must be nerves"; and "try to be positive and pull yourself together." (s 70)

Det finns en upplevelse från patienterna att många läkare har sagt till dem att ni lider av depression eller tolkar deras symtom genom att förklara att det beror på åldern, menopaus eller existentiella problem. Patienterna har börjat tvivla på sig själv och undrar om det är något fel på deras mentala hälsa (Henriksson, 1995a).

Smärtor, trötthet och brist på välbefinnande är rapporterad som svåra symtom att hantera. Många uttrycker att känslan om att inte vara betrodd kan ibland påverka sina egna känslor och börja tvivla på smärtan. En kvinna sa, att bli diagnostiserad kändes som en lättnad. Att bli bemött med reaktioner från omgivningen och vårdpersonal som om att man ljuger om sitt tillstånd är återkommande teman. Smärtan syns inte utanpå och kan vara svår att förstå för andra. Konsekvenserna av bemötandet när symtomen inte syns, gör att känslan av att inte vara betrodd styrks (a a).

"They look at me, a lot of them, and they say" Oh you look so great and wonderful now! /.../"you look on top of the world"...and I feel like hell...but I cover up. They don't understand any of this. They think it is all up here (points to her head)." (s 70)

Hantering av smärta

För att lindra och kontrollera smärtan, var medicin, massage och sjukgymnastik en betydande sak, men att ändra attityd till sin smärta var ett av de viktigaste momenten. En kvinna förklarar att hon har haft smärta så länge att hon inte kan avgöra smärtans intensitet längre (Sullivan et al, 2003).

"I decided to accept pain as a part of life. Instead of fighting against I try to embrace it. I think of pain as my friend. It teaches me what is important in life." (s 569)

I Henriksson (1995b) rapporterar kvinnors olika aktiviteter för att klara av sitt vardagsliv. Ändra sin livssituation och attityder som innebär begränsningar av vad de kan göra har tagit lång tid för många. Många har fått arbeta med insikten om att ha rutiner som att t.ex. ta det lugnt på morgonen, arbeta deltid, kanske vila en stund på dagen. De fokuserar mer på det nya livet och dess kvalitet och nya erfarenheter. Vissa är positiva till deras framtid och har accepterat sina nya begränsningar. Andra har mer motstånd och tar avstånd från att hitta ett nytt sätt att leva. Smärtan dominerar deras liv och andra symtom orsakar svårigheter i vardagslivet med allvarliga konsekvenser för arbete, familjelivet och det generella välbefinnandet. Acceptera sina begränsningar kan ta olika lång tid, och detta måste beaktas från individ till individ. I en del fall dominerar symtomen personernas liv och konsekvenserna som smärtan kan leda till en känsla av oduglighet.

Deltagarna i denna studie (Sullivan et al, 2003) fick öka sin kunskap och hjälp att hantera sina sjukdomskänslor genom att få kontakt med sjuksköterskor och andra människor med samma smärtproblematik i stödgrupper via datorn. De kom fram till att humor och hopp om bättring var ett sätt att utmana de fysiska och känslomässiga störningar som sjukdom och smärta innebär. Leva med de fysiska symtomen av sjukdom och bevara en tillfredställande livskvalitet är en av de största faktorerna i hanteringen av sin sjukdom. Kontroll och hantering av de fysiska symtom som smärta och trötthet är en viktig del av sjukdomshantering.

Kvinnorna som drabbats av kronisk smärta som huvudsymtom på sjukdomen rapporterade en anpassningsstrategi som gick ut på att tänka på smärtan som något

som tillhör deras liv. När smärtan kommer, var ett sätt att försöka anpassa sig att göra det bekvämt runt omkring sig och att inte bli orolig. Accepterande av sjukdomen blev ett sätt att känna sig till fred med sig själv. Stöd och uppmuntran från familjen gav energi och styrka att kämpa vidare. Våga säga nej och försöka tänka mer på sig själv och stärka sitt eget välbefinnande var ett sätt (Hwang et al, 2004).

Alla som deltog i studien (Walker et al, 1999) uppger att de har ett behov av att veta varför de har smärtor och att de har ett desperat hopp om att veta vad som orsakar smärtan. Brist på förståelse om hur patienten fungerar och hur deras smärtor uppkommer kan bli associerad med att vårdpersonalen har en bristfällig kunskap av medicinska behandlingar. Många patienter känner att deras behandling inte hjälper och att de står stilla i sin behandling. Många har provat TENS (transkutan elektrisk nervstimulering) och sjukgymnastik och upplever ändå inte någon bättring.

I'm crying out for somebody to take an interest in me for I'm fighter and I want to improve my health." (s 624)

Patienter med kronisk smärta sätter stora förhoppningar till moderna mediciner. Denna attityd leder till att fler genomgår tester och operationer och inleder patienterna i desperata hopp om att lösa situationen. Resultatet av dessa återkommande behandlingar inkluderar fler operationer, en del har till och med blivit värre efteråt, vilket var anledningen till att många har blivit remitterade till en smärtklinik. Deltagarna känner att när läkaren inte hittar något som är fel, förlorar de intresset för att hitta ett sätt att behandla smärtan. Detta gör att patienterna förlorar sitt förtroende för hälsovården (Walker et al, 1999).

"I don't have any faith really, what I want to find out what is causing this pain all through my body and I seem to meet a blank wall." (s 624)

I Henriksson (1995a) visar det sig att relationsproblem i familjen kan förvärra symtom som sömnsvårigheter och smärta. Anledningen till detta sägs vara att när anhöriga saknar kunskap och inte får någon information om hur det är att leva med kronisk smärta blir förståelsen bristfällig. Upplevelsen hos kvinnorna är att ju mer information anhöriga får desto mer förståelse och stöd får dem. Stödet från vänner ökar om de drabbade vågar prata och ge information om sin sjukdom och symtom.

Det fanns en åldersskillnad mellan äldre och yngre då det gäller att ha kontroll över sin smärta. Yngre kunde hantera sin smärta bättre. Den enda könsskillnaden som visades upp var att kvinnorna redogjorde för en lägre nivå av emotionellt stöd än männen, (Walker & Sofaer, 1998).

