

# **DET GÖR ONT!**

– en litteraturstudie om att leva med långvarig smärta

<b>FÖRFATTARE</b>	Camilla Olsson Therese Olsson
<b>PROGRAM/KURS</b>	Sjuksköterskeprogrammet, 120 poäng/ Omvårdnad – Eget arbete  VT 2007
<b>OMFATTNING</b>	10 p
<b>HANDLEDARE</b>	Magdalena Erichsen
<b>EXAMINATOR</b>	Ann Bengtson

Titel (svensk):	Det gör ont! – en litteraturstudie om att leva med långvarig smärta
Titel (engelsk):	It hurts! – a literature review about living with chronic pain
Arbetets art:	Eget arbete, fördjupningsnivå I
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Sjusköterskeprogrammet, 120 poäng/ Omvårdnad – Eget arbete/VOM200/SPN7
Arbetets omfattning:	10 poäng
Sidantal:	18
Författare:	Camilla Olsson Therese Olsson
Handledare:	Magdalena Erichsen
Examinator:	Ann Bengtson

---

## SAMMANFATTNING

**Introduktion.** Många personer med långvarig smärta upplever en minskad livskvalité. Som blivande sjuksköterskor kommer vi i vår yrkesroll att träffa många patienter med långvarig smärta och det är därför nödvändigt för oss att ha kunskap om patienternas upplevelser av att leva med långvarig smärta.

**Bakgrund.** Många personer är idag drabbade av långvarig smärta. Uppskattningsvis 50% av svenska befolkningen lever med långvarig smärta idag. Smärta är ett subjektivt fenomen och upplevelsen av den är individuell. Långvarig smärta kan leda till bl.a. stress, oro och ångest. Beroende på personens inre och yttre resurser används olika copingstrategier för att hantera smärtan.

**Syfte.** Syftet med studien var att beskriva personers upplevelser av långvarig icke-malign smärta samt hur de hanterar och bemästrar smärtan i sitt dagliga liv.

**Metod.** Litteraturstudie med elva artiklar som analyserades induktivt. Artiklarna togs fram genom manuell sökning samt sökning i databaserna CINAHL och PubMed. Artiklarna granskades och analyserades vilket genererade fyra olika teman.

**Resultat.** Temat ”Smärta som fenomen” behandlade att många upplever den långvariga smärtan som livslång och/eller som ett straff från Gud. I ”Smärtans påverkan på livet” framkom det att personer med långvarig smärta upplever att den begränsar dem i deras dagliga liv samt att de upplever en försämrad livskvalité. Temat ”Anpassning till ett liv med smärta” behandlade många aspekter av att hantera och bemästra smärtan. Det fjärde temat som framkom var ”Stöd”, i vilket vikten av ett socialt nätverk betonades.

**Diskussion.** Att leva med långvarig smärta är en komplex situation med många dimensioner där begränsningarna i det dagliga livet är det mest uttalade problemet. Långvarig smärta innebär ett lidande där sjuksköterskor har en viktig funktion i att hjälpa patienterna att bemästra sin smärta, vilket även styrks av Travelbees interaktionsteori.

**Nyckelord.** Långvarig smärta, begränsningar i dagligt liv, livskvalité, coping, stöd.

# INNEHÅLL

	Sid
<b>INTRODUKTION</b>	<b>1</b>
<b>Inledning</b>	1
<b>Definition på smärta</b>	1
<b>Smärtans fysiologi</b>	1
<b>Smärtyper</b>	2
<b>Behandling</b>	2
Analgetika	2
Alternativa behandlingsmetoder	3
<b>Långvarig icke-malign smärta</b>	3
<b>Epidemiologi</b>	4
<b>Utveckling av långvarig smärta</b>	4
Fysiologiska aspekter	4
Psykologiska aspekter	4
<b>Emotioner i interaktion med smärta</b>	5
<b>Smärtbeteende</b>	5
<b>Coping</b>	5
<b>Joyce Travelbees interaktionsteori</b>	6
Lidande	6
Att finna mening i lidandet	7
<b>SYFTE</b>	<b>7</b>
<b>METOD</b>	<b>8</b>
<b>RESULTAT</b>	<b>9</b>
<b>Smärta som fenomen</b>	9
Ständigt närvarande - livslångt	9
Smärta som straff	9
<b>Smärtans påverkan på livet</b>	9
Begränsningar i dagligt liv	9
Försämrad livskvalité	10
<b>Anpassning till ett liv med smärta</b>	10
Acceptera och stå ut	10
Lärandeprocess	10
Coping – olika sätt att hantera smärtan	11
Religiösa copingstrategier	12
Smärtlindringsmetoder	12
<b>Stöd</b>	13
<b>DISKUSSION</b>	<b>14</b>
<b>Metoddiskussion</b>	14
<b>Resultatdiskussion</b>	15
<b>REFERENSER</b>	<b>19</b>
<b>BILAGA 1</b>	

# INTRODUKTION

## Inledning

I grundutbildningen till sjuksköterska studeras många olika sjukdomstillstånd. De allra flesta av dessa kan ge smärta och många av sjukdomarna kan medföra att smärtan blir långvarig. Som sjuksköterskor kommer vi att träffa många patienter med smärta, oavsett inom vilket område vi väljer att arbeta. Det är bevisat att personer med långvarig smärta har betydligt sämre livskvalité än de utan smärta samt att många upplever smärtan som ett hinder i det dagliga livet. Upplevelsen av förlorad värdighet och ett stort behov av att tala om smärtupplevelsen är ofta förekommande hos personer med långvarig smärta (1). I den mellanmänniska relationen mellan sjuksköterska och patient är det nödvändigt för oss som blivande sjuksköterskor att ha kunskap och förståelse för hur patienterna upplever att leva ett liv med långvarig smärta för att vi ska kunna utföra korrekta omvårdnadsåtgärder.

## Definition på smärta

International Association for the study of pain (IASP) definierar smärta som:

*”En obehaglig sensorisk och känslomässig upplevelse förenad med vävnadsskada eller hotande vävnadsskada eller beskriven i termer av sådan skada”* (2).

Smärta likt alla andra sinnesintryck tolkas individuellt och upplevelsen av den är unik (3). Av IASP beskrivs även smärtans personliga dimension:

*”Smärta är alltid subjektiv. Individerna lär sig betydelsen av ordet genom egna erfarenheter med vävnadsskada tidigt i livet”* (2).

Smärta kan förekomma utan att orsaken kan identifieras (4). IASP understryker att alla upplevelser av smärta är sanna och ska därför accepteras som verkliga (2).

## Smärtans fysiologi

Nociceptorer registrerar smärta och finns i alla somatiska och i många visceral vävnader. De finns på nervtrådar av typen A $\delta$  och C och är lokaliserade till nervändarna. A-fibrer av typen A $\delta$  förmedlar akut skarp smärta medan C-fibrerna ger upphov till smärta av dov typ. Vid vävnadsskada eller hot om vävnadsskada aktiveras nociceptorer och nervsignaler från perifera nerver leds in i ryggmärgens bakhorn. I bakhornet överförs smärtsignaler till centrala nervsystemets nervceller. Signalerna leds via synapser över till motsatt sida av ryggmärgen för att fortsätta i det uppåtstigande spinotalamiska bansystemet vidare till thalamus. Från thalamus skickas signaler till olika strukturer i hjärnan vilka svarar för emotionella, autonoma och neuroendokrina reaktioner på smärtan (5).

År 1965 presenterade Melzack och Wall den så kallade ”gate-control”-teorin som har spelat en stor roll för smärtforskningen (5). Teorin förklarar hur nervimpulserna i ryggmärgens bakhorn omvandlas i övergången från perifera till centrala nerver. Teorin förutsätter att balansen mellan impulser från A- och C-fibrer är viktig för den förändring som sker i ryggmärgen. Balansen dem emellan kan stimulera eller hindra överföringen

till nästa nerv. På det här viset skapas en ”gate” som snabbt vidarebefordrar vissa impulser medan andra stoppas. Detta förklarar varför vissa former av kontrastimulering kan ge smärtlindring (6).

## **Smärttyper**

Smärta kan indelas efter tidsförlopp, sjukdomens bakgrund eller trolig uppkomstmekanism. Vid indelning efter tidsförlopp finns tre kategorier av smärta: Övergående, akut och långvarig. Vid indelning efter sjukdomsbakgrund används kategorierna: Postoperativ/posttraumatisk, cancerrelaterad och långvarig-ickemalig smärta. Indelning kan också göras efter uppkomstmekanism då följande kategorier används: Nociceptiv smärta, neurogen smärta, psykogen smärta samt idiopatisk smärta (3).

## **Behandling**

Behandlingen likväl som klassifikationen av smärta bör ta hänsyn till många aspekter. Valet av behandlingsmetod ska baseras på smärtans orsak, bakomliggande sjukdomar samt patientens allmäntillstånd och önsknings. Eftersom smärta är ett fenomen som kan förändras över tid är det viktigt med kontinuerlig utvärdering för att behandlingen ska bli så effektiv som möjligt (7).

WHO:s analgetiska steg (8) är ett behandlingsschema som främst är avsett för behandling av cancersmärta men det innehåller generella principer som är tillämpbara för all behandling med potenta systemiska analgetika. Stegen är en hjälp för att utforma en individanpassad läkemedelsbehandling. Behandlingen börjar längst ner på stegen med icke-opioida analgetika och fortsätter i de följande stegen med svaga och/eller starka opioider tills smärtlindring uppnås. Även inom varje steg kan smärtlindringen förbättras genom att öka dosen, tillföra mer än ett läkemedel eller välja olika administreringsätt (7).

