



AKUPUNKTUR – OMVÅRDNAD

**En litteraturstudie om akupunkturers effekt vid långvarig smärta,
sjuksköterskans omvårdnadsarbete och roll vid akupunkturbehandling**

Författare: Tina Arvidsdotter

Handledare: Ingela Berggren

**Enskilt arbete i omvårdnad 10 poäng, fördjupningsnivå I
Sjuksköterskeprogrammet 120 poäng, SSK 00:V**

**Institutionen för omvårdnad
December 2003**

Arbetets titel: AKUPUNKTUR - OMVÅRDNAD

En litteraturstudie om akupunkturers effekt vid långvarig smärta, sjuksköterskans omvårdnadsarbete och roll vid akupunkturbehandling

ACUPUNCTURE - NURSING

A literature review about the effects of acupuncture in case of chronic pain, the nurses performance and role in the acupuncture treatment

Författare: Tina Arvidsdotter

Handledare: Ingela Berggren

Institution: Institutionen för omvårdnad, Högskolan i Trollhättan/Uddevalla

Arbetets art: Enskilt arbete i omvårdnad, fördjupningsnivå I

Antal sidor: 42

Kurs: Sjuksköterskeprogrammet 120 poäng, SSK 00:V

Datum: December 2003

ABSTRACT

The aim of this study was to illuminate the effects of acupuncture at chronic pain and how the nurses can use acupuncture in their profession. This study is based on a literature review. The results shows that acupuncture has a pain relieving effect in case of chronic pain, even thou the pain had been present for ten years. Even stress, worry, anguish and medical using got moderate, the circulation rise, the sleep got better and the patient got a feeling of well being. Acupuncture activates the patients' own healing power to support health. The nurse role is to give the patient information about alternative to ordinary pain relieving methods. To give information to the patient, the nurse has to have knowledge about acupuncture. Acupuncture is a method proceeded from a holistic perspective and which the nurse can use in her nursing. The most important arguments for nurses to using acupuncture are; it is simple too use, sheep and most of all, practically free from side effects.

Keywords: acupuncture, alternative medicine, chronic pain, nursing, pain

Nyckelord: akupunktur, komplementär medicin, långvarig smärta, omvårdnad, smärta

INNEHÅLLSFÖRTECKNING	Sid
INLEDNING	1
BAKGRUND	2
Omvårdnad	2
Omvårdnadsteori	4
Akupunktur.....	6
Akupunktrens fysiologiska inverkan på människokroppen	
Perifer nivå	7
Ryggmärgsnivå - Grindteorin	7
Hjärnstamsnivå - Det autonoma nervsystemet	8
Smärthämmande effekter som utnyttjas vid akupunktur	
A-betafibrer	9
C-fibrer	9
Oxytocin	10
Endogena opioider	10
Lagar som reglerar användandet av akupunktur i Sverige	11
Akupunktur enligt TCM, Traditionell kinesisk medicin	12
Yin Yang teorin	12
Qi och meridianerna	13
Smärta	14
Definition av långvarig smärta	14
Smärtans fysiologi	14
Smärtans olika former	14
Patientens upplevelse av långvarig smärta	16
PROBLEMPRECISERING	17

SYFTE	17
METOD	17
Litteratursökning	17
Urval	18
Analys och bearbetning av litteraturen	18
RESULTAT	19
Effekten av akupunktur vid långvarig smärta	19
Omvårdnadsaspekter som finns i mötet mellan patient och sjuksköterska vid akupunkturbehandling	21
Bedömning	22
Diagnos	23
Planering	24
Genomförande	24
Utvärdering	27
Dokumentation och kvalitetssäkring	28
Sjuksköterskans roll kring akupunktur	28
DISKUSSION	29
Metoddiskussion.....	29
Resultatdiskussion	30
Akupunktur vid långvarig smärta	30
Mötet mellan patienten och sjuksköterskan vid akupunkturbehandling	32
Sjuksköterskans roll vid akupunktur som komplementär behandlingsmetod vid långvarig smärta	34
KONKLUSION	35
REFERENSER	36

Bilagor

Tabell 1 Sammanställning av artiklarnas syfte, metod och urval

Bilaga 1

INLEDNING

Akupunktur har varit en omstridd behandlingsform i Sverige. Metoden har länge använts inom den komplementära medicinen medan sjukvården ställt sig utanför (Andersson & Lundeberg, 2000). Majoriteten av vårdpersonalen tror fortfarande inte på akupunkturs effekter (Risberg, Kolstad, Johansen & Vingerhagen, 1999).