Sjuksköterskans omvårdnadsåtgärder

Sylvain och Talbot (2002) påpekar att en av de mest betydelsefulla attityderna för att stödja och befrämja hälsa är att sjuksköterskorna tror på människan och de känner de uttrycker. Två typer av stöd kom fram från intervjuerna. De ena är att det finns någon som lyssnar på en, de andra var att få information. Sjuksköterskorna anser att en viktig åtgärd är att kunna lyssna utan att döma patienterna. Undervisning om sjukdomen anser sjuksköterskorna var en viktig del för patienterna. Som interventionsmodell har empowerment använts i denna studie. För att ge mening åt symtomen som sjukdomen ger är information oundviklig. Få informa-

tion om hur det kan påverka det dagliga livets aktiviteter, möjliga behandlingar, mediciner och lära sig att undvika handlingar som gör att smärta och stress uppkommer. Det framkommer att ju tidigare interventionen börjar desto bättre chans har individen att ta kontroll över situationen och att sträva efter en bättre hälsa (Sylvain & Talbot, 2002).

I studien visar de 5 sjuksköterskorna som blir intervjuade att en utav de viktigaste åtgärderna är att få professionell hjälp så fort som möjligt. Interventionen skall ske omedelbart efter att patienterna fått sin diagnos. Som sjuksköterska kan en hjälpsfull intervention bestå i att ge stöd och information. Dessa är de framträdande teman som framkommer i denna studie (a a).

”Individuals can make better choices when they are better informed.”
(s 268)

Sjuksköterskans stöd skall bestå i att de har förmågan att lyssna och kunna ge uppmuntran. Något som benämns som en viktig egenskap hos den som bemöter patienter med kroniska smärtor är att vårdpersonalen tydligt visar att de litar på personen. Kunna lyssna utan att bedöma personen är en annan betydande egenskap hos sjuksköterskan. Undervisning och information om sjukdomen visar sig ge en viss kontroll över hälsan och livet för patienterna. Samordning är en annan del av sjuksköterskans åtgärder som innebär att hjälpa personen att etablera andra kontakter inom hälsovården (Sylvain & Talbot, 2002).

Enligt forskarna i Bullington et al (2003) är innebörden i sjuksköterskans omvårdnadshandlingar att hjälpa personen och skapa en god relation. Detta kräver en viss öppenhet från båda parter. Ett möte med andra personer är att bemöta en annan värld. Det är viktigt att se människan bakom sjukdomen och inte bara se till diagnosen. Resultatet visar sig att genom att ha ett öppet klimat med respekt för personens känslor, autonomi och integritet visar patienten en tacksamhet att de har funnit en plats (smärtklinik) där de kan vara precis som de är.

DISKUSSION

Vår diskussion är uppdelad i metoddiskussion och resultatdiskussion. I resultatdiskussionen knyter vi an till vår teoretiska referensram och introduktion.

Metoddiskussion

Vi har hämtat litteratur på Hälsa och samhälle bibliotek, Malmö högskola. Vi fann all litteratur vi behövde där till vår studie, dock fick vi vänta på beställda böcker som var utlånade. Det visade sig att de fanns mycket litteratur om vårt berörda ämne. I början kändes det svårt att sortera materialet och hitta de som kändes relevanta för oss. Litteraturen innehöll mycket intressant och värdefull information som gav oss kunskap att fortsätta bearbeta vår studie.

Våra artiklar söktes upp på databaserna Elin, SweMed, ScienceDirect och PubMed. Med sökordet chronic pain fann vi att det fanns en oändlig mängd artiklar. När vi sedan lade till sökord som t.ex. nursing och empowerment blev avgränsningarna och antalet artiklar färre. Vi insåg ganska snabbt att det var inte så lätt att hitta kvalitativa artiklar som svarade på syftet och frågeställningarna. Vi läste

många abstrakt på databaserna som verkade intressanta men i fulltext stämde de inte med de vi ville ha fram. Vi fann många bra abstrakt men dessa gick dessvärre inte att få upp i fulltext, något som hade varit önskvärt. Men trots detta fann vi en guldgruva på Hälsa och samhälles bibliotek, Malmö högskola. Bland tidskrifterna levde vi i två veckor tills materialet kändes mättat. Våra granskningar av artiklarna gjorde vi utifrån Polit et al (2001) för att det var den boken vi kände oss bekanta med. Artikelsammanfattningen (bilaga 4) gjorde vi för att få en lättare överblick av artiklarna.

Vi valde att göra avgränsningen i sökningen till vuxna individer från 18 år och däröver. Anledningen till detta var att vi inte ville blanda in barn. Vi har inte gjort någon avgränsning på kvinnor och män, men i våra funna artiklar handlar de flesta om kvinnor. Vår avsikt var inte att ha någon genuskillnad men utifrån artiklarna har det mest diskuterats utifrån kvinnornas upplevelser. Vi hade önskat att ha en jämnare fördelning av könen. Vi anser inte att detta har påverkat vårt resultat med tanke på syfte och frågeställning. De artiklar som vi fann som handlade om män passade inte in på vår sökning av kronisk smärta.

Vi ville att våra artiklar skulle handla om upplevelse och hantering av kronisk smärta och även vilka sjuksköterskans omvårdnadsåtgärder är. En nackdel som vi ser är att resultatet kan ha påverkats av hur frågorna är ställda av forskarna till deltagarna i studien. Under tiden som vi läste in oss på ämnet, återkommer det hur svårt det är för patienten att återge sin smärtupplevelse i ord. Därför har vi valt att förstärka vårt resultat med citat från artiklarna. Detta kan ses som en utfyllnad men avsikten var att visa att patienterna försöker klä sina smärtupplevelser i ord. Artiklarna har sitt ursprung från olika länder och urvalet på deltagarna har olika kulturer. Det intressanta med detta var att upplevelserna och hantering av kronisk smärta ser på ett ungefär likadana ut oberoende av grundsjukdom och kultur i våra artiklar som vi granskat. Vi anser att för att få fram den subjektiva upplevelsen av just problematiken runt kronisk smärta, har vi valt att inte beskriva diagnoser. En nackdel med våra artiklar är att vi känner att vi inte fick fram någon stor variation på sjuksköterskans omvårdnadsåtgärder. Två av artiklarna är skrivna av samma författare. Att ha artiklar av samma författare tycker vi kan ses som både nackdel och fördel. Fördelen med dessa är att den ena är en uppföljning av den andra och ger en djupare förståelse. Nackdelar är enligt Polit et al (2001) att i kvalitativa studier är det svårare att bevisa reliabiliteten eftersom resultaten är en tolkning av författaren. Detta tycker vi kan påverka även vårt resultat. Vår kvantitativa artikel har vi valt att ha med för att den svarade på vårt syfte och frågeställning och vi ser inte detta som någon nackdel. Vi känner att vi vill påpeka våra tolkningar när det gäller översättningen från engelska till svenska. Det kan ibland vara svårt att översätta, därför kan det finnas brister.