### **Analgetika**

Systemiska analgetika kan ges antingen ensamma eller tillsammans med adjuvantia som verkar genom att förstärka effekten av ett annat läkemedel. Skillnaden mellan icke-opioida och opioida analgetika är att de icke-opioida har en gräns för sin smärtlindrande effekt. Det innebär att dosökningar över maxdos inte leder till ytterligare analgesi. Opioider har ingen sådan gräns utan dosen kan ökas tills smärtlindring uppnås. Paracetamol och NSAID- preparat används ofta som ensam behandling vid en del sjukdomstillstånd men används även som basbehandling vid svårare smärtor. Läkemedel som paracetamol och vissa NSAID-preparat har en morfinsparande effekt vilket gör det möjligt att uppnå samma grad av smärtlindring med lägre doser opioider i kombination med dessa läkemedel (7).

Opioida analgetika delas in i svaga och starka opioider, den vanligaste opioiden och den mest kända är morfin. Morfin verkar spinalt och supraspinalt, men också perifert. Läkemedlet stoppar överföringen av smärtimpulser, förändrar smärtimpulserna eller upplevelsen av nociceptiva signaler. I gruppen opioider finns många syntetiska morfinderivat som farmakologiskt liknar morfinet. Det är från morfinet man utgår när

man bedömer styrkan hos derivaten. Några exempel på morfinderivat är Kodein, Tramadol och Metadon (7).

Det finns andra läkemedel än de traditionella analgetiska preparaten som kan ha en smärtlindrande effekt. Antidepressiva läkemedel har visat sig ha effekt vid många olika smärttillstånd t ex huvudvärk, artrit, smärta i länd- och korsrygg, fibromyalgi, diabetesneuropati och psykogen smärta. Även antiepileptika har effekt mot neurogen smärta. Andra läkemedel som har smärtlindrande effekt är neuroleptika, kortikosteroider, antihistaminer, bensodiazepiner och muskelrelaxantia (7).

#### Alternativa behandlingsmetoder

Akupunktur är en gammal metod som innebär att man med tunna vassa nålar gör instick i kroppen på speciella punkter. Trots att verkningsmekanismen bakom akupunktur är mindre känd i västvärlden är metoden sedan 1984 godkänd av Socialstyrelsen för användning i den officiella sjukvården (9). I akupressur stimuleras samma punkter som i akupunktur men detta sker med tryck i stället för genom nålstick (7). Transkutan elektrisk nervstimulering (TENS) innebär att med hjälp av elektroder ge elstimulering med olika frekvenser på huden. Verkningsmekanismen förklaras enligt gate-control-teorin (10). Olika typer av massage och värmebehandling ger en för stunden smärtlindrande effekt. För att nå effekt på lång sikt bör massage och värmebehandling kombineras med olika former av sjukgymnastik (11). Kognitiva och beteendeterapeutiska strategier innefattar en rad olika tekniker som alla har som syfte att förändrar smärtupplevelsen, korrigerar dysfunktionella smärtbeteenden och ge en känsla av kontroll över smärtan. Olika sätt att bemästra och lindra smärtan är avledning, hypnos, fokusering, biofeedback och riktad visualisering (7).

#### Långvarig icke-malign smärta

Dunajcik (12) definierar kronisk icke-malign smärta som:

*”smärta som varat i sex månader eller längre, är pågående, har icke-livshotande orsaker, som inte svarat på tillgängliga behandlingsmetoder och kan kvarstå för resten av patientens liv”* (12, sid 471).

Tidsgränsen för när smärtan blir långvarig är inte absolut, gränser på både tre och sex månader efter förväntad läkning förekommer. Ofta används termen kronisk smärta för dessa tillstånd men begreppet långvarig smärta är mer lämpligt. Att uttrycket kronisk smärta inte bör användas beror på att smärtan då kan uppfattas som livslång och icke-behandlingsbar, vilket inte behöver vara fallet (4). Internationellt används dock termen kronisk smärta (3). Vi kommer fortsättningsvis att använda benämningen långvarig smärta. Vanliga orsaker till långvarig icke-malign smärta är muskeloskeletala och neurogena smärttillstånd. Muskeloskeletala smärttillstånd omfattar bl.a. olika reumatiska sjukdomar, ryggsmärtor av olika genes, osteoporos och fibromyalgi (13). Smärta är också vanligt förekommande hos personer med cancer och denna smärta kan i många fall bli långvarig (3). Upplevelsen av cancerrelaterad smärta orsakar liksom icke-malign smärta stort lidande hos den drabbade. Diagnosen cancer kan i sig självt orsaka ett stort lidande och den cancerrelaterade smärtan får då andra dimensioner. Vi har därför valt att enbart studera långvarig icke-malign smärta.

## Epidemiologi

*”Sjukdomar och besvär från rörelseorganen är den vanligaste anledningen till smärta, nedsättningen av arbetsförmågan, långtidssjukskrivning liksom sjuk- och aktivitetsnedsättning i Sverige” (14, sid 154).*

Uppgifter om förekomst av långvarig smärta varierar mellan olika undersökningar. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) anger i en rapport från 2006 att 40-50 % av Sveriges befolkning har långvariga smärttillstånd och att ca 25 % av dessa har svårigheter att leva med sin smärta (1). I en undersökning i Socialstyrelsens folkhälsorapport från 2005 uppgav 57 % av männen och 68 % av kvinnorna i åldern 16-84 år att de hade värk från rörelseorganen. Det rapporteras vidare att upplevelsen av smärta har ökat under 1990-talet, och att ökningarna har varit störst bland kvinnor. Det finns även socioekonomiska skillnader i förekomsten av smärta, kvinnliga arbetare har mest smärta från rörelseorganen medan manliga tjänstemän är den grupp som rapporterar lägst förekomst av smärta av denna typ (14).

## Utveckling av långvarig smärta

### Fysiologiska aspekter

När den nociceptiva stimuleringen upphör avtar vanligtvis smärtan. En orsak till långvarig smärta är att stimuli från skada eller inflammation kvarstår, en annan är att skador på nerver medför ständigt inåtgående impulsflöde vilket upplevs som smärta. Långvariga och höga impulsflöden i en nerv kan leda till kvarstående uppreglering av aktiviteten från ryggmärgsnivå och inåt, så kallad ”wind up”, vilket innebär att smärta vidmakthålls och förstärks. Central sensitisering innebär en ökad känslighet hos spinala neuron vid perifer retning, vilket leder till att det inte krävs lika stark stimulering av receptorerna för att det ska uppfattas som smärta. Psykosociala faktorer kan genom en stressreaktion framkalla neuroendokrina förändringar som på sikt medför en ändrad smärttolerans, vilket kan ge upphov till en bristande smärthämning av ett lågt afferent impulsflöde som leder till en långvarig smärta (15).

### Psykologiska aspekter

Psykologiska faktorer har stor betydelse när det gäller långvarig smärta men de spelar också stor roll i övergången mellan akut och långvarig smärta. Olika riskfaktorer för att utveckla långvarig smärta har identifierats. En del av dessa faktorer medför en ökad mottaglighet för värk medan andra kan utlösa eller starta problemet. Det har också visat sig att stress, upprördhet och ångest likväl som nedstämdhet och depression har ett samband med utvecklandet av långvarig smärta men också med smärtans prognos (6).

Långvariga smärttillstånd kan i vissa fall leda till bristande anpassning och beteendeförändringar hos individen vilket innebär att smärtan tar över och dominerar hela livssituationen. För individen medför långvariga smärttillstånd negativa konsekvenser, t ex i form av sömnproblem, trötthet, irritabilitet och ofta även depressivitet. Ett långvarigt smärtsyndrom karaktäriseras, förutom av ovanstående symtom, av att smärtan dominerar livets alla delar och allt som personen företar sig är underordnat smärtan. Långvarigt smärtsyndrom kan utvecklas ur alla former av smärta, men risken ökar när smärtans orsak är oklar samt vid samtidig psykisk sjukdom (4).

## **Emotioner i interaktion med smärta**

Ångest och oro liksom smärta är en reaktion på ett upplevt hot som i sin tur hotar människans välbefinnande. Det är vanligt att människor med långvarig smärta har mer problem med ångest och oro än motsvarande personer utan smärta. Hur sambandet mellan ångest och smärta ser ut är individuellt och inte helt klarlagt. Det man vet är att de interagerar med varandra och att ångesten kan påverka smärtan samt att smärtperceptionen kan påverka ångesten. Hos personer med långvarig smärta handlar oron ofta om smärtan och dess följder. Oron kan bli till ett problem hos personer med långvarig smärta och påverka beteendet. I extrema fall av oro för hälsan kan normala kroppsliga tecken och symtom tolkas som allvarliga sjukdomar (6).

Sambandet mellan smärta och depression är invecklat och det finns inget enkelt orsakssamband dem emellan. Samband mellan smärta och depression kan förstås bättre om man ser smärtan som en stark riskfaktor i utvecklandet av depression. Även mottagligheten för depression har betydelse vilket kan förklara att alla med långvarig smärta inte drabbas av depression (6).

Stress kan vara en reaktion på upplevt hot men kan också vara en reaktion på stora händelser i livet. Arbetsituationen har också ofta samband med stress. Den faktor som förbinder stress och smärta är muskelaktivitet. Mental stress ökar spänningen i musklerna vilket kan ge upphov till smärta (6).

Alla människor har någon gång haft ont och alla har uppfattningar och attityder om vad smärtan innebär. Den nyttiga funktionen hos dessa uppfattningar består i att de hjälper hjärnan med en grov sortering av smärtimpulserna så att dessa kan bearbetas på ett effektivare sätt. Ofta grundas uppfattningar och attityder på tidigare inlärning och erfarenheter. Dessa uppfattningar kan vara till skada men är mestadels nyttiga och kan vara till stor hjälp för att hantera smärtan (6).

## **Smärtbeteende**

Smärtbeteendet handlar om hur människor uttrycker smärta i handlingar och beteende. Smärtbeteendet har ett klart samband med känslor och uppfattningar om smärta och normalt medverkar det till att smärtan kan hanteras på ett effektivt sätt. Hos patienter med långvarig smärta kännetecknas smärtbeteendet av en allmän minskning av normala aktiviteter, olika sätt att bemästra smärtan samt verbala och ickeverbala beteenden som berättar om smärta. Smärtbeteendet påverkas av situationen eftersom vilket beteende som accepteras påverkas av situationens karaktär. Ett smärtbeteende kan förstärkas genom uppmärksamhet och sympati, och kommer då sannolikt att upprepas i andra liknande situationer. Det omvända gäller då ett beteende istället bestraffas (6).