Inom sjukvården har det hävdats att det saknas bevis för akupunkturs effekt. När forskare i västvärlden på 1970-talet utförde vetenskapliga studier fann de smärtlindrande effekter som inte enbart kunde förklaras med placeboeffekten. Det första kända försöket i Sverige utfördes 1970 i samband med en förlossning. En kinesisk akupunktör behandlade kvinnan under förlossningen. Det rapporterades att resultatet var en god smärtlindring, utan några komplikationer (Andersson & Lundeberg, 2000).

Sedan 1984 har akupunktur använts som en smärtlindringsmetod inom svensk sjukvård i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet, vilket är grundläggande krav för västerländsk medicin (Andersson & Lundeberg, 2000). Akupunktur utförs av läkare eller specialutbildad personal (DeKeyser, Cohen & Wagner, 2001).

Enligt Topham (1999) är det numera vanligare att patienter söker sig till komplementära behandlingsmetoder när den traditionella behandlingen inte hjälper, särskilt vid långvariga smärttillstånd. Den långvariga smärtan är ofta svårbehandlad på grund av att den inte alltid svarar på opioidbehandling (Hawthorn & Redmond, 1999). Smärta påverkar mer än något annat hela människan och inverkar på det fysiska, psykiska, sociala och andliga tillståndet (Kristoffersen, 1997).

Akupunktur ger enligt Andersson och Lundeberg (2000) få eller inga negativa biverkningar. Biverkningarna av farmakologisk behandling uppskattades i USA (1998) som orsak till var 4-6:e dödsfall, även när läkemedlen användes enligt ordination (Lazarou, Pomeranz, & Corey, 1998). Omräknat till svenska förhållanden skulle detta innebära att ca 2000 dödsfall om året skulle kunna vara orsakade av normal användning av farmaka (Carlsson, 2000).

I sjuksköterskans ansvarsområde ingår det att stärka hälsa, förebygga sjukdom och ohälsa, återställa och bevara hälsa utifrån patientens individuella möjligheter och behov, minska lidande samt att ge möjligheter till en värdig död (SOSFS 1993:17). Den patientansvariga sjuksköterskan ska verka för att patienten skall ges möjlighet att välja det behandlingsalternativ som hon/han föredrar. Många patienter som lider av långvarig smärta har svårt att föra sin egen talan, men sjuksköterskan kan göra det för patienten. Att hjälpa patienten att bli smärtfri, ligger i sjuksköterskans yrkesansvar (Killander, Modig & Nilsson, 1999).

Jag vill med det här fördjupningsarbetet belysa effekten av akupunktur vid långvarig smärta, undersöka behandlingsmetoden akupunktur i sjuksköterskans omvårdnadsarbete samt hur sjuksköterskan ser på sin roll i denna behandlingsmetod.

BAKGRUND

Begreppen omvårdnad, akupunktur och smärta kommer här att definieras och beskrivas för att utgöra en teoretisk referensram.

Omvårdnad

Ordet omvårdnad består av två delar, prefixet *om* och ordet *vård*. Med *vård* avses främst den somatiska behandlingen av patienten. Prefixet *om* används även i ord som *omfamna*, *omsorg*, *omtanke* och kan i dessa sammanhang uppfattas som ett uttryck för en medmänsklig hållning, samt strävan till en betydelsefull medmänsklig relation (Bramstång 1990). Som begrepp är omvårdnad ett förhållandevis ungt begrepp (Dulong, Poulsen, Athlin & Kylberg, 1996) och kommer från engelskans ”nursing”. I vid mening beskriver begreppet delområdena: medicinsk behandling (*curing*), medmänsklig omsorg (*caring*) och sjuksköterskans vårduppgifter (*nursing*) (Thorsén, 1997).