Resultatdiskussion

Vårt arbete är inspirerat av Aron Antonovsky (1991) som menar att KASAM är en förutsättning för att kunna bemästra olika situationer. Det tycks vara en svår tid för patienterna innan de fått sina diagnoser. Patienterna beskriver att de känner sig förvirrade och har en känsla av kaos inom sig. Dessutom söker de förklaring till smärtor och sjukdomskänslor (Bullington et al, 2003). Vi kan se att patienterna har haft lång kontakt med vården innan diagnos ställts. Vi anser att det inte är konstigt att patienterna känner sig förvirrade. Detta anser vi ge konsekvenser både fysiskt och psykiskt, känslan av ovisshet kan göra så att man tappar kontrollen

över sitt liv. Vi menar att det är viktigt för patienten att få en diagnos för det är den som gör det möjligt att skapa en begriplighet.

Smärtan är den som visar sig vara besvärligast att hantera som i sin tur leder till trötthet och sömnsvärigheter. Patienterna beskriver att symtomen inverkar på livskvalitet och livsstil. Många rapporterar en upplevelse av depression, modlöshet, ensamhet och skuld (Sullivan et al, 2003). För att klara av att hantera sin smärta menar Brattberg (1995) att man behöver både teoretisk och praktiska kunskap och att målet är att lära sig coping (hantera) för att uppnå en hög livskvalitet. Antonovsky (1991) menar att en person med hög känsla av hanterbarhet känner sig inte som ett offer för omständigheterna eller tycker livet är orättvist. Vi tycker att det är viktigt att som sjuksköterska pratar om prevention som massage, sjukgymnastik och andra sociala aktiviteter, men under arbetets framtoning har vi utvecklat ett annat synsätt som förtydligats av litteraturen och artiklarna. Detta förhållningssätt menar vi är att patienten måste förändra attityden till smärtan för att lära sig hantera den. Insikten om att ha annorlunda rutiner för att klara begränsningar som smärtan ger, kan ta tid att inse.

Antonovsky (1991) talar om det salutogenetiska synsättet och att den mänskliga tillvaron är full av påfrestningar och problem som måste lösas. Han menar vidare på att vissa människor klarar svåra påfrestningar med hälsan i behåll och med lite hjälp, till och med utvecklas av det. Walker och Sofaer (1998) redogör för att det finns en åldersskillnad på hur man hanterar sin smärta och det visar sig att yngre hanterar smärtan lättare. Om patienten ska kunna lära sig hantera smärtan måste vi som sjuksköterskor kunna hjälpa dem att stärka sin självkänsla. Vi anser genom att använda sig av empowerment, kan man ge patienten kraft, förmåga, mod och känsla av att ha en naturlig rätt att delta i eller själv fatta beslut om sin egen hälsa.

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) ska patientens behov av trygghet i vården vara av god kvalitet och behandlingen skall bygga på omtanke. Brattberg (1995) menar att patienter med kroniska smärtor kan väcka en otillräcklighetskänsla hos vårdpersonal. Vidare menar hon att dessa patienter har haft en tendens att cirkulera i vården för att vi som möter dem inte vet vad vi ska göra. Vi tolkar detta som att många patienter uttrycker betydelsen av att bli betrodda och få sina upplevelser av smärtor bekräftade. Patienter söker hjälp på smärtmottagningar i tron om att där finns människor som skall förstå dem. I ett stort antal av våra granskade artiklar har det framkommit ett stort missnöje med vården. Vi anser att som sjuksköterska är det viktigt att visa ödmjukhet inför patienten. Vi menar för att få patienten att känna sig respekterad krävs det att man skapar en god relation så att patienten kan känna sig delaktig i vården.

Det finns många skildringar från patienter som levt med odiagnostiserade smärtor under många år. Vissa har känt att när läkaren inte hittar någonting som är fel förlorar de intresset för patienten, och även att attityder från övrig vårdpersonal har visat brist på helhetssyn (Walker et al, 1999). Det tycks vara under sådana här omständigheter det råder brist på Antonovskys (1991) tre komponenter, meningsfullhet, begriplighet och hanterbarhet. Vi anser att sådana erfarenheter gör det svårt att se positivt på framtiden, att finna ett alternativt sätt att leva på är svårt att göra på egen hand, då man redan känner sig misstrodd av de man tycker skall vara professionella. Vi anser att inte bli betrodd kan skapa ohälsa i sig och en känsla av att inte ha någon kontroll.

Enligt Socialstyrelsen (1994:4) ska känslan av att patienten är uppmärksam och förstådd vara grunden i gott bemötande när det gäller smärtanalys. Vid sidan om smärtans fysiologiska effekter påverkas smärtupplevelsen av t.ex. rädsla, ångest och depression. Vi anser att patienterna ska bli bemött professionellt när de söker hälsovård. När vi har läst om patienternas verklighet i artiklarna som har blivit bemötta med bristfällig kommunikation och förståelse har vi börjat inse att vi valt ett ämne som är aktuellt för oss och vår blivande yrkesprofession.

Fannie Gaston-Johansson (Apoteket, 2004) betonar vikten av utvärdering och bedömning gällande multismärtupplevelser med instrumentet painometer. Vi tycker att som sjuksköterska bör man kunna göra en smärtanalys med painometer och att detta kan ge en bra bild av alla delar som ingår i smärtans dimensioner. Vidare tycker vi att den ger möjlighet att särskilja mellan den fysiska och emotionella smärtan. Den kan ge en djupare relation mellan sjuksköterskan och patienten och därmed öka förståelsen. Vi tror att om sjuksköterskan tar sig tid för patienten och försöker se andra och bakomliggande faktorer som en del i första mötet kan det skapa en tillitsfull relation och ge patienten trygget. Vi anser att som sjuksköterska måste man tänka på människan bakom symtomen och acceptera och förstå att olika patienter kräver olika mycket tid och genom detta visa tålmod inför patienten. Vi tycker att i det primära mötet med patienterna är ett gott bemötande med ödmjukhet inför människan är av stor betydelse och kan hjälpa en att se helheten.