## **Coping**

Lazarus och Folkman (16) definierar coping som:

*”ständigt skiftande kognitiva och beteendemässiga ansträngningar för att klara av specifika externa och/eller interna krav som bedöms påfrestande eller som överskrider personens resurser” (16, sid 141).*

Coping är enligt Lazarus och Folkman en process som enbart begränsas till psykisk stress. Som det beskrivs i definitionen är coping en föränderlig process där olika copingstrategier passar vid olika tillfällen, hela tiden sker omvärderingar av det som sker och copingstrategierna förändras därefter. Begreppet coping inkluderar allt som en person gör för att hantera en situation, oavsett hur bra det fungerar. Coping innefattar inte bara bemästrande av situationen utan även undvikande och minimerande strategier. Lazarus och Folkman talar om två huvudtyper av coping, känslfokuserad och problemfokuserad. Dessa former av coping kan både främja och motverka adekvat hantering av en situation. Känslfokuserad coping innefattar många strategier som kan betecknas som defensiva. Dessa används oftast när personen tror att inget kan göras för att förändra skadliga och utmanande förhållanden. Känslfokuserad coping ändrar det emotionella svaret i en given situation, exempel på sådana strategier är undvikande, minimering, distansering och selektiv uppmärksamhet. Problemfokuserad coping används för att förändra och/eller hantera problemet. Det fokuserar i första hand på omgivningen men även på att använda personens egna resurser och styrkor samt att tillägna sig nya färdigheter. Problemfokuserad coping är mer situationspecifik än känslfokuserad. Den problemfokuserade copingen går ut på att definiera problemet, se olika lösningar, välja mellan dem och agera utifrån det som av personen anses mest lämpligt (16).

På vilket sätt en individ klarar av en situation beror på vilka resurser som finns tillgängliga och vilka begränsningar som hindrar användandet av dessa i det specifika sammanhanget. Exempel på resurser är hälsa och energi, bra problemlösningsförmåga, socialt stöd samt materiella resurser. Hinder i användandet av copingstrategier kan bestå av kulturella och personliga värderingar, hinder i omgivningen samt hotets karaktär (16).

### **Joyce Travelbees interaktionsteori**

I Travelbees (17) teori definieras omvårdnad som:

*”en mellanmännisklig process där den professionella sjuksköterskan hjälper en individ, en familj eller ett samhälle med att förebygga eller bemästra erfarenheter av sjukdom och lidande och om nödvändigt finna mening i dessa erfarenheter”* (17, sid 29).

För att uppnå det som är målet med omvårdnaden krävs att man upprättar ett mellanmänniskligt förhållande. Teorin belyser att det är helt nödvändigt att sjuksköterskan sätter sig in i den sjukas situation och hur den sjuke uppfattar sin sjukdom för att kunna hjälpa honom/henne. Interaktionsteorin tar avstånd från begreppen patient och sjuksköterska i den mening att man med dessa begrepp gör generaliseringar om människornas roller. Istället ska sjuksköterskan och patienten se varandra som två unika människor som påverkar varandra i en ständigt pågående interaktionsprocess (17).

Lidande

Lidande definieras som:

*”en erfarenhet som varierar i intensitet, varaktighet och djup. Lidande är i grund och botten en känsla av obehag, som kan spänna över allt ifrån enstaka, övergående fysiska, psykiska eller andliga besvär till extremt svår ångest”* (17, sid 99).

I teorin ses lidandet som något mänskligt som alla förr eller senare kommer att uppleva. Orsaker till lidandet kan vara t ex sjukdom, fysisk eller psykisk smärta och förluster av olika slag som drabbar en själv eller en närstående. Lidandets intensitet behöver inte vara relaterat till sjukdomens svårighetsgrad utan en människa kan uppleva svårt lidande trots sjukdom med god medicinsk prognos. Hur människor reagerar på lidande och sjukdom är mycket individuellt och erfarenheterna av lidande bör inte generaliseras. Gemensamt för de flesta som lider är dock att de vill finna en orsak till lidandet samt att många ställer sig frågan varför det drabbade just dem (17).

Att finna mening i lidandet

Sjukdom och lidande har i sig självt ingen mening och bara den person som upplever sjukdom eller lidandet kan tillskriva dem värde eller mening. Travelbee har definierat mening på följande sätt:

*”Ordet mening används här med ett begränsat betydelseinnehåll – det refererar bara till sådan mening som gör den sjuke i stånd till att inte bara underkasta sig sjukdomen, utan att använda den som en positiv livserfarenhet – positiv i den mening att det är möjligt för personen att förverkliga sig själv och även uppnå det som ligger bortom självförverkligandet, nämligen att överskrida självet” (17, sid 226).*

Meningen i lidandet måste den sjuke själv komma fram till. Familj, vänner eller sjukvårdspersonal kan inte ge mening men de kan hjälpa personen som lider att hitta mening genom att ge stöd. En viktig aspekt i att finna mening i lidandet är att den sjuke får känna sig behövd och uppskattad som en unik individ. En av omvårdnadens uppgifter är att hjälpa sjuka människor att bemästra lidande och sjukdom. Genom att etablera god kontakt, förmedla förståelse och låta den sjuke veta att han inte är ensam kan sjuksköterskan stödja patienten att finna mening och orka bära sitt lidande. Grunden för att utföra dessa omvårdnadshandlingar ska vara sjuksköterskans vilja att hjälpa patienten som den unika individ han/hon är (17).

## **SYFTE**

Syftet är att beskriva personers upplevelser av att leva med långvarig icke-malign smärta samt hur de hanterar och bemästrar smärtan i sitt dagliga liv.

## METOD

Litteratursökning genomfördes i databaserna CINAHL och PubMed. I tabell 1 redovisas de sökningar som genererade inkluderade artiklar. I tabellen ingår de kombinationer av sökord som användes samt de begränsningar som gjordes. Vid artikelsökningen gjordes inga tidsbegränsningar gällande publiceringsdatum.

Databas	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Inkluderade artiklar, ref nr.	Datum
CINAHL	Nursing + chronic pain	Research, Peer-Reviewed, Word in Major Subject Heading	32	20, 29	070129
PubMed	Nursing + chronic pain + management		70	27	070129
Manuell sökning				22, 25, 26, 30	070130
CINAHL	Chronic pain + coping	Research, Peer-Reviewed, Word in Major Subject Heading	39	21, 23, 28	070130
CINAHL	Chronic pain + patient + patient Attitudes	Research, Peer-Reviewed, Word in Major Subject Heading	24	24	070130

Tabell 1. Artikelsökning

Efter att ha läst abstrakten på de artiklar som erhöles genom sökningarna i CINAHL och PubMed valdes nitton artiklar som stämde överens med vårt syfte ut för noggrannare granskning. Dessa lästes igenom och sju av dem inkluderades i uppsatsen. Den manuella sökningen började med att en sammanställning av avhandlingar om långvarig smärta från Vårdalinstitutet (18) lästes igenom. Tre avhandlingar som verkade svara mot vårt syfte söktes upp på Göteborgs Universitetsbibliotek och abstrakten på ingående artiklar lästes. Två artiklar (26,30) inkluderades i uppsatsen. Genom manuell sökning i tidskriften Pain Management Nursing inkluderades två artiklar (22,25). Resultatet är baserat på totalt elva vetenskapliga artiklar, för artikelöversikt se bilaga 1.

De utvalda artiklarna analyserades induktivt och de delar som svarade mot vårt syfte skrevs ner och översattes till svenska. De svenska texterna lästes noggrant igenom och kodades med begrepp som framkom som relevanta i förhållande till vårt syfte. Kodorden sammanställdes och grupperades ihop genom att skillnader och likheter mellan dem jämfördes vilket ledde fram till att fyra teman utvecklades, i enlighet med Walker och Avants (19) metod för begreppsutveckling. De teman som framkom var; Smärta som fenomen, Smärtans påverkan på livet, Anpassning till ett liv med smärta och Stöd.

## RESULTAT

### Smärta som fenomen

#### Ständigt närvarande – livslångt

Äldre personer med långvarig smärta har ofta uppfattningen om att med hög ålder följer smärta. De förväntar sig att de ska känna sig trötta, utslitna och ha smärta. Äldre ser åldrandet som en nedbrytningsprocess där smärta kommer som ett resultat av denna. Dessa människor kräver heller ingen orsak till smärtan utan accepterar den som en del av att bli gammal (20). Personer med långvarig smärta upplever att smärtan varierar i intensitet, att den kommer och går men att den alltid finns i bakgrunden i allt de gör (21). Att alltid ha smärta i bakgrunden upplevs mycket ansträngande. Ännu värre är det när smärtan gör genombrott och ökar i intensitet, eftersom den då inte går att ignorera eller hantera utan upptar hela individens värld. Ytterligare en orsak till att den överväldigande smärtan upplevs som mest plågsam är att den är oförutsägbar och svår att kontrollera (20). I situationer då individen måste vara fysiskt aktiv eller då det finns begränsningar i den fysiska omgivningen upplevs smärtan extra påtaglig (21). Smärtan påverkas av emotioner och allmäntillstånd hos den drabbade, negativa emotioner och upplevelser förvärrar smärtan. Personer med långvarig smärta upplever att till skillnad mot akut smärta är deras smärta sådan den aldrig kommer att försvinna helt. Många av dem som har långvarig smärta har heller inga förväntningar på att bli helt fri från den utan de ser smärtan som livslång. Dessa personer är säkra på att de kommer att ha smärta även i framtiden, det som upplevs osäkert är hur smärtan kommer att se ut och hur den kommer att påverka dem. Att inte veta hur smärtan kommer att utvecklas över tid kan ge upphov till tvivel och oros känslor inför framtiden (20).