Enligt Norberg, Engström och Nilsson (1995) och Rocke (1997) innebär omvårdnad både ett förhållningssätt eller en speciell attityd samt vissa handlingar och verksamheter. Det är inte bara vad man gör som är viktigt utan också hur man gör det. Man visar omsorg medan man handlar och genom att handla. Omvårdnad förutsätter förmåga att visa omsorg och att man är öppen för andra så att man kan förstå deras situation. Sarvimäki (1991) framhåller att omsorg utgör själva grunden för omvårdnad. Omvårdnaden kan

delas in i; Omvårdnad, som utgår från individens behov och livsfunktioner, lidande och välbefinnande; Förebyggande behandling och rehabilitering, som utgår från individens sjukdom, skada, funktionsnedsättning och ohälsa; och som utvecklande utgående från individens resurser, funktionskapacitet, hälsa och självförverkligande.

Omvårdnadshandlingarnas syfte är enligt Norberg et al. (1995) att förbättra hälsa och friskhet, förebygga ohälsa och sjukdom samt att återställa och bevara hälsa och friskhet. Detta bekräftas också av Socialstyrelsen (SOSFS 1993:17) som även skiljer mellan allmän- och specifik omvårdnad. Allmän omvårdnad syftar till att stärka hälsa, förebygga sjukdom och ohälsa samt att bevara hälsa utifrån patientens individuella möjligheter och behov och är oberoende av sjukdom och medicinsk behandling. Den specifika omvårdnaden har samma syfte men ska dessutom utgå från patientens speciella sjukdoms- och hälsotillstånd och kräver kunskap om människans normala funktioner, den aktuella sjukdomen och dess behandling samt speciell kompetens. Sjuksköterskans utbildning anses göra dem kvalificerade för utövande av specifik omvårdnad.

Enligt Fröberg (1993) är sjuksköterskans primära funktion att direkt eller indirekt ge och ansvara för omvårdnaden. Åtgärderna utgår från helhetsprincipen och innebär att patientens somatiska, psykiska och sociala situation ska beaktas. Dulong et al. (1996) anser att sjuksköterskan ska utifrån sin medicinska kompetens och erfarenhet bedöma patientens tillstånd, vidta lämpliga åtgärder, kalla på experthjälp när så erfordras samt verkställa givna ordinationer. Sjuksköterskan har således ett eget medicinskt yrkesansvar. Ehnfors, Ehrenberg och Thorell-Ekstrand (2000) menar att omvårdnadsåtgärder utförda av sjuksköterskor kan delas in i två kategorier, nämligen sådana som görs på ordination och de som görs på eget initiativ. De ordinerade benämns beroende och de andra för självständiga.

Omvårdnadsprocessen beskrivs av Thorsén (1997) som en systematisk, vetenskaplig problemlösningsmetod genom vilken en omvårdnadsteori tillämpas och förverkligas i omvårdnadsarbetet. Socialstyrelsen (SOSFS 1993:17) föreslår att omvårdnadsprocessen kan delas in i fyra steg; bedömning, planering, genomförande och utvärdering av resultat. I VIPS-modellen (en modell för omvårdnadsdokumentation) används även diagnos som ett steg utöver de övriga fyra. Dessa steg eller faser fungerar sedan som redskap i omvårdnadsarbetet (Ehnfors et al. 2000).

Omvårdnadsteori

En omvårdnadsteori är (Kirkevold, 2000) en skriftlig utsaga som beskriver vad omvårdnad är eller bör vara, antingen generellt eller inom ett avgränsat område. Vilka fenomen eller problem man önskar att beskriva eller förklara avgör vilken teori som sedan tillämpas.

Omvårdnadsteorierna växte fram under 1950-talet i USA och var då primärt kopplade till sjuksköterskeutbildningarna och var starkt kopplat till professionaliseringsintressen hos sjuksköterskor. Under senare årtionden har omvårdnadsteorierna fortsatt att utvecklas och försöker hitta kärnan i omvårdnad oavsett vilken yrkesfunktion en sjuksköterska kan tänkas ägna sig åt. Ofta är det inslag av andra vetenskapliga discipliner som psykologi, filosofi och sociologi (Thorsén, 1997).