Henriksson (1995a) skriver om betydelsen att anhöriga får ta del av informationen som patienten får. Patienterna upplever mer stöd när anhöriga får vara delaktiga. En ovärderlig betydelse är att de anhöriga får delta tillsammans med patienten i alla beslut som tas i samband med behandlingen (Socialstyrelsen, 1994:4) I Hwang et al (2004) framkommer det att stöd och uppmuntran från familjen är en av de väsentligaste faktorerna för att hitta styrka och orka kämpa vidare. När vi läser detta tänker vi på patienter som lever ensamma med litet socialt nätverk. I sådana situationer tycker vi att sjuksköterskan har en ännu mer betydande roll avseende stöd, information och uppmuntran. Vi tycker att det borde läggas mer betoning på att anhöriga ska få vara mer delaktiga när information och undervisning ges till patienten.

Sylvain och Talbot (2002) har intervjuat sjuksköterskor och de anser att professionen måste kunna lyssna på patienten utan att bli dömd i förväg, samt att använda begreppet empowerment som interventionsmodell. Vi är inspirerade av empowermentbegreppet som en utav sjuksköterskans mest användbara hjälpmedel i omvårdnaden och kom vi fram till att detta förhållningssätt i bemötandet utgör konsten att som sjuksköterska förverkliga omvårdnadens betydande roll. Vi tolkar att samspel med givande och tagande mellan patienten och sjuksköterskan skapar en relation. Det tolkas att målet är att skapa ett samarbete byggt på respekt, ömsidighet och empati för patienten. Detta är vår reflektion över patientens symtom och totala upplevelse.

När en person har en stark känsla av sammanhang (KASAM), kan denna också ha starka copingresurser. Genom att hjälpa personer att öka de tre komponenterna meningsfullhet, begriplighet och hanterbarhet kan känslan av sammanhang stärkas (Antonovsky, 1991). Ett sätt att hitta strategier och att bemästra sina symtom av smärta och sjukdom var att samtala med andra som är i samma situationer. Genom att få professionellt stöd och hjälp av sjuksköterskor samt att finna nya

bekantskaper med människor som har liknande sjukdomar med samma symtom (Sullivan et al, 2003). Denna studie tycker vi visar ett bra exempel på vad man som sjuksköterska kan göra i samband med patientundervisning och coping. Sjuksköterskan kan hjälpa patienten att finna socialt stöd hos andra med liknande smärtproblematik, genom information stärks patienten att sätta upp egna mål. Vi tycker artikeln beskriver ett intressant sätt att få kunskap om sjukdomshantering hos kvinnor som bor ensligt på landet och långt ifrån hälso- och sjukvård. Genom att ge personer med kroniska sjukdomar tillgång till stöd via dator får sjuksköterskorna fram värdefull kunskap om fysiska och emotionella känslor i samband med deras sjukdomar, copingstrategier och självhanterings metoder. Detta tycker vi tillför insikt hos sjuksköterskorna att personerna behöver utbildning och stöd för att bli mer aktiva deltagare i deras hälsovård.

Det tycks vara många som kände att de kunde se positivare på sitt liv när de tillsammans hittade ett gemensamt sätt att hantera sin smärta. Vidare menar vi att få dela denna insikt som sjuksköterska höjer förståelsen och lyhördheten till patienternas tankar och upplevelser av den dagliga sjukdomsupplevelsen. Detta kan hjälpa sjuksköterskorna att planera interventioner som accepteras och involverar patienten som samarbetspartner i hälsovården. Vi anser att få information och stöd genom samtalsgrupper via dator med sjuksköterskor och andra människor som har liknande sjukdomar och problem är bra. Detta tycker vi är ett nytt och uppfinningsrikt sätt att ge prevention och information på. Vi anser att detta skulle kunna utvecklas och användas även till patienter som har nära till sjukvården. Detta tycker vi kan vara en hjälp för att skapa kontakt med t.ex. smärtsjuksköterska och få kontakt med andra som upplever sig vara i samma situation.

SLUTORD

Vi har beskrivit hur viktigt det är att kunna visa respekt och att belysa smärtproblematiken utifrån ett holistiskt synsätt. Vi vill visa att som sjuksköterska och medmänniska i mötet med patienter som har kronisk smärta ligger tyngdpunkten på betydelsen av att alltid tro på patienten och sig själv. Smärta är ett flerdimensionellt fenomen som därför gör det svårt att hanteras med. Genom en lyhördhet och ödmjukhet i bemötandet med patienter har man kommit en bra bit på vägen. Vi tycker att ett grundläggande moment i modern Hälso- och sjukvård borde vara att kunna upplysa patienten att alla som lider av återkommande smärta inte ska vänta för länge. Om patienterna kunde få sin smärta diagnostiserad snabbare skulle möjligheterna till lindring och självkontroll öka samt att det skall ingå en smärtanalys på olika aspekter av smärtan. SBU har ett pågående projekt där de ska granska behandlingar mot långvarig smärta, livssituationen samt bemötandet som beräknas bli klar under våren 2005. Detta anser vi tyder på att forskning har varit knapp inom detta område. Vi skulle önska mer forskning inom området.