#### Smärta som straff

En del religiösa människor upplever smärtan som ett tecken från Gud, att han prövar deras tro. Att stå ut med smärtan blir då som ett bevis på deras djupa tro. För de som har sitt hopp i ett högre väsen, Gud, betyder det att de måste ta bestraffningen som smärtan innebär och komma över begäret att bli fri från den. En del personer kan acceptera en viss grad av smärta för de små synder de har begått och de kan därför uthärda smärtan (20).

### Smärtans påverkan på livet

#### Begränsningar i dagligt liv

Gemensamt för personer med långvarig smärta är att alla känner en begränsning i sitt dagliga liv (20-24). Minskad snabbhet och rörlighet upplevs som hinder liksom yttre fysiska faktorer i omgivningen (23,24). Minskad rörlighet som innebär att personerna inte längre kan utföra aktiviteter de tidigare utfört upplevs frustrerande för både män och kvinnor. Hos kvinnorna handlar dessa aktiviteter främst om att de inte kan utföra hushållarbete som tidigare (24). De begränsningar som upplevs jobbigast av männen relateras till att de inte längre kan arbeta och försörja familjen (23). En annan del av begränsningen i det dagliga livet består i att smärtan tar all energi ifrån dem med långvarig smärta och att de därför känner sig uttröttade och inte orkar utföra alla aktiviteter som förut (20). På grund av smärtan tvingas personerna att anpassa hela livet och vid alla aktiviteter anpassa sina rörelser så att de inte ska få ännu mer smärta (21,24).

### Försämrad livskvalité

Personer med långvarig smärta upplever signifikant sämre livskvalité än personer utan smärta (22). Gerstle et al. (25) menar att orsaken kan vara att smärtan orsakar ett långvarigt lidande där lidandet är direkt relaterat till den långvariga aspekten av smärtan och de medföljande funktionella och yrkesrelaterade begränsningarna (25).

Sociodemografiska variabler, socialt stöd, ålder och medicinska variabler som smärtintensitet och duration är också viktiga aspekter för upplevelsen av livskvalité hos personer med långvarig smärta (22). God livskvalité associeras med stort socialt stöd (22) liksom hög ålder (25). Hur länge en person har levt med smärtan påverkar livskvalitén, ju längre smärtduration desto högre skattas livskvalitén. Gerstle et al. (25) och Dysvik et al. (22) menar att det kan bero på att dessa människor, oftast äldre, har haft längre tid på sig att anpassa sig efter och acceptera sin smärta vilket är en ständigt pågående process (22,25). Att ha ett arbete är relaterat till hög livskvalité vilket enligt Gerstle et al. (25) kan förklaras genom att ett arbete ger känsla av självständighet samt att vara behövd. Det kan också fungera avledande på smärtan genom att något annat upptar uppmärksamheten. Att arbeta ger även större ekonomiska marginaler vilket har en positiv inverkan på livskvalitén, samma effekt fås av frikostiga typer av ersättningar (25). De som är beroende av andra för att klara av sitt dagliga liv har lägre livskvalité än de som kan klara sig själva (26). Personens egna uppfattningar om smärtan kan medföra negativa effekter på smärtan. De som ser sin smärta som ett mysterium har sämre livskvalité än andra (22). Låg livskvalité har också samband med att personer upplever att de har otillräcklig kunskap om sin smärta och om vad den beror på, vilket leder till att de känner sig maktlösa (26).

### Anpassning till ett liv med smärta

#### Acceptera och stå ut

De personer som lever med långvarig smärta kan antingen acceptera den och därmed gå vidare med livet, eller ha svårigheter att acceptera den. De som accepterar sin smärta lär sig leva med smärtan och anpassar sig efter den. Dessa personer fokuserar på det som de klarar av istället för på det som de inte kan göra. Icke-acceptans visar sig genom att personen i fråga inte kan acceptera tanken på att ha långvarig smärta. Dessa personer ägnar hela sin tid åt smärtan och försöker att lindra den (23). En del personer med långvarig smärta har inga förväntningar på att smärtan kommer att lindras utan dessa personer har lärt sig att stå ut med smärtan. Att stå ut med smärtan kan hos dessa personer förknippas med uthållighet och mod, man visar att man inte tänker ge upp kampen mot smärtan. En annan aspekt av att stå ut med smärtan är att individerna tvingas stå ut eftersom de tror att ingen hjälp finns att få (20).

#### Lärandeprocess

Att leva med långvarig smärta innebär att den som drabbats måste lära sig att bli känslig för och medveten om sin smärta. Att kontinuerligt reflektera över smärtans variationer och i vilka sammanhang den uppträder och förändras skapar nödvändiga förutsättningar för att personen skall kunna lära sig att skilja mellan olika typer av smärta samt medvetandegöra vilken typ av smärta som uppkommer i relation till olika dagliga aktiviteter. Smärtan som fenomen är sådan att vissa handlingar kan sätta igång den medan andra handlingar utförs för att smärtan ska avta eller försvinna. Genom att aktivt tillämpa kunskapen om den egna smärtan och dess olika karaktärer kan aktivitetsgraden anpassas så att smärtan kan kontrolleras (21). Att lära sig att kontrollera smärtan kan

bestå i att dela upp smärtan efter olika typer vilket är en inlärningsprocess som syftar till att kunna hantera vardagen. Genom att dela in smärtan i olika typer kan man också bemöta den på olika sätt. De olika smärtyperna blir till generaliseringar som kan hjälpa till att hantera nya liknande situationer samt kunna medverka till att undvika situationer som visat sig vara smärtsamma. Att hantera smärtan på ett adekvat sätt kräver en kontinuerlig reflektion över smärtan. Reflektionen som process innebär att man testat olika sätt att dela upp smärtan och olika sätt att hantera den för att kunna anpassa sig till specifika situationer och smärtyper (21). Den ekonomiska belastning som kan komma av långvarig smärta upplevs ofta som en begränsning för självständigheten. Svårtolkade regler i de sociala systemen leder till att många inte vet hur och var de kan få hjälp att tillgodose sina behov med rädsla för förlorad självständighet som följd. I en studie av Sofaer et al. (23) framkom det att det var få som visste hur de sociala systemen för att få hjälp fungerar, de enda som hade den här kunskapen var pensionerade sjuksköterskor.

#### Coping – olika sätt att hantera smärtan

En studie av Dysvik et al. (27) har visat att problemfokuserad coping förekommer främst hos personer med långvarig smärta som ser smärtan som en utmaning. Att se smärtan som en utmaning tenderar att producera en positiv effekt och mobilisera tillgängliga resurser. Känslofokuserad coping har ett starkt samband med att se smärtan som ett hot mot den egna existensen. Även depression och låg självkänsla har ett signifikant samband med användning av känslofokuserad coping (27). Att anpassa den fysiska miljön runt omkring är en del i att hantera och klara av att leva med långvarig smärta. Med teknikens hjälp har personer med långvarig smärta hittat sätt att väga upp funktionsförluster som kommer av smärtan. Att anpassa bostaden och flytta till hus utan trappor och trädgård är exempel på sätt att anpassa den fysiska miljön. Att införskaffa en permobil kan hjälpa till att behålla friheten att kunna ta sig ut t.ex. till affären. Bland dem som använder den här typen av problemfokuserade copingstrategier finns en vilja till självständighet. Den uttrycks genom att dessa personer själva aktivt medverkar till att hitta nya lösningar för att övervinna begränsningar i den fysiska miljön. Ett exempel på detta är att det vanligast använda praktiska hjälpmedlet, käppen, inte bara används som ett gånghjälpmedel utan även används till att ta ner saker från hyllor med (23).

Personer med långvarig smärta vill inte att andra människor ska se eller veta hur ont de har. Både kvinnor och män upplever ett behov av att se ”normala” ut för att inte visa sin smärta. För kvinnor kan det innebära att de anstränger sig lite extra för att se fina ut t.ex. genom att använda smink eller gå till frisören. Att ha ett fint yttre innebär att personerna upplever ett ökat välbefinnande samt att de inte upplevs så smärtpåverkade av personer i omgivningen (23).

*”I’m not going to let them know the amount of pain I am in or how distressed I am about it” (23, sid 464)*

är ett citat som visar betydelsen av att inte visa smärtan för andra i omgivningen.

Att hjälpa andra människor med problem kan medverka till att bättre kunna hantera och orka leva med sin egen smärta. Att engagera sig i föreningar som hjälper andra människor innebär att man känner sig behövd och uppskattad. En del personer med långvarig smärta ser att hjälpa andra människor som en del av livet medan andra gör det för att själva må bättre. En man som var sjukpensionerad och inte längre kunde arbeta och försörja sin familj erbjöd husrum till utländska studenter. För honom innebar det att han kunde försörja någon med en familj när han inte längre kunde försörja sin familj. För honom, liksom för många andra, var det mycket betydelsefullt att kunna hjälpa

någon annan, vilket kan medverka till en ökad livskvalité (23). I en studie av Dunn och Horgas (28) där coping delas upp i beteendemässiga och kognitiva strategier var de beteendemässiga strategierna mest använda. Dessa kan t.ex. innebära att beskriva smärtan för läkare och sjuksköterskor, ta smärtlindrande medicin, avledning, motion eller värme. Exempel på kognitiva copingstrategier är att distrahera eller ignorera smärtan (28). Att inte visa smärta för personer i omgivningen kan vara ett sätt att orka bemästra smärtan. Att genom utseende och beteende undanhålla för andra hur man påverkas av smärtan gör att fokus istället läggs på det friska hos personen. Det kan då upplevas lättare att hantera smärtan genom att uppmärksamheten avleds från den (23).