Enligt ett interaktionsteoretiskt synsätt beskrivs människan som en social varelse och utgör en del av samhället och den kultur hon existerar i utifrån gällande normer och värderingar (Sarvimäki, 1991). Förutsättningen är individens medvetenhet och språk vilket ger henne möjlighet att interagera med andra människor. Det är de mellanmännskliga relationerna, individernas uppfattning av sig själva och andra samt deras roller som påverkar den sociala interaktionen (Fawcett, 1995).

Omvårdnadsrelationen utvecklas genom olika faser där vårdarens och patientens roller förändras i relationen vilket resulterar i utveckling och mognad hos båda. Det uppstår en interaktion som leder till att vårdaren och patienten samverkar mot ett gemensamt mål (Sarvimäki, 1991).

Katie Eriksson tillhör interaktionsteoretikerna. Hon betonar att kärnan i allt vårdande, naturligt som professionellt består av; tro, hopp och kärlek (Eriksson, 1989). Själva utövandet av omvårdnad är som en konstutövning. Det är i det konkreta utövandet som omvårdnadens innersta kärna förverkligas, det vars form finns i själen. Reflexion (Eriksson, 1989; Bergstrand, 1997) ger sjuksköterskan insikt och förståelse. Relationen menar Eriksson (1989) är mellan likvärdiga parter. Hon betonar patientens och sjuksköterskans ömsesidiga strävan mot gemensamt uppsatta och värderade mål i omvårdnaden vilket leder till måluppfyllelse.

Med omvårdnad menar Eriksson (1995) ”Vårdande (caring) innebär att genom olika former av ansning, lekande och lärande åstadkomma ett tillstånd av tillit, tillfredsställelse, kroppsligt och andligt välbehag samt en känsla av att vara i utveckling i syfte att förändra (uppehålla, igångsätta eller stödja) hälsoprocesserna” (1995, s.9).

Att ansa innebär att bekräfta den andres existens och att man bryr sig. Det kan vara att hålla någon i hand, att borsta någons hår. I skapande lek kan ett kreativt tänkande aktiveras hos patienten och utveckla personen mot högre nivå av hälsa. Lärande öppnar nya möjligheter för patienten i mötet med begränsningar och hinder. Patienten kan bli mer medvetenhet om sig själv och därigenom öppna nya möjligheter som stärker hälsa (Eriksson, 1995).

Målet för sjuksköterskan är att understödja och bevara hälsa, förebygga sjukdom, upplevelse av sjukdom och oförmåga. Att hjälpa patienten att uppnå en nivå av hälsa, där patienten kan fungera i sina vanliga roller. Hälsa är ett integrerat tillstånd av sundhet, friskhet och en känsla av välbefinnande, men inte nödvändigtvis frånvaro av sjukdom. Hälsa är enligt Eriksson (1995) inte någonting människan har utan något som människan är. Sundhet förklarar Eriksson som att individen kan ta konsekventa beslut och handla på ett sätt som främjar den egna hälsan. Friskhet står för att kroppens organ fungerar. Välbefinnande är den subjektiva upplevelsekomponenten.

Den självförverkligande människan styrs inifrån, har en fast identitet och autonomi samt en förmåga att älska (Eriksson, 1995). ”Hälsa är ett integrerat tillstånd av sundhet, friskhet och en känsla av välbefinnande men inte nödvändigtvis frånvaro av sjukdom” (1989, s.44). ”Tron är hälsans grundsubstans. Hoppet ger hälsan riktningen. Kärleken är hälsans form” (Eriksson, 1989, s.30).

Eriksson (1990) har en holistisk människosyn där kropp, själ och ande bildar en enhet. Denna enhet är ett dynamiskt tillstånd som präglas av rörelse, utveckling och förändring. Varje människa har en önskan att bli bekräftad för den hon är och för det hon skapat och denna önskan är fundamental för varje människa (1990).

Eriksson (1995) gör en klar skillnad mellan begreppen behov och begär. Människans behov kan tillfredsställas, medan människans begär bara ökar när det aktiveras. ”Att

begära är att sträcka sig ut mot någonting som man längtar efter. Att begära förutsätter mod att våga gå ut över sina gränser. Att begära är att ta en risk, eftersom man inte vet om medvärlden svarar på begäret. Begär innebär en rörelse mot någonting man längtar efter, önskar, har lust till eller är intresserad av” (1990, s. 83).