REFERENSER

- Almås, H Red (2002) *Klinisk omvårdnad. Del 1* Stockholm: Liber.
- Antonovsky, A (1991) *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och kultur.
- Apoteket, (2004) *Tidningen för apotekens kunder*. Nr 2.
- Brattberg, G (1995) *Att möta långvarig smärta*. Stockholm: Liber.
- Bullington, J, m fl (2003) Meaning out of chaos: a way to understand chronic pain. *Scandinavian Journal Caring Sciences*, 17, 325-331.
- Casten, R J, et al (1995) The relationships among anxiety, depression and pain in a geriatric institutionalised sample. *Pain*, 61, 271-276.
- Hartman, J (1998) *Vetenskapligt tänkande: från kunskapsteori till metodteori*. Lund: Studentlitteratur.
- Hawthorn, J & Redmond K (1999) *Smärta – bedömning och behandling*. Lund: Studentlitteratur.
- Henriksson, C M (1995a) Living with continuous muscular pain – patient perspectives, Part I: Encounters and Consequences. *Scandinavian Journal Caring Sciences*, 9, 67-76.
- Henriksson, C M (1995b) Living with continuous muscular pain – patient perspectives, Part II: Strategies for daily life. *Scandinavian Journal Caring Sciences*, 9, 77-86.
- Hwang, E J, et al (2004) Lived experience of Korean women suffering from rheumatoid arthritis: a phenomenological approach. *International Journal of Nursing Studies*, 41, 239-246.
- Killander, E (1991) *Tro på patienten*. Lund: Studentlitteratur.
- Klang-Söderkvist, B (2001) *Patientundervisning*. Lund: Studentlitteratur.
- Polit, D F, Beck, C T & Hungler, B P (2001) *Essentials of Nursing Research- Methods, Appraisal and Utilization*. Philadelphia: Lippincott.
- SBU (2004) *Medicinsk vetenskap & praxis*. Nr 1.
- SFS 1982:763 *Hälso- och sjukvårdslag*.
- Socialstyrelsen (1994:4) *Behandling av långvarig smärta*.
- SOSFS 1993:17 *Socialstyrelsens allmänna råd om omvårdnaden inom hälso- och sjukvård*.

Sullivan, T, et al (2003) Management of chronic illness: voices of rural women. *Journal of Advanced Nursing*, 44(6), 566-574.

Sylvain, H & Talbot, L R (2002) Synergy towards health: a nursing intervention model for women living with fibromyalgia, and their spouses. *Journal of Advanced Nursing*, 38(3), 264-273.

Walker, J, et al (1999) In the system: lived experience of chronic back pain from the perspectives of those seeking help from pain clinics. *Pain*, 80, 621-628.

Walker, J & Sofaer, B (1998) Predictors of psychological distress in chronic pain patients. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 320-326.

Bilagor

Bilaga 1: Litteratursökning

Bilaga 2: Mall för artikelgranskning

Bilaga 3: Matris över granskade artiklar

Bilaga 4: Artikelsammanfattning

Bilaga 1

Litteratursökning

Söksystem/sökord	Träffar	Granskade abstrakt och artiklar	Använda
Elin			
Chronic pain and nursing	13	2	0
relation	7	1	0
well being	4	0	0
qualitative	9	1	0
patient and nursing	3	0	0
causes	6	1	0
nursing care	1	0	0
management and qualitative	3	1	0
ScienceDirect			
Chronic pain and nursing	31	3	1
nursing and qualitative	2	1	0
PubMed			
Chronic pain and nursing care not cancer	481 406	0 0	0 0
nursing care qualitative research	5	0	0
psychosocial support and nursing	15	4	3
empowerment	5	1	1
experience and quality of life not cancer	166	0	0
SweMed			
kronisk smärta *1	137	0	0
smärta *2	164	5	1

*= limits

*1=svenska

*2=abstrakt + fulltext

Bilaga 2

Mall för artikelgranskning

Enligt Polit, D F, Beck, C T & Hungler, B P (2001) *Essentials of Nursing Research- Methods, Appraisal and Utilization*. Philadelphia: Lippincott

Titel:

Ska innehålla 15 ord eller mindre. I en kvalitativ undersökning skall titeln inkludera det centrala fenomenet och gruppen som skall undersökas.

Abstract:

Bör innehålla en kort beskrivning på ca 100-200 ord som sammanfattar studien. Abstractet ska innehålla frågeställning och vilken metod forskarna valt för att besvara denna. Kortfattat ska resultatet beskrivas och hur det kan tillämpas i praktiken. Genom att läsa abstractet ska man kunna avgöra om studien är av intresse eller inte.

Introduktion:

Introduktionen ska innehålla det väsentliga som undersökts, syftet med studien, forskningsfrågor och en översikt av relevant litteratur, behovet av studien samt att den ska sätta in läsaren i forskningsproblemet. Litteratur som forskarna tagit del av ska redovisas här och även om man använt sig av en teoretisk referensram.

Metod:

Här ska forskarna beskriva hur forskningsfrågorna besvarats, vilken design man använt sig av, hur urvalet skett, samt hur datainsamling och analys gått till. Ska också vara beskrivet vilken miljö man befunnit sig i under forskningen samt bakgrunden hos de studerande.

Resultat:

Vanligen presentera resultatet i form av teman som framkommit direkt från data. Fenomenet som forskarna valt att beskriva ska styrkas i resultatet.

Diskussion:

Diskussionen ska innehålla en förklaring till resultatet. Forskaren ska dra slutsatser om studiens mening, betydelse, hur resultatet kan tillämpas i praktiken samt redogöra för studiens begränsningar inklusive självkritik.

Referenser:

Referenslistan bör innehålla böcker, rapporter, artiklar, samt annat forskningsmaterial.

Bilaga 3

Matris över granskade artiklar

Titel, författare år & tidskrifter	Titel:	Abstract:	Introduktion:	Metod:	Resultat:	Diskussion:	Övergripande granskning:
Bullington, J, Nordemar, R, Nordemar, K & Sjöström-Flanagan, C (2003) Meaning out of chaos: a way to understand chronic pain <i>Scandinavian Journal Caring Sciences, 17, 325-331</i>	Innehåller 9 ord. Centrala fenomenet framkommer men ej gruppen som undersöks. Speglar innehållet.	Abstraktet ger en bra sammanfattning. Frågeställningar och syfte framkommer men metoden är otydlig. Resultatet beskrivs kortfattat och hur det kan tillämpas i praktiken. Lockar till läsning.	Innehåller fenomenet. Syftet tydligt beskrivet men frågeställningarna är oklara. Litteraturen om ämnet känns mager men sätter ändå in läsaren i problemområdet. Ingen referensram	Metodbeskrivningen känns ej fullständig. Inga etiska aspekter beskrivs.	Redogörs i teman utifrån resultatet av intervjufrågorna. Presenteras även i berättande form av ett antal utvalda patienter.	Sammanfattningen ger en bra tolkning till resultatet. Lätt att följa med bra underrubriker. Begränsningar finns med självkritik. Nyttan och mening finns beskrivet.	En del äldre litteratur men vi förmodar att det är ursprungslitteratur. Tänkvärd artikel i vår blivande yrkesroll.
Henriksson, C M (1995a) Living with continuous muscular pain – patient perspectives, Part 1: Encounters and Consequences <i>Scandinavian Journal Caring Sciences, 9: 67-76</i>	Innehåller 7 ord. Fenomenet framkommer tydligt. Den valda gruppen är otydligt.	Lagom längd på abstraktet med bra sammanfattning. Innehåller syfte och frågeställningar. Metoden finns men är otydligt beskriven. Resultatet står beskrivet och hur studien kan tillämpas i praktiken. Abstraktet gör en nyfiken och väcker intresse till fortsatt läsning.	Innehåller mycket litteratur. Syfte finns, frågeställningarna otydliga. Urvalet står beskrivet i introduktionen. Sätter in läsaren i problemområdet. Saknar teoretisk referensram.	Klen metod. Svårt att avgöra hur forskarna besvarat sina frågor. Designen framgår men känns splittrad. Datainsamling och analys mer välbeskriven. Inga etiska aspekter.	Belysning av resultat i form av temauppdelning i tabell utifrån de två frågeställningarna. Citat finns med som styrker fenomenet.	Innehåller en förklaring till resultatet. Studiens mening, betydelse, slutsatser och hur den kan tillämpas i praktiken.	Trots brister och att den är 10 år gammal känns den aktuell i sjuksköterskans omvårdnadsområde.