Personer med långvarig smärta har ofta olika typer av smärta som påverkar varandra. Genom att tillägna sig kunskap om smärtan samt vilka aktiviteter och handlingar som utlöser dem kan de avgöra hur aktiva de kan vara vid ett givet tillfälle. Pacing som copingstrategi innebär att finna balans mellan aktivitet och vila och tillämpning av pacing är att använda kunskaper om sambandet mellan fysiska resurser och de aktiviteter som ska utföras. Genom pacing anpassar personerna aktiviteten för att kontrollera smärtan och anpassa sig efter de olika smärtyperna (21,23). För personer med långvarig smärta kan pacing handla om att planera intag av smärtstillande, göra lite hushållsarbete varje dag istället för allt på en dag eller att inte gå för långa sträckor (23).

#### Religiösa copingstrategier

Bönen ses ofta som en källa till välbefinnande, och inte nödvändigtvis som en väg mot att ta bort smärtan utan som ett sätt att klara av den. Bönen kan också vara ett sätt att ta bort känslan av ensamhet genom att det ger en känsla av att ha någon att prata med. En del människor ber för att söka tröst medan andra ber i ren desperation när smärtan blir för svår. Många med långvarig smärta ber ensamma hemma eftersom de har svårt att ta sig till kyrkan. De som vill och kan komma till kyrkan gör det för att få sällskap (23).

*"When I worry about pain, I work together with God to make sense of it"*  
(28, sid 23).

Att arbeta tillsammans med Gud är en av de mest använda religiösa copingstrategier som används av personer med långvarig smärta. Den innebär att samarbeta med Gud genom bönen för att klara av smärtan och på så vis finna mening i den. En annan religiös copingstrategi är att finna stöd hos Gud att fatta egna beslut rörande smärtan och dess behandling. Den mest passiva religiösa copingstrategin innebär att överlåta sig helt till Gud och låta honom finna mening i smärtan (28). I en undersökning av Dunn och Horgas (28) visade det sig att kvinnor använder religiösa copingstrategier i högre grad än männen, både vad gäller samarbets- och överlåtandestrategier. Det framkom också att vita personer använder signifikant färre religiösa copingstrategier än icke-vita personer.

#### Smärtlindringsmetoder

I en undersökning av Tse et al. (29) framkom att endast 20 % av personer med långvarig smärta använde ordinerade läkemedel för att lindra smärtan. I en studie av Jakobsson et al. (30) redovisas dock att användningen av ordinerade läkemedel hos personer med långvarig smärta var 35 %. Olika salvor och oljor är den vanligaste icke-ordinerade smärtlindringsmetoden som används av äldre med långvarig smärta, vilket också används i kombination med massage. Massage används även som en enskild smärtlindringsmetod (29). Massage som smärtlindringsmetod används signifikant mer av dem som bor ensamma än de som bor tillsammans med någon (30). I en studie av Tse et al. (29) använde 68,2 % av deltagarna icke-ordinerade åtgärder när de kände

smärta och användningen av dessa skattades som mycket effektiv. Vila och avledning från smärtan är två smärtlindringsmetoder som används (29,30) av 20 respektive 15 % av personerna med långvarig smärta (30). Personer med långvarig smärta som bor ensamma använder signifikant färre smärtlindringsmetoder än de som bor tillsammans med någon. De som bor i särskilt boende är mer hjälpta av att prata med någon om smärtan än de som bor ensamma. Personer som bor hemma upplever att det som är mest effektivt mot smärtan är ordinerad medicin, icke-ordinerad medicin och vila. På särskilda boenden skattas kyla/värme, alkoholkonsumtion, rörelseträning, att tala med människor som förstår som det mest effektiva mot smärtan. Dessa personer hjälps även av metoder som stretching, bostadsanpassning, salvor/liniment, akupunktur och särskild kost. Även de som bor tillsammans med någon upplever dessa metoder som effektiva och de skattar även ordinerad medicin och vila som effektiv smärtlindring. Den mest effektiva metoden som de som bor ensamma upplever är rörelseträning, de som bor tillsammans med någon tycker att bad eller dusch är det mest effektiva mot smärtan (30). Smärtlindringsmetoderna används när smärtan förekommer och innan förväntad smärta (29). Personer med långvarig smärta som bor på särskilt boende ber om smärtlindring först efter perioder med intensiv smärta och efter noggrant övervägande om att kontakta sjuksköterska eller läkare. I situationer när smärtlindring efterfrågas och förfrågan glöms bort förvärras smärtan (20).

## **Stöd**

Att ha ett stort socialt stöd är mycket viktigt för att kunna hantera långvarig smärta (20,22-24). Den mentala hälsan hos personer med långvarig smärtproblematik har ett signifikant samband med socialt stöd, där ett ökat socialt stöd medför bättre mental hälsa. Dåligt socialt stöd kan i sin tur medföra en försämrad livskvalité hos personer med långvarig smärta (22). Sociala kontakter från närstående upplevs lika viktigt av både män och kvinnor. De närstående kan påverka personen med långvarig smärta både på ett positivt och negativt sätt (24). En undersökning utförd av Dysvik et al.(27) angående stressorer bland personer med långvarig smärta visade att det som upplevs mest stressande är situationer som kan relateras till familjen (27). Precis som att individens egen sinnestämning påverkar hur smärtan kan upplevas påverkas upplevelsen också av personer i omgivningen. Om de personer som finns i ens närhet mår dåligt eller är på dåligt humör kan det i stor utsträckning påverka personen med långvarig smärta på ett negativt sätt. De som normalt finns där för att stödja kan då inte fylla den funktionen utan personen med långvarig smärta lämnas då till att ensam hantera smärtan (20). Personer med långvarig smärta känner ibland att de närstående drar sig undan när smärtan är som svårast. De upplever detta som negativt eftersom det är när smärtan är som värst som de behöver sina närstående mest (24).

Personer med långvarig smärta vill att deras smärta ska bli tagen på allvar och de vill bli bemötta med omsorg och förståelse. I mötet med vården upplevs ofta en brist i bemötandet. Genom att de med långvarig smärta inte blir bemötta med respekt och intresse upplever de sig som mindre värda människor. I samband med att söka vårdens hjälp för att få smärtlindring kan negativa känslor och förstärkt smärta bli resultatet om inte smärtan tas på allvar (20). På motsatt sätt kan positiva emotioner bli resultatet om bemötandet i vården präglas av förståelse för den enskilda individens upplevelse. Att uppleva stöd och hjälp från vårdpersonal kan ge positiva effekter på smärthanteringen hos dem med långvarig smärta (24).

## DISKUSSION

### Metoddiskussion

De sökningar som genererade artiklar som togs med i uppsatsen redovisas i tabell 1 i metodavsnittet. Utöver dessa gjordes andra sökningar som inte ledde till att fler artiklar inkluderades. Samtliga sökord söktes på både i CINAHL och PubMed men då resultatet av sökningarna till stor del bestod av samma artiklar valde vi att inte redovisa dessa sökningar. Eftersom vår litteraturstudie har en induktiv metod med syftet att undersöka patienters upplevelser av att leva med långvarig smärta valde vi att göra sökningarna så breda som möjligt. Sökord som inte styrde innehållet i vårt resultat valdes och omvårdningsbegrepp som lidande, hopp, välbefinnande valdes bort. Anledningen till detta var att vi ville att patienternas egna upplevelser av smärta skulle lyftas fram och att vi själva skulle få tolka resultatet utifrån ett omvårdningsperspektiv.

Med hjälp av checklistor för artikelgranskning, som tillhandahållits av institutionen för vårdvetenskap och hälsa, analyserades artiklarnas styrkor och svagheter. Elva artiklar som svarade mot vårt syfte valdes ut. Nedan redogörs för de inkluderade artiklarnas styrkor och svagheter.

Vår baskunskap om artikelanalys gjorde att vi själva hade en idé om på vilket sätt vi ville granska artiklarna, vilken också styrktes av institutionen för vårdvetenskap och hälsas rekommendationer. Walker och Avants (19) metod för begreppsutveckling användes som stöd vid analysen av de utvalda artiklarnas resultat. Att valet föll på denna metod berodde på att metoden stämde väl överrens med vår idé om genomförandet av analysen. Vi anser det vara en fördel att i analysarbetet kunna stödja sig på en befintlig metod för att styrka vårt arbetssätt och därmed även öka resultatets tillförlitlighet.

I resultatet användes elva artiklar publicerade mellan 1994 och 2005, varav två stycken var publicerade innan år 2000. Dessa (24,26) inkluderades i uppsatsen eftersom de tog upp viktiga aspekter av upplevelsen att leva med långvarig smärta som inte kunde återfinnas i de andra artiklarna. Eftersom nio av artiklarna är publicerade inom en femårsperiod, och då de övriga två skiljer sig från dessa med avseende på syfte och metod, kan vi inte se någon skillnad mellan tidiga och sena forskningsresultat. Av de elva artiklarna var sex kvantitativa studier och fem var kvalitativa. De kvalitativa artiklarna gav oss en fördjupad förståelse av hur människor med långvarig smärta upplever och hanterar sin situation. De kvantitativa artiklarna kompletterade de kvalitativa genom att de redogjorde för utbredning och förekomst av vissa uppfattningar och strategier för att hantera smärtan. Vi upplever därför att vi fick en bra balans mellan kvalitativa och kvantitativa studier. En av de inkluderade artiklarna var en pilotstudie (25), den inkluderades eftersom den bidrog med viktiga data gällande livskvalité hos personer med långvarig smärta. Vårt resultat är främst hämtat från artiklarnas resultatdelar och vid de tillfällen kunskap har hämtats från diskussionerna framgår det i texten.

Tio av de elva studierna (20-28,30) är utförda i Norden, Australien, Storbritannien och USA, alltså länder som liknar vårt svenska samhälle. Den elfte studien (29) är utförd i Hong Kong. Den inkluderades eftersom den bidrog med värdefull kunskap om de smärtlindringsmetoder som används av personer med långvarig smärta.