Akupunktur

Ordet akupunktur är en västerländsk beteckning. Aku kommer från det latinska ordet *acus*, som betyder nål och *pungere*, att träffa. Akupunktur har använts och utvecklats under flera tusen år i Kina. Akupunkturen är en behandlingsmetod som används i förebyggande syfte, för lindrande av symtom och botande av sjukdom (Andersson & Lundeberg, 2000; Carlsson, 1992; Pöyhönen, 1997). Akupunkturläran spreds under 500-talet e.Kr. vidare till Korea, Japan och Indien, på 1300-talet till Vietnam och på 1500-talet till Europa (Carlsson, 1992). I Sverige lades 1829 en avhandling om akupunktur fram av läkaren Gustaf Landgren. Hans kliniska erfarenheter visade att akupunktur hade god effekt vid: neuralgier, reumatiska sjukdomar, lokala spasmer, tandvärk, huvudvärk, gikt, lumbago, lamhet. Hans avhandling föll i glömska och akupunkturen slog aldrig igenom i Sverige vid den tiden.

Under 1970-talet visades bilder från Kina där patienter opererades vakna, leende och till synes utan smärta. Endast ett fåtal akupunktur nålar användes som bedövning (Carlsson, 1992).

Akupunktur har en smärtröskelhöjande effekt. Smärtröskelhöjningen påverkas genom akupunktur via kroppsegna ämnen, endorfiner. Detta innebär att effekten av akupunktur liknar den vid tillförsel av morfin (Ottosson, 1997). Denna smärtröskelhöjning kan liknas vid de omställningar som sker i nervsystemet under kraftigt muskelarbete och det är därför som patienten efter behandling ofta känner sig varm, trött och avslappnad (Andersson, Carlsson & Eriksson, 1987). En antiinflammatorisk effekt vid insticksstället har också påvisats (Lundeberg, 1993).

Upplevelsen av smärtans intensitet varierar starkt mellan olika situationer. Placebo är starkt uttalad vid smärtbehandling och kan variera mellan 0-100 procent. Den är beroende på en rad faktorer såsom placebo utformning samt åkomman som behandlas. Place-

boeffekten kan vara naloxonkänslig vilken tyder på att kroppsegna opioider aktiveras (Andersson & Lundeberg, 2000). Varje åtgärd som patienten uppfattar som positiv, att hon/han tror på behandlingsmetoden akupunktur, lindrar smärtan (Kalauokalani, Cherkin, Sherman, Koepsell & Deyo, 2001).

Förväntningseffekterna kan också slå åt andra hållet, så att smärtupplevelsen förstärks, så kallad nocebo. Vid exempelvis oro eller ångest inför en behandling eller ett ingrepp är risken för nocebo stort. I kliniska studier har man kunnat visa att patienter med stor oro och ångest har en större risk att utveckla nocebo och att denna nocebo är relaterad till en ökad frisättning av den kroppsegna opioida antagonisten CCK, cholecystokinin (Andersson & Lundeberg, 2000).

Akupunktrens fysiologiska inverkan på människokroppen

Perifer nivå

När akupunktur nålen sätts i vävnaden och De Qi framkallas kommer en rad olika neurotransmittorer att aktiveras däribland calcitonin genrelaterad peptid (CGRP). Denna peptid syntetiseras i nervcellkroppen och transporteras både perifert och centralt. CGRP-frisättningen kan via lokala axonala reflexer eller via dorsalrotsreflexer leda till en rodnad runt nålen. Rodnaden har ingenting med själva behandlingseffekten att göra utan visar mer en lokal reflexmekanism. Det CGRP som frisätts lokalt skapar dilatation av kapillärbädden, vilket ger ett ökat nutritivt flöde lokalt (Andersson & Lundeberg, 2000).