Bilaga 3:1

<p>Henriksson, C M (1995b) Living with continuous muscular pain – patient perspectives, Part II: Strategies for daily life</p> <p><i>Scandinavian Journal Caring Sciences, 9: 77-86</i></p>	<p>Innehåller 7 ord. Fenomenet framkommer tydligt. Den valda gruppen är otydligt.</p>	<p>Bra sammanfattning. Ingen frågeställning. Tar upp metoden, syftet samt resultatet. Föreslår hur den kan tillämpas i praktiken. Man vill gärna läsa vidare.</p>	<p>Innehåller mycket litteratur. Syfte finns, frågeställning oklar. Sätter in läsaren i problemområdet och det väsentliga som undersöks. Saknar teoretisk referensram.</p>	<p>Material och metod är klen beskrivet pga. att forskaren har fortsatt från den förra artikeln och man får titta på del I. Design och urval finns med.</p>	<p>Resultatet presenteras i teman som bygger på del I men som innefattar ett nytt tema. Fenomenet styrks i resultatet. Begränsningar med studien finns beskrivet här och gör att resultatet blir onödigt långt.</p>	<p>Innehåller en förklaring till resultatet. Studiens mening, betydelse, slutsatser och hur den kan tillämpas i praktiken.</p>	<p>Trots brister och att den är 10 år gammal känns den aktuell i sjuksköterskans omvårdnadsområde. Bra men svår att följa pga. att artikeln är i två delar.</p>
<p>Hwang, E J, Kim, Y H & Jun, S S (2004) Lived experience of Korean women suffering from rheumatoid arthritis: a phenomenological approach</p> <p><i>International Journal of Nursing Studies 41, 239-246</i></p>	<p>Innehåller 11 ord. Klar beskrivning på gruppen som ska undersökas. Centrala fenomenet framkommer.</p>	<p>Långt abstrakt men innehållsrikt och lockar till fortsatt läsning. Metod resultat och syfte framgår tydligt samt hur den kan tillämpas i praktiken.</p>	<p>Utförlig introduktion med relevant och inspirerande bakgrundslitteratur. Syfte med två tydliga frågeställningar. Saknar teoretisk referensram.</p>	<p>Börjar med en beskrivning av vilken vetenskapsmetod författarna använt. Därefter följer design, urval, datainsamling och analys samt vilken miljö man befunnit sig i. Metoden väl vald med tanke på deras frågeställningar. Etiska aspekter finns.</p>	<p>Presenteras i tabellform med åtta huvudtema. Klar och tydlig presentation som styrker fenomenet som forskarna valt att beskriva.</p>	<p>Förklaring till resultatet framgår i diskussionen. Tydliga slutsatser, mening och betydelse och hur studien kan tillämpas i praktiken. Begränsningar och självkritik har egna underrubriker.</p>	<p>Känns som en artikel med mycket hög kvalitet. Lätt att följa och svår att släppa och känns mycket trovärdig. Tänkvärd!</p>

Bilaga 3:2

<p>Sullivan, T, Weirner, C & Cudney, S (2003) Management of chronic illness: voices of rural women.</p> <p><i>Journal of Advanced Nursing</i> 44(6), 566-574</p>	<p>Innehåller 8 ord. Tar upp fenomenet och gruppen som ska undersökas. Bra titel som speglar innehållet.</p>	<p>Långt abstrakt. Beskriver innehållet väldigt bra. Frågeställning går ej att hitta här men syftet är tydligt. Metoden och urvalsgruppen är beskriven. Redovisning av resultatet är utförligt. Det finns beskrivning av tillämpning i praktiken Lockar till fortsatt läsning.</p>	<p>Det centrala fenomenet är otydligt. Den har relevant litteratur. Syftet och frågeställningarna är klara. Ingen teoretisk referensram. Sätter in läsaren i problemområdet på ett enkelt sätt.</p>	<p>Ett Kvinnor till Kvinnor projekt ur en omvårdnadsforsknings baserad modell. Metoden är vald utifrån forskarnas frågor. Analys av data och urval har egna rubriker och lätta att hitta. Etiska aspekter beaktas.</p>	<p>Presenteras i form av flertal huvudtema och delas upp i en tabellform och en i berättande form. Fenomenet styrks i resultatet. Omfattande och bra resultat.</p>	<p>Stämmer bra överens med resultatet men hade kunnat göras utförligare med tanke på det omfattande resultatet. Nytt och mening med studien finns. Redogörelser för begränsningar samt självkritik är tydliga. Slutsatsen är kortfattad.</p>	<p>Aktuell litteratur är använd. Lättläst och sätter in läsaren snabbt i problemområdet. En nackdel är det långa resultatet, svårt att hålla tråden.</p>
<p>Sylvain, H & Talbot, L R (2002) Synergy towards health: a nursing intervention model for women living with fibromyalgia, and their spouses</p> <p><i>Journal of Advanced Nursing</i>, 38(3), 264-273</p>	<p>Innehåller 15 ord. Vag beskrivning av centrala fenomenet och svårt att tyda innehållet. Gruppen som undersöks beskrivs tydligt.</p>	<p>Bra sammanfattning och mycket innehållsrikt. Forskningsfråga ej klar och tydlig. Syfte metod, resultat framgår klart. Mycket hög läsbarhet och ger ett intressant intryck. En sammanfattning om hur man kan tillämpa den i praktiken.</p>	<p>Bra beskrivning av fenomenet. Syftet finns med två tydliga forskningsfrågor som sätter in läsaren i forskningsproblemet. Kort introduktion med mycket litteratur. Ingen teoretisk referensram.</p>	<p>Metodbeskrivningen är mycket utförlig i alla avseende. Lättöverskådlig med underrubriker till både urval, datainsamling och analys. Etiska aspekter beaktas. Kriterier föreslås för tillförlitlighet och trovärdighet för att se att det finns en noggrannhet i den kvalitativa forskningen.</p>	<p>Resultatet presenteras i form av teman som ger ett generellt överensstämmande hos alla deltagarna. Fenomenet styrks i resultatet.</p>	<p>Diskussionen lyfter fram en förklaring till resultatet. Slutsatser och betydelse hur resultatet kan tillämpas i praktiken redogörs. Självkritik av studien redogörs.</p>	<p>Relevant och mycket omfattande litteratur har använts. Artikeln håller hög kvalitet, lätt att följa med bra underrubriker.</p>