Åtta av studierna är godkända av etiska kommittéer (20-23,26,27,29,30) och två av artiklarna (25,28) är godkända av respektive institutioners granskningsnämnder. I en artikel (24), nämns inget om etisk granskning. Denna studie inkluderades då det ändå framgår i artikeln att hänsyn tagits till etiska aspekter bl.a. genom att deltagarna fick lämna både skriftligt och muntligt samtycke till att delta samt att de i förväg fick information om studiens syfte och upplägg.

I majoriteten av artiklarna har det varit övervägande kvinnliga deltagare vilket kan ses som en svaghet då resultatet i studierna tenderar att handla mer om kvinnliga än manliga upplevelser av långvarig smärta samt sätt att hantera den. Som en följd av det kan detta ha påverkat också vårt resultat. Då det framkommit skillnader mellan manliga och kvinnliga deltagare har vi dock redogjort för dessa.

I samtliga kvantitativa studier har reliabiliteten och validiteten hos de använda mätinstrumenten bedömts vara hög.

## **Resultatdiskussion**

Vi anser att syftet med litteraturstudien, som var att undersöka hur personer med långvarig smärta upplever sin situation samt hur de hanterar den, har uppnåtts. Vi är till största delen tillfredsställda med omfattningen av det resultat som framkommit även om vi i vissa avseenden hade önskat ett djupare resultat med avseende på personernas upplevelser av smärta. Vi är positivt överraskade av det resultat som framkommit eftersom vi från början trodde att resultatet till stor del skulle präglas av hopplöshet och depression över den situation som de med långvarig smärta befinner sig i. I stället har vi kommit fram till att det som upplevs som det stora problemet hos dessa människor är de begränsningar i det dagliga livet som de ställs inför. Visserligen har vi kunnat konstatera att dessa personer har en minskad livskvalité men många är trots detta aktiva i sitt sätt att hantera smärtan.

Vi sjuksköterskor utbildas i att smärta inte är förknippat med ett normalt åldrande, men många äldre personer som har långvarig smärta ser den som en naturlig del av att bli äldre. I en kvalitativ studie av Higgins (20) framkom att människor med hög ålder ser åldrandet som en nedbrytningsprocess med smärta som resultat. De kräver heller ingen orsak till smärtan utan accepterar den som en del av livet. Vi tror att gamla traditioner har påverkat att det ser ut på det här sättet, förr fanns det inte samma möjligheter till smärtbehandling utan människor tvingades leva med smärtorna. Sjukvården var inte heller lika tillgänglig förr utan människorna fick förlita sig på traditionella egenvårdsmetoder för att bemästra och lindra smärtan. En del av de här traditionerna lever kvar än idag vilket kan göra att människor inte söker sjukvård eftersom de inte vet vilken hjälp de kan få. Vi anser även att sjukvården har en roll i detta, att de inte informerar och sprider budskapet om att det finns möjlighet att behandla och lindra smärta, trots hög ålder. Det kanske t.o.m. är så att vissa läkare och annan sjukvårdspersonal är offer för uppfattningen att hög ålder är synonymt med smärta.

Det som framkom som det mest tydliga resultatet i vår undersökning var att en stor andel av dem som drabbats av långvarig smärta upplever att den begränsar deras dagliga liv. Begränsningarna består både i faktorer från omgivningen samt begränsningar som

beror på smärtan i sig (20-24). Att det förhåller sig på det här sättet känns trovärdigt då det framkommit i de flesta av de artiklar som granskats. Att personer med långvarig smärta upplever sämre livskvalité än de utan smärta har framkommit i flera av de studier som studerats. Detta styrks även av bakgrundslitteratur samt av SBU's statistik. Enligt Gerstle et al. (25) är god livskvalité associerat med att ha ett arbete eftersom det kan göra att man känner sig behövd samt att något avleder uppmärksamheten från smärtan. Vi instämmer i de tankar som Gerstle et al. har om arbetets betydelse. Genom arbetet får man ofta stöd och hjälp från andra arbetskamrater vilket också har visat sig vara en viktig faktor i att kunna hantera smärtan. Ett arbete ger också större ekonomiska marginaler som har en positiv inverkan på livskvalitén.

Det har visat sig att de personer som genom problemfokuserad coping kan acceptera sin smärta och se den som en utmaning är mer framgångsrika i att kunna hantera den och anpassa sig efter den. Att använda känslufokuserad coping har ett samband med depression, låg självkänsla och att se smärtan som ett hot mot den egna existensen (27). Vi tror att de människor som redan är utsatta är de som drabbas allra hårdast av långvarig smärta. Anledningen till detta kan vara att de saknar effektiva copingstrategier och stöd. Det är därför viktigt att sjukvården uppmärksammar dessa människor och erbjuder hjälp och stöd i att hantera smärtan. Arbetsgivare och arbetskamrater har också en viktig roll i att hjälpa till att stödja den som drabbats av långvarig smärta. Det ideala hade varit om det i varje enskilt fall finns en samverkan mellan sjukvården, arbetsgivaren och den sjuke själv.

Problemfokuserad coping kan t.ex. bestå i att anpassa den fysiska miljön i omgivningen. I de studerade artiklarna framkom att bland dem som använde denna typ av coping fanns en vilja att lösa problem i den fysiska omgivningen. Problemlösningstrategierna kunde bestå i att flytta till hus utan trappor och använda tillgängliga hjälpmedel (23). Vi tror att de som använder den här typen av strategier för att övervinna hinder som smärtan orsakar upplever positiv feedback när de märker att deras lösningar fungerar och leder till ökad självständighet. Detta kan ge ökad självkänsla vilket har visat sig vara mycket betydelsefullt i hanteringen av långvarig smärta. Ökad självkänsla ger en större tro på att själv aktivt kunna medverka till att anpassa sin situation i framtiden. Att använda problemfokuserad coping är ett led i en god cirkel som kan bidra till att stress och oro, inför vad smärtan kan orsaka i framtiden, reduceras.

I artiklarna framkommer en stor variation i vilka smärtlindringsmetoder som används. Anmärkningsvärt är att det i en studie (29) framkommer att det är endast 20 % som använder ordinerade läkemedel medan det i en annan studie (30) beskrivs att 35 % använder ordinerade läkemedel för att lindra smärtan. Vi anser att både 20 % och 35 % är låga frekvenser för användning av ordinerade läkemedel, men också att skillnaden mellan de två studierna är tänkvärd. Tänkbara orsaker till den låga användningen av ordinerade läkemedel kan vara att personerna använder receptfria läkemedel och komplementära metoder i stället för ordinerade läkemedel. Det kan helt enkelt också vara så att de som inte använder ordinerad medicin aldrig har sökt och/eller fått medicinsk hjälp mot sin smärta. Att skillnaden i användning mellan de olika studierna är påfallande skulle kunna bero på att de är utförda i två olika kulturer, den svenska och den kinesiska. Vår uppfattning är att användningen av komplementära smärtlindringsmetoder har ett större utrymme i den kinesiska kulturen än i den svenska och att detta kan ha präglat resultatet.

Enligt definitionen på lidande i Travelbees interaktionsteori kan långvarig smärta, enligt vår tolkning, orsaka lidande eftersom teorin innefattar att orsaken till lidandet kan vara sjukdom eller smärta. Definitionen innefattar att lidandet varierar i intensitet, varaktighet och djup vilka är egenskaper som även ingår i smärtbegreppet och som framkommit i resultatet. Det framkommer att personer med långvarig smärta upplever en minskad livskvalité och ständiga begränsningar i det dagliga livet på grund av sin smärta. Vi tycker därför att Travelbees definition på lidande stämmer överens med det som upplevs vid långvarig smärta (17,21,22).

Den smärta som hela tiden är närvarande hos personer med långvarig smärta upplevs många gånger hanterbar. Det är när smärtan blir överväldigande eller överraskar personerna som den blir svår att bemästra vilket resulterar i ett ökat lidande (20). Travelbees interaktionsteori innebär att graden av lidandet inte behöver stå i relation till sjukdomens svårighetsgrad, man kan uppleva ett stort lidande trots en sjukdom med god prognos (17). Detta styrks av att många av de icke-maligna sjukdomar som orsakar långvarig smärta inte är livshotande men de drabbade personerna upplever trots detta ett stort lidande. Interaktionsteorin anger att lidandet är individuellt och att reaktionerna på lidande och sjukdom är unika för alla personer (17). Att reaktionerna på smärta och lidande är individuella visas tydligt i olika strategier för att hantera smärtan. En del personer underkastar sig smärtan och fogar sig efter den, de låter smärtan styra hela livet och allt de företar sig. Andra ägnar mycket tid och kraft åt att anpassa yttre faktorer så att de kan bemästra smärtan och behålla sin självständighet.

Hur man hanterar och reagerar på smärta och sjukdom hänger tydligt ihop med interaktionsteorins begrepp ”att finna mening i lidandet”. Det innebär att inte underkasta sig sjukdomen utan att se lidandet som en livserfarenhet och en möjlighet till personlig utveckling. Lidandet i sig är en mänsklig erfarenhet som alla kommer att stöta på men det har enligt teorin ingen mening i sig självt (17). Inte heller i vårt resultat framkommer att personer med långvarig smärta uttrycker någon mening med den men vissa tillskriver smärtan en religiös mening där smärtan ses som ett straff eller en prövning från Gud (20). Enligt Travelbees teori är att hantera smärtan och ta sig vidare i livet ett sätt att finna mening i lidandet (17). De personer som använder problemfokuserad coping skapar förutsättningar för en positiv utveckling och underkastar sig inte smärtan, vilket innebär att personer som använder denna strategi utnyttjar sina resurser för att hitta vägar att leva med smärtan och därmed finna mening i den. De som använder sig av känslufokuserad coping kan ha svårt att själva finna mening i lidandet och behöver därför hjälp och stöd från personer i omgivningen. Familj, vänner och sjukvårdspersonal har därför en viktig funktion i att hjälpa den sjuke att hitta mening, Travelbees teori poängterar dock att den sjuke själv måste finna mening i sitt lidande, det kan ingen annan göra åt honom/henne (17).