Upprepade behandlingar kan ge ökad tillväxt av endotelceller som ger en kapillärisering av vävnaden (Lundeberg, 1993). Det finns studier som talar för att nerve growth factor (NGF) frisätts i den perifera vävnaden i samband med akupunktur. NGF-frisättningen skulle kunna påskynda regenerationen och läkningen av skadad vävnad.

Ryggmärgsnivå - Grindteorin

Principerna för denna hämning presenterades i den s.k. grind-teorin, port-teorin eller ”gate control theory” av Melzack och Wall, 1965. I ryggmärgens bakhorn finns det en s.k. smärtgrind. När den är öppen passerar smärtimpulserna, men när den är stängd hämmas smärtimpulserna. Grindens läge styrs av jämvikten mellan olika nervfibrers aktivitet. Desto fler A-beta fibrer som aktiveras ju mer hämmas smärtimpulserna och grinden stängs för A-delta respektive C-fibrerna. Den vanligaste hämmande transmittorsubstan-

sen är gamma-aminosmörsyra (GABA) och glysin som anses utöva denna effekt. Effekten av grind-teorin är segmentell, vilket innebär att ett visst hudområde påverkas av känselnerv som löper från en bestämd del i ryggmärgen (Andersson & Lundeberg, 2000).

Hjärnstamsnivå - Det autonoma nervsystemet

Det finns övertygande djur- och humana forskningsbevis, där akupunktur utövar sin smärtlindrande effekt via nervsystemet. Akupunkturens effekt bortfaller vid lokalbedövning av nerverna, vilket visar att nervförbindelserna ska vara intakta. Akupunkturens effekt kvarstår däremot om blodkärlen stängs av till och från det akupunkterade området. Detta talar för att det inte är via blodbanan som akupunkturreffekten når andra områden i kroppen utan via nervsystemet (Andersson & Lundeberg, 2000).

Akupunkturrens bedövningseffekter antas ske i hjärnstammen. En viktig hjärndel är periaqueductal gray matter (PAG) som sänder ut impulser i nedåtgående bansystem och hämmar överföringen av smärtimpulserna i ryggmärgens bakhorn. Även andra områden i hjärnstammen nucleus raphe magnus (NRM) och locus caeruleus (LC) avger smärthämmande impulser. Dessa centra hämmar dels direkt överföringen av signalerna i ryggmärgens bakhorn, dels indirekt genom att på ett komplicerat sätt påverka varandra så att smärthämmande impulser avges (Carlsson, 2000).

NRM har serotonin som signalsubstans. Om serotonin är av betydelse för den erhållna bedövningseffekten så bör man förvänta att akupunktur ändrar dess omsättning i vissa delar av nervsystemet och att ämnen som kan hindra eller öka substansens frisättning påverkar smärtlindringseffekterna. Dessa förväntningar har bekräftats djurexperimentellt (Andersson & Lundeberg, 2000).

Man finner att akupunktur ger ökat innehåll av serotonin i hjärnstammen och i ryggmärgen. Dessa förändringar går parallellt med graden av smärtfrihet, vilket leder till mindre oro och stress (Hui, Liu & Markis, 2000). Smärta kan skapa stress. Stress under en längre tid kan framkalla tydlig dendritförtvining och neuronförlust i hippocampus med försämrat minne och rumsuppfattning som följd. I en experimentell studie visade sig att stress minskade den neurotropiska faktorn BDNF, brainderived neurotrophic factor, och

mRNA, messenger-RNA, till 61%. Efter en akupunkturbehandling under 30 minuter hade BDNF och mRNA ökats till 96 procent (Yun, Park, Yeom & Hahm, 2002).

Även om man kunnat visa samband mellan endorfin och smärtlindring och mellan serotonin och smärtlindring vid akupunktur är sambandet mellan endorfiner, serotonin och akupunktur komplext. En minskad mängd serotonin kan möjligen kompenseras av en större mängd endorfiner och omvänt (Andersson & Lundeberg, 2000).