Bilaga 3:3

<p>Walker, J, Hollo-way, I & Sofaer, B (1999) In the system: lived experience of chronic back pain from the perspectives of those seeking help from pain clinics</p> <p><i>Pain</i> 80, 621-628</p>	<p>Innehåller 20 ord. Centrala fenomenet framkommer men en vag beskrivning av gruppen.</p>	<p>Kortfattat abstrakt. Saknar frågeställning och syfte. Resultatet och metod framgår. Tydlig förklaring på hur den kan tillämpas i praktiken. Ger ingen inspiration till vidare läsning.</p>	<p>Kort introduktion men sätter in läsaren i det väsentliga som undersöks. Bakgrundslitteratur känns relevant med många hänvisningar. Syfte finns men ingen frågeställning. Saknar teoretisk referensram.</p>	<p>Metoden är bristande med tanke på att det saknas frågeställning. Urval och design finns. Datainsamling och analys beskrivs bra. Etiska aspekter är tydliga.</p>	<p>Presenteras i temaform. Fenomenet lyfts fram, men är omfattande och känns upprepande.</p>	<p>Kortfattad och ger en bristfällig förklaring till resultatet. Begränsningar och självkritik framkommer.</p>	<p>Litteraturen känns relevant men med stor variation i årtal. Lätt att följa för läsaren med tydliga underrubriker men resultatet är för långt. Saknar frågeställning i abstrakt och introduktion.</p>
<p>Walker, J & Sofaer, B (1998) Prediktors of psychological distress in chronic pain patients</p> <p><i>Journal of Advanced Nursing</i>, 27, 320-326</p>	<p>Innehåller 8 ord. Fenomenet framkommer samt den valda gruppen.</p>	<p>Bra abstrakt, kortfattat och utförligt. Saknar frågeställningar. Syftet och metod framkommer. Beskrivs bra hur den kan tillämpas i praktiken.</p>	<p>Kort introduktion men känns ändå relevant. Klart syfte men saknar frågeställningar och teoretisk referensram.</p>	<p>Mycket bra och utförligt metod. Redovisas i siffror och diagram. Kvantitativ.</p>	<p>Redovisning i text och tabellform som är bra, inga begränsningar med studien finns. Mening och tillämpning med studien finns.</p>	<p>Innehåller förklaring till resultatet. Bra diskussion.</p>	<p>Kort resultatdiskussion i förhållande till diskussionen. Relevant litteratur.</p>

Bilaga 4

Artikelsammanfattning

Vi har valt att göra en sammanfattning av våra artiklar för att göra den kritiska granskningen tydligare.

Artikel 1.

Bullington, J, Nordemar, R, Nordemar, K & Sjöström-Flanagan, C (2003)
Meaning out of chaos: a way to understand chronic pain. *Scandinavian Journal Caring Sciences*, 17, 325-331.

Syftet med studien var att få en djupare förståelse av psykosociala, existentiella aspekter av smärta, att diskutera hur man i det kliniska kan få bättre förståelse samt behandla patienter med kronisk smärta. Frågeställningarna löd: Hur ser livsvärlden ut för patienter med kronisk smärta? Vilka är faktorerna som påverkar patienten i det läkande förloppet? Ta reda på och undersöka villkoren för ett gott bemötande på en smärtmottagning? En kvalitativ undersökning med en hermeneutisk forskningsteori gjordes, ingen specifik dataanalys har använts. Det finns ingen uppgift om antalet deltagare. Både kvinnor och män rekryterades från smärtmottagning i samband med besök. Intervjuer och observationer har gjorts av forskarna. De tre forskarna möts en gång i månaden under en sex månaders period för att sammanställa svaren på intervjufrågorna och observationerna. Resultatet presenteras i tema.

Artikel 2.

Henriksson, C M (1995a) Living with continuous muscular pain – patient perspectives, Part I: Encounters and consequences. *Scandinavian Journal Caring Sciences*, 9, 67-76.

Syftet med studien var att utifrån patientperspektiv fokusera på hur det är att leva med kronisk muskelsmärta. Frågeställningarna lyder: Hur är kvinnors sociala situation och hur påverkas deras livssituation av att ha diagnosen fibromyalgi? Hur är kvinnornas upplevelser av bemötandet av andra i sin sociala miljö? Metoden som användes är kvalitativ. För att få en djupare förståelse av kvinnornas situation har forskaren använt sig av en kvalitativ analys där innehållet bestod av intervjuer. Intervjuerna genomfördes med semistrukturerade frågeformulär baserad på Occupational Case Analysis Interview and rating Scale (OCAIRS, Kaplan & Kielhofner 1989). Deltagarna bestod av 40 kvinnor i åldrarna 18-57, 20 bosatta i USA, 20 i Sverige. Alla hade diagnosen fibromyalgi. Rekryteringen av dem som bor i USA skedde på en reumatologisk klinik på ett universitetssjukhus. Den svenska gruppen matchades med ålder, kön och durationen på sjukdomen från ett svenskt arkiv på en reumatologisk klinik på ett svensk universitetssjukhus. Liknande beskrivningar presenteras från båda länderna som därför inte separeras i resultatet. Två teman presenteras i resultatet.