I interaktionsteorin beskrivs att sjuksköterskan kan hjälpa patienten att finna mening i lidandet genom att etablera god kontakt och förståelse (17). Personer med långvarig smärta uttrycker en stark önskan om att få förståelse från sjukvården (20). I mötet med sjukvården är det därför viktigt för personer med långvarig smärta att deras smärtupplevelse blir respekterad och betraktad som sann, för att positiva känslor ska bli resultatet av mötet. Teorin understryker att det är av största vikt att sjuksköterskan har en vilja att hjälpa patienten och sätta sig in i den sjukas situation och försöka förstå hur den sjuke uppfattar sin sjukdom för att kunna hjälpa honom/henne. Genom att låta

personen med långvarig smärta få veta att han/hon inte är ensam kan sjuksköterskan hjälpa patienten att orka bära och finna mening i sitt lidande (17).

Som sjuksköterskor kommer vi inte att kunna bota den långvariga smärtan hos våra patienter, hur gärna vi än vill. Det vi däremot kan göra är att hjälpa dem att hantera och bemästra sina upplevelser och tankar kring sjukdomen, vilket enligt Travelbee (17) ses som en av omvårdnadens huvudfunktioner. Genom att skriva den här uppsatsen har vi fått ytterligare bekräftelse på att det är mycket viktigt att dessa patienter bemöts med förståelse och empati, att bli tagna på allvar är extra viktigt för dem då deras smärta många gånger inte går att påvisa objektivt. Det är därför av stor betydelse att vi som blivande sjuksköterskor bemöter våra patienter med respekt och utstrålar en vilja att hjälpa dem, samt möjliggör för närståendes medverkan och stöd.

Som tidigare nämnts upplever personer med långvarig smärta stora begränsningar i sitt dagliga liv, och som sjuksköterskor har vi en viktig funktion i att underlätta för patienterna att så självständigt som möjligt kunna klara sitt dagliga liv. Detta kan vi göra både genom att erbjuda mentalt stöd men också genom att kontakta berörda enheter för stöd efter kontakt med sjukvården. En av sjuksköterskans viktiga funktioner är att ge information till patienter om hur de kan få hjälp från samhället, eftersom det har visat sig att få personer vet hur man går till väga för att få denna hjälp (23).

Det har framkommit att det är många personer med långvarig smärta som väljer andra behandlingsmetoder framför ordinerade läkemedel för att lindra smärtan (29,30). Som sjuksköterskor är det viktigt att vi tar hänsyn till hur patienten vanligtvis lindrar sin smärta och möjliggör för en flexibel smärtbehandling inom sjukvården. Detta kräver att vi som sjuksköterskor tillägnar oss kunskap om alternativa behandlingsmetoder för att kunna guida patienterna till de metoder som kan fungera för just dem.

Vi bedömer att vår uppsats är av stor klinisk relevans för den vårdpersonal som i sitt arbete möter personer med långvarig smärta. Den kan bidra till en ökad kunskap och förståelse för dessa människors situation för personal både inom öppen- och slutenvård. Även andra personer som på olika sätt kommer i kontakt med personer med långvarig smärta kan utnyttja den kunskap som framkommer i vår uppsats.

Vidare forskning behövs för att ytterligare fördjupa kunskapen i hur personer med långvarig smärta upplever sin situation, samt för att öka förståelsen för dessa personers lidande och vad som avgör på vilket sätt de hanterar sin smärta. Det finns framför allt ett behov av vidare forskning om sjuksköterskans funktion i samband med mötet med personer med långvarig smärta

## REFERENSER

1. SBU. Metoder för behandling av långvarig smärta – En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: SBU; 2006. (SBU-rapport; 177/1)
2. IASP Pain Terminology. [http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=General\\_Resource\\_Links&Template=/CM/HTMLDisplay.cfm&ContentID=3058#Pain](http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=General_Resource_Links&Template=/CM/HTMLDisplay.cfm&ContentID=3058#Pain) Tillgänglig 2007-01-28.
3. Werner M, Strang P. Smärtans demografi. I Werner M, Strang P. Red. Smärta och smärtbehandling. Stockholm: Liber; 2003.
4. Socialstyrelsen. Behandling av långvarig smärta. Stockholm: Socialstyrelsen; 1994. (SOS - rapport; 1994:4).
5. Werner, M. Smärtfysiologi. I Werner M, Strang P. Red. Smärta och smärtbehandling. Stockholm: Liber; 2003.
6. Linton, S J. Att förstå patienter med smärta. Lund: Studentlitteratur; 2005.
7. Hawthorn J, Redmond K. Smärta - bedömning och behandling. Lund: Studentlitteratur; 1999.
8. WHO's Pain Ladder. <http://www.who.int/cancer/palliative/painladder/en/index.html> Tillgänglig 2007-03-02.
9. Carlsson, C. Akupunktur. I Werner M, Strang P. Red. Smärta och smärtbehandling. Stockholm: Liber; 2003.
10. Werner, M. Transkutan elektrisk nervstimulering (TENS). I Werner M, Strang P. Red. Smärta och smärtbehandling. Stockholm: Liber; 2003.
11. Larsdotter Persson, A. Sjukgymnastiska behandlingsmetoder. I Werner M, Strang P. Red. Smärta och smärtbehandling. Stockholm: Liber; 2003.
12. Dunajcik, L. Chronic nonmalignant pain. I McCaffery M, Pasero C. Red. Pain: Clinical manual. 2<sup>nd</sup> ed. St. Louis: Mosby; 1999.
13. Leden, I. Reumatiska smärttillstånd. I Werner M, Strang P. Red. Smärta och smärtbehandling. Stockholm: Liber; 2003.
14. Socialstyrelsen. Folkhälsorapport 2005. Stockholm: Socialstyrelsen; 2005.
15. Andersson, I. Långvarig icke-malign smärta – Introduktion. I Werner M, Strang P. Red. Smärta och smärtbehandling. Stockholm: Liber; 2003.
16. Lazarus R S, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer; 1984.

17. Travelbee, J. Mellommennsklige forhold i sykepleie. Oslo: Gyldendal; 2001.
18. Vårdalinstitutet. Kronologisk avhandlingslista 1982-2004, Långvarig smärta. <http://www.vardalinstitutet.net/documentarchive/1168/1575/1579/2733/2734/3521.pdf?objectId=6497> Tillgänglig 2007-03-02.
19. Olszewski Walker L, Coalson Avant K. Strategies for theory construction in nursing. Upper Saddle River, NJ: Pearson/Prentice Hall cop; 2005.
20. Higgins, I. The experience of chronic pain in elderly nursing home residents. *J Res Nurs*. 2005;10(4):369-82.
21. Peolsson M, Hydén L-C, Sätterlund Larsson U-B. Living with Chronic Pain: A Dynamic Learning Process. *Scand J Occup Ther*. 2000;7:114-125.
22. Dysvik E, Lindstrøm T C, Eikeland O-J, Natvig G K. Heath-related Quality of Life and Pain Belifs Among People Suffering From Chronic Pain. *Pain Manag Nurs*. 2004;5(2):66-74.
23. Sofaer B, Moore A P, Holloway I, Lamberty M, Thorp T A S, O'Dwyer J. Chronic pain as percived by older people: a qualitative study. *Age Ageing*. 2005;34:462-66.
24. Strong J, Ashton R, Chant D, Cramond T. An Investigation of the Dimensions of Chronic Low Back Pain: the Patients' Perspecitves. *Br J Occup Ther*. 1994;57(6):204-8.
25. Gerstle D S, All A C, Wallace D C. Quality of Life and Chronic Nonmalignant Pain. *Pain Manag Nurs*. 2001;2(3):98-109.
26. Hall-Lord M L, Larsson G, Steen B. Chronic pain and distress in older people: A cluster analysis. *Int J Nurs Pract*. 1999;5:78-85.
27. Dysvik E, Natvig G K, Eikeland O-J, Lindstrøm T C. Coping with chronic pain. *Int J Nurs Stud* 2005;42:297-305.
28. Dunn K S, Horgas A L. Religious and Nonreligious Coping in Older Adults Experiencing Chronic Pain. *Pain Manag Nurs*. 2004;5(1):19-28
29. Tse M MY, Pun S PY, Benzie I FF. Pain relief strategies used by older people with chronic pain: An exploratory survey for planning patient-centred intervention. *J Clin Nurs*. 2005;14:315-20.
30. Jakobsson U, Rahm Hallberg I, Westergren A. Pain management in elderly persons who require assistans with activities of daily living: a comparison of those living at home with those in special accommodations. *Eur J Pain*. 2004;8:335-44.

## BILAGA 1

### Artikelöversikt

Referensnummer: 20  
Titel: The experience of chronic pain in elderly nursing home residents.  
Författare: Higgins, I.  
Tidskrift: Journal of Research in Nursing. 2005;10(4):369-82.  
Syfte: Undersöka upplevda erfarenheter av långvarig icke-malign smärta hos äldre boende på äldreboende.  
Metod: Kvalitativ metod med fenomenologisk design. Djupintervjuer genomfördes och genom fältstudier utfördes observationer. Alla deltagare intervjuades flera gånger. Intervjuer spelades in och observationer från fältstudier skrevs ner. Intervjuerna transkriberades och analyserades och olika teman som beskriver hur det är att leva med långvarig smärta framkom.  
Urval: 13 äldre personer med smärta intervjuades. Dessa identifierades som möjliga deltagare i studien av vårdenhetschefen och de skulle ha haft smärta i mer än tre månader.  
Referenser: 32  
Land: Australien.