Om smärtan inte kan förebyggas eller behandlas effektivt, finns det risk att en smärtöverkänslighet utvecklas av det så kallade ”wind up” fenomenet. Wind up innebär en speciell typ av mottagare på nervcellens yta, NMDA-receptorer, som aktiveras av aminosyran glutamat har stor betydelse. Detta innebär att kalciumhalten i neurotransmittorer ökar och kvardröjer vid ihållande eller upprepad aktivering av A-delta eller C-fibrer. Det blir en ond cirkel. Patientens smärtbesvär ökar. Smärta föder smärta. Man tror att hyperalgesi (överkänslighet för smärtstimuli) och allodyni (smärta utlöst av beröring, tryck, värme eller kyla, dvs retning som normalt inte är smärtsam) har sin orsak i ”wind up” fenomenet (Torebjörk, Lundeberg & LaMotte, 1992)

Smärthämmande effekter som utnyttjas vid akupunktur

A-beta fibrer

A-beta fibrer förmedlar inte smärta utan aktiveras vid beröring-, tryck- och vibrationsreceptorer i huden, samt vid värme eller kyla. A-beta fibrerna är 5-12 mikrometer i diameter, myeliniserade och förmedlar impulserna med en hastighet av 35-120 m/s. Denna mekanism utnyttjas av barn spontant när de blåser eller masserar kring det smärtande området (Andersson & Lundeberg, 2000; Nystrand & Röhl, 1999). A-beta fibrerna når thalamus och lokaliserar var någonstans retningen kommer ifrån (Olausson, Lamarre, Backlund, Morin, Wallin, Starck, Ekholm, Strigo, Worsley, Vallbo & Bushnell, 2002). Ytterligare en effekt som händer vid aktivering av A-beta fibrer är en segmentell sympatikushämning. Segmentet resulterar i ett minskat sympatikusutflöde vilket förändrar tonusen i kärl och visceral organ (Andersson & Lundeberg, 2000).

C-fibrer

En svensk-kanadensisk forskargrupp (Olausson et al. 2002) har uppmärksammat ett tidigare okänt nervsystem som tycks förmedla den känsla av välbehag som framkallas av en smekning. I detta långsamma fortledningssystem är det C-fibrerna som aktiveras. I en

kvalitativ studie utförd bland 24 neurologiskt intakta individer med en ålder mellan 25-57 år, samt med en unik kvinna i 54-årsåldern utan A-fibrer, har man för första gången kunnat särskilja A-fibrer och C-fibrer. Efter akut polyradikulitis och polyneuropati, skadades den största delen av den unika kvinnans myeliniserade nervfibrer. Den vanliga känslan försvann.

Med hjälp av magnetröntgen mättes aktiviteten i hjärnan när forskarna strök med hjälp av en målarpensel över kvinnans hud. Forskarna identifierade en speciell uppsättning C-fibrer som förmedlade positivt upplevda svar vid beröringen. C-fibrerna spreds till stora delar av hjärnans yta, främst mot pannan och tinningen, samt till det limbiska systemet. Limbiska systemet styr känsloupplevelser, välbefinnande och påverkar hormonsystemet. C-fibrerna finns med stor säkerhet överallt i hårbetäckt hud, men inte i handflatorna och på trampdynorna. Forskarteamet tror att C-fibrerna kan ha betydelse för att hindra smärta och lindra stress (Olausson et al. 2002).

Oxytocin

Vid manuell akupunktur aktiverar A-beta fibrer troligen även centrala oxytosinerga neuron som frisätter oxytosin. Förutom sin lugnande effekt ger även oxytocin smärtlindring (Andersson & Lundeberg, 2000). Oxytocin är både ett hormon som förmedlas i kroppen via blodet och en signalsubstans i nervsystemet. Oxytocin frisätts även vid beröring (Uvnäs Moberg, 2001), vilket ingår som en naturlig del av en akupunkturbehandling.

Endogena opioider

Möjligheten att akupunktur påverkar smärtkänsligheten via kroppsegna opioider; endorfinerna, har rönt stor uppmärksamhet. Effekten liknar den man får efter tillförsel av morfin. Skillnaden är att kroppens endorfin binder sig mycket starkare till receptorerna på nervcellerna än vad morfin gör. Evidens för att endorfin har betydelse vid akupunkturbedövning, har främst hämtats från djurstudier (Andersson & Lundeberg, 2000). De gemensamma endogena opioiderna i smärtsystemet är beta-endorfin, enkefalin och dynorfin. Beta-endorfinet är kopplat till två olika smärtsystem. Dels från nucleus arcuatus som finns i hypothalamus som signalsubstans, dels från hypofysen via blodet som ett hormon (Carlsson, 2000).

Lagar som reglerar användandet av akupunktur i Sverige

Inom den svenska sjukvården godkändes akupunktur som behandlingsmetod vid kronisk smärta 1984. Enligt Andersson och Lundeberg (2000) begärde Socialstyrelsen 1990 en utredning som skulle belysa i vilken mån det fanns vetenskapliga belägg för effekter av akupunktur vid sjukdom, samt om dessa kunde förklaras mot bakgrund av kända biologiska mekanismer. I utredningen framkom att akupunktur har gynnsam effekt vid ett flertal olika sjukdomstillstånd. Denna utredning låg sedan till grund för att Socialstyrelsen 1993 upphävde alla tidigare restriktioner vid användning av akupunktur (SOSFS 1993:18) och att man därefter jämställde akupunktur med andra behandlingsformer inom hälso- och sjukvården. En förutsättning för behandling med akupunktur är att annan behandling inte försummas.

Direktiv saknas om vad för slags utbildning som är godkänd för att utöva akupunktur. Direktiven upphävdes i samband med att akupunkturen godkändes som behandlingsmetod (SOSFS 1993:18). Socialstyrelsen säger i föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1996:24) om kvalitetssystem i hälso – och sjukvården angående kompetens att kvalitetssystem ska innehålla rutiner för att säkerställa att personal har och underhåller den utbildning, erfarenhet och kompetens som behövs för att utföra tilldelade arbetsuppgifter. Trots att direktiven upphävdes 1993 poängterar Andersson och Lundeberg (2000) att de utbildningar som anordnas för sjuksköterskor inom akupunktur stämmer väl överens med vad som är anpassat till Socialstyrelsens anvisningar.

För den sjuksköterska som väljer att driva egen mottagning rekommenderas att begära läkarremiss av patienten för att få en diagnos som utesluter annan sjukdom som ska behandlas på annat sätt än med akupunktur (SOSFS 1998:531). När får sjuksköterskan ge akupunktur inom vården? Enligt jurist vid Socialstyrelsen var svaret följande:

”Liksom läkemedel ordineras av patientansvarig läkare, ordineras också akupunktur av den patientansvarige läkaren inom vården. Akupunktur får ges av legitimerad personal som sjuksköterska, läkare, tandläkare, barnmorska eller sjukgymnast med erforderlig kompetens inom området och ska utföras enligt vetenskap och beprövad erfarenhet” (Personlig kommunikation via telefonsamtal, 2002).

Detta innebär enligt Andersson och Lundeberg (2000) att behandlaren själv måste inhämta och värdera den vetenskapliga grunden innan ett visst tillstånd kan behandlas. Som vid all annan medicinsk behandling gäller att behandlaren ska ha kunskap om tillståndet som behandlas samt behandlingsformen akupunktur. Vidare bär den som tillhör hälso- och sjukvårdpersonalen, enligt lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (1998:531), själv ansvaret för hur hon/han fullgör sina uppgifter.

Enligt SOSFS 1985:562 ska journal föras över behandlingarna. Akupunktur är en symptomatisk behandlingsmetod. Det är viktigt att patienten undersöks, så att eventuell underliggande sjukdom inte försummas. Diagnos och använd metodik redovisas noggrant. Antal nålar, valda akupunkturpunkter, hur man stimulerar nålen, frekvens och duration. Man bör dokumentera patientens subjektiva upplevelse och hur behandlingen verkar, samt följa upp med utvärdering (Andersson & Lundeberg, 2000).

I Socialstyrelsens allmänna råd (1995:5) om kompetensbeskrivning för sjuksköterskor framgår det i sjuksköterskans yrkesområde ingår att kunna ta initiativ till och vidta åtgärder som syftar till att hos den enskilde patienten främja hälsa, förebygga ohälsa och sjukdomar samt att medverka vid och i vissa fall utföra undersökningar och behandlingar.

Akupunktur enligt TCM, Traditionell kinesisk medicin

Akupunktur