Artikel 3.

Henriksson, C M (1995b) Living with continuous muscular pain – patient perspectives, Part II: Strategies for daily life. *Scandinavian Journal Caring Sciences*, 9, 77-86.

Syftet med studien var att fokusera på hur kvinnor med fibromyalgi klarar sitt vardagsliv trots begränsningar av symtomen på sjukdomen. Frågeställningen löd: Vad har kvinnorna för strategier för att kunna hantera sin vardag med en kronisk sjukdom? Bakgrunden till data är presenterad i del 1 (se artikel 2). Resultaten stödjer tidigare fynd genom en kvalitativ framtoning och tillägger kunskap om kvinnornas hantering av problemen som dyker upp av sjukdomen. Ett tema presenteras i resultatet.

Artikel 4.

Hwang, E J, Kim, Y H & Jun, S S (2004) Lived experience of Korean women suffering from rheumatoid arthritis: a phenomenological approach. *International Journal of Nursing Studies*, 41, 239-246.

Syftet med studien var att utforska och beskriva sjukdomsupplevelsen av kvinnor med reumatoid artrit (RA) i Korea. Frågeställningarna löd; Vilka förändringar har du upplevt i ditt liv relaterat till RA? Hur är ditt liv som patient med RA? En fenomenologisk kvalitativ forskningsmetod gjordes. Fem kvinnor med RA mellan 36-61 år deltog, sjukdomsduration var 4-12 år. Samtliga var rekryterade från tre universitetssjukhus i Busan i Korea. Analysen gjordes med hjälp av Colaizzi's existensiella fenomenologiska alternativ för psykologi. Oxfords Universitet, New York, 1978 metod. Åtta huvudtema identifierades.

Artikel 5.

Sullivan, T, Weinert, C & Cudney, S (2003) Management of chronic illness: voices of rural women. *Journal of Advanced Nursing*, 44(6), 566-574.

Syftet med studien var att öka kunskapen, baserad på sjukdomshantering hos kroniskt sjuka kvinnor (som bor på landet i Montana, USA) genom en undersökning av deras individuella uppfattning av sjukdomserfarenheter. Frågeställningar löd: Finns det möjlighet att kunna hjälpa kvinnorna att hantera sin sjukdomskänsla genom datainformation, stöd och support? Är denna intervention meningsfull och kan den ge goda effekter på kvinnornas psykosociala hälsa? Metoden var ett Women to Women projekt som härleder från omvårdnadsvetenskap, baserad på datainterventionsmodell för att samla stödgrupper, befrämja hälsoutbildning och egenvård, via data. Forskarna använde sig av tre faser, deduktiv, induktiv, och integrativ för att göra sin dataanalys. Deltagarna var rekryterade genom TV, radio och tidningar. 60 stycken kvinnor, diagnostiserade med reumatiska sjukdomar och var i åldrarna 37-61 år. Åtta huvudtema identifierades samt två anpassningsstrategier.

Artikel 6.

Sylvain, H & Talbot, L R (2002) Synergy towards health: a nursing intervention model for women living with fibromyalgia, and their spouses. *Journal of Advanced Nursing*, 38(3), 264-273.

Syftet med studien var att utveckla en omvårdnadsintervention som baseras på erfarenhetsmässig kunskap från kvinnor med fibromyalgi, deras anhöriga och sjuksköterskor från en lokal vårdcentral. Frågeställningarna löd: Vad är meningsfullt i en hjälpande intervention för kvinnor drabbade av fibromyalgi? Vilken modell för omvårdnadshandling kan härledas från kvinnorna, makarna och sjuksköterskor? En kvalitativ forskningsmetod med en hermeneutisk teori gjordes. Information var insamlad genom djupintervjuer och gruppmöte. Sju kvinnor med diagnosen fibromyalgi, fyra makar till dessa kvinnor, fem sjuksköterskor. Åldern på de sju kvinnorna med fibromyalgi var 36-65 år, haft symtom 4-20 år, diagnostiserade för 1-10 år sedan. Makarna var mellan 47-65 år. Sjuksköterskorna var mellan 38-53 år och har varit yrkesverksamma mellan 18-30 år. Samtliga var rekryterade i samband med besök på vårdcentralen. Resultatet presenteras som generella konsensusbegrepp som stämde överens i alla tre grupperna.

Artikel 7.

Walker, J, Holloway, I & Sofaer, B (1999) In the system: lived experience of chronic back pain from the perspectives of those seeking help from pain clinics. *Pain*, 80, 621-628.

Syftet med studien var att få en samlad bild av upplevda erfarenheter hos patienter med kronisk ryggsmärta och deras bild av att söka hjälp hos smärtmottagningar. En kvalitativ metod med en fenomenologisk framtoning gjordes i England, genom en berättande förklaring av deras upplevda erfarenheter. Åtta kvinnor och tolv män mellan 28-80 år med en sjukdomsduration på 2-50 år deltog i studien. Informationen om studien var given till patienterna vid besök på smärtmottagningen. Intervjuerna skedde i deltagarnas egna hem vid ett tillfälle och varade under 1,5-3 timmar. Fem tema identifierades i resultatet.

Artikel 8.

Walker, J & Sofaer, B (1998) Prediktors of psychological distress in chronic pain patients. *Journal of Advanced Nursing* 27, 320-326.

Syftet med studien var att identifiera källor av psykologisk oro hos patienter som besöker smärtmottagningar. En kvantitativ forskningsmetod gjordes i England. Populationen var 54 män och 70 kvinnor i åldrarna 18-90 år med sjukdomsduration på 10 veckor till 48 år, vanligast var ryggsmärta och inkluderade neuropatisk smärta och artrit. Deltagarna som besökt smärtmottagning har fyllt i ett värderingsformulär som inkluderade 12 teman med en skala från 1-5. Resultatet visar att en signifikant mängd av de känslomässiga störningar hos patienter med kronisk smärta är associerade med psykosociala faktorer som antingen är en följd av smärtan eller konkurrerar med den.