---

Referensnummer: 21  
Titel: Living with Chronic Pain: A Dynamic Learning Process.  
Författare: Peolsson M, Hydén L-C, Sätterlund Larsson U.  
Tidskrift: Scandinavian Journal of Occupational Therapy. 2000;7:114-125.  
Syfte: Att analysera hur individer med långvarig smärta beskriver sin smärta och hur de hanterar den i sitt dagliga liv.  
Metod: Kvalitativ design. Intervjuer genomfördes och transkriberades. Teman som beskriver olika erfarenheter av smärta framkom.  
Urval: 37 personer deltog i studien. För att få delta i studien skulle man ha haft smärta i minst sex månader. Alla deltagarna var patienter på ett rehabiliteringscenter.  
Referenser: 31  
Land: Sverige

---

Referensnummer: 22  
Titel: Health-related Quality of Life and Pain Beliefs Among People Suffering From Chronic Pain.  
Författare: Dysvik E, Lindstrøm T C, Eikeland O-J, Natvig G K.  
Tidskrift: Pain Management Nursing. 2004;5(2):66-74.  
Syfte: a) utvärdera skillnader i hälsorelaterad livskvalité (HRQL) bland personer med långvarig smärta jämfört med andra patientgrupper. b) att utforska påverkan av attityder kring smärta, sociodemografiska variabler och medicinska variabler på HRQL.  
Metod: Kvantitativ metod där deltagarna själva fyllde i enkäter. Mätinstrumentet SF-36 användes för att mäta HRQL. PBAPI användes för att kartlägga attityder kring smärta. VAS-skala användes i bedömning av smärtintensitet. Korrelations- och regressionsanalyser genomfördes för att se samband och jämföra olika variabler.

Urval: 81 patienter i öppenvård med olika långvariga smärttillstånd deltog. Inklusionskriterier var ålder 18-67 år, haft icke-malign smärta i mer än sex månader, genomgått medicinsk utredning/behandling, visat motivation att genomgå rehabiliteringsprogram, inget deltagande i annat pågående program mot smärta.

Referenser: 36

Land: Norge

---

Referensnummer: 23

Titel: Chronic pain as perceived by older people: a qualitative study.

Författare: Sofaer B, Moore A P, Holloway I, Lamberty M, Thorp T A S, O'Dwyer J.

Tidskrift: Age and Ageing 2005;34:462-66.

Syfte: Att utvärdera vilka praktiska, fysiska, psykosociala begränsningar de möter på grund av långvarig smärta och vilka de använder för att hantera dem.

Metod: Kvalitativ metod med Grounded Theory-design. Ostrukturerade intervjuer genomfördes, intervjuerna spelades in och transkriberades. Materialet kodades och organiserades i teman.

Urval: 63 personer intervjuades.

Referenser: 27

Land: Storbritannien.

---

Referensnummer: 24

Titel: An Investigation of the Dimensions of Chronic Low Back Pain: the Patients' Perspectives.

Författare: Strong J, Ashton R, Chant D, Cramond T.

Tidskrift: British Journal of Occupational Therapy. 1994;57(6):204-8.

Syfte: Undersöka smärtans olika upplevda dimensioner samt undersöka hur livet påverkas hos personer med långvarig smärta samt hur de hanterar den.

Metod: Kvalitativ metod. Intervjuer och diskussioner i fokusgrupper. Innehållet i intervjuerna och diskussionerna transkriberades och bearbetning av data genererade 7 olika teman.

Urval: I studien deltog 7 personer. Personerna hade identifierats som lämpliga deltagare på olika smärtkliniker.

Referenser: 36

Land: Australien.

---

Referensnummer: 25

Titel: Quality of Life and Chronic Nonmalignant Pain

Författare: Gerstle D S, All A C, Wallace D C.

Tidskrift: Pain Management Nursing. 2001;2(3):98-109.

Syfte: Att undersöka olika stressors påverkan på livskvaliteten hos vuxna patienter med långvarig smärta.

Metod: Kvantitativ studie. Explorativ korrelationsdesign användes för att sambandet mellan identifierade stressorer hos patienter med långvarig icke-malign smärta och deras livskvalité. Neuman Systems Model användes för att identifiera stressorerna, vilka operationaliserades och skattades. Deltagarna skattade sin livskvalité utifrån olika skalor.

Korrelationsanalys genomfördes för att undersöka om det fanns något samband mellan stressorerna och livskvalitén.

Urval: Bekvämlighetsurval med 36 deltagare. Deltagarna delades in i två grupper, den ena gruppen hade genomgått ett multidisciplinärt smärtbehandlingsprogram (n=16). Den andra gruppen var kvalificerade för programmet men hade ännu inte påbörjat det (n=20).

Referenser: 52

Land: USA

---

Referensnummer: 26

Titel: Chronic pain and distress in older people: A cluster analysis.

Författare: Hall-Lord M L, Larsson G, Steen B.

Tidskrift: International Journal of Nursing Practice. 1999;5:78-85.

Syfte: Identifiera olika smärt- och problemprofiler som finns hos äldre med långvarig smärta och jämföra om bakgrundsvariabler, känsla av sammanhang, funktionsförmåga och upplevelser av interventioner riktade mot att reducera smärta varierade hos de olika profilerna.

Metod: Kvantitativ design. Strukturerade intervjuer som utvärderades med hjälp av formulär som tar hänsyn till fyra olika dimensioner av smärta. Materialet bearbetades och tre kluster identifierades. Klustren bestod av profiler som innebar olika sätt att hantera smärtan. Jämförelser mellan klustren utfördes med hänsyn till olika variabler.

Urval: 42 personer deltog i studien. Deltagarna hade bedömts ha långvarig smärta av en distriktssköterska, de var 65 år eller äldre, bodde på särskilt boende eller hemma och använde den kommunala sjukvården. Exklusionskriterier var svårt hjärtsvikt, cancer och depression.

Referenser: 47

Land: Sverige.

---

Referensnummer: 27

Titel: Coping with chronic pain.

Författare: Dysvik E, Natvig G K, Eikeland O-J, Lindstrøm T C.

Tidskrift: International Journal of Nursing Studies 2005;42:297-305.

Syfte: (1) Undersöka huvudstressorer bland människor med långvarig smärta. (2) Undersöka betydelsen av medicinska och psykologiska variabler för att förutspå copingstrategier hos personer med långvarig smärta. (3) Diskutera vikten av att använda coping som en del av rehabilitering.

Metod: Kvantitativ design. Användning av "The Ways of Coping Checklist" som är en metod för att operationalisera och kvantifiera coping samt bestämma relationen mellan stress, copingstrategier och anpassning. Även instrument för att mäta depression, självkänsla och smärtintensitet användes. Korrelations och regressionsanalys genomfördes för att se samband mellan olika variabler och för att kunna förutsäga problem- och känslfokuserad coping.

Urval: 88 patienter i öppenvård deltog. Inklusionskriterier var ålder 18-67 år, haft icke-malign smärta i mer än sex månader, genomgått medicinsk utredning/behandling, visat motivation att genomgå rehabiliteringsprogram, inget deltagande i annat pågående program mot smärta. Exklusionskriterier var att vara påverkad av psykisk störning, eller att vara drabbad av medicinska tillstånd i behov av behandling.

Referenser: 35  
Land: Norge

---

Referensnummer: 28  
Titel: Religious and Nonreligious Coping in Older Adults Experiencing Chronic Pain.  
Författare: Dunn K S, Horgas A L.  
Tidskrift: Pain Management Nursing. 2004;5(1):19-28  
Syfte: Undersöka användningen av religiösa och icke-religiösa copingstrategier bland äldre med långvarig smärta.  
Metod: Kvantitativ design. Olika instrument användes för att mäta smärta, samt användningsfrekvensen av icke-religiösa, och religiösa copingstrategier. Användningen av copingstrategier jämfördes med avseende på kön och ras.  
Urval: Två hundra deltagare rekryterades till studien med hjälp av bekvämlighetsurval. Inklusionskriterier var ålder >65 år, långvarig smärta (>3 mån), kristet/judiskt ursprung. Exklusionskriterier var kognitiv nedsättning.  
Referenser: 45  
Land: USA.

---

Referensnummer: 29  
Titel: Pain relief strategies used by older people with chronic pain: An exploratory survey for planning patient-centred intervention.  
Författare: Tse M MY, Pun S PY, Benzie I FF.  
Tidskrift: Journal of Clinical Nursing. 2005;14:315-20.  
Syfte: Undersöka smärtlindringsmetoder använda av äldre med långvarig smärta i Hong Kong. Även frekvensen och den upplevda effekten undersöktes.  
Metod: Kvalitativ design. Intervjuer med äldre människor med smärta. Frågorna behandlade deltagarnas hälsa, smärta samt vilka smärtlindringsmetoder de använde sig av och dess upplevda effektivitet. Intervjuerna transkriberades och materialet organiserades i fyra smärtrelaterade teman.  
Urval: 44 personer deltog i studien. Inklusionskriterier var ålder >60 år, vara bosatt på ett äldreboende i Hong Kong sedan minst tre månader tillbaka samt ha god kognitiv förmåga.  
Referenser: 34  
Land: Kina.

---

Referensnummer: 30  
Titel: Pain management in elderly persons who require assistans with activities of daily living: a comparison of those living at home with those in special accommodations.  
Författare: Jakobsson U, Rahm Hallberg I, Westergren A.  
Tidskrift: European Journal of Pain. 2004;8:335-44.  
Syfte: Att beskriva och jämföra användningen och upplevs effektivitet av smärtlindringsmetoder hos äldre med långvarig smärta som behöver hjälp med aktiviteter i det dagliga livet som har olika bostadsförhållanden.  
Metod: Kvantitativ metod. Deltagarna fick fylla i olika formulär som handlade om smärtan och aktiviteter samt olika sätt att hantera den. Demografisk data, smärta, smärthanteringsmetoder och deras effekt analyserades för dem som bodde hemma och för de som bodde i särskilt boende. Resultaten mellan de olika grupperna jämfördes.  
Urval: 294 personer som haft smärta i mer än tre månader inkluderades i studien och besvarade den första enkäten i undersökningen. Av dessa svarade 161 personer på ytterligare enkäter.  
Referenser: 37  
Land: Sverige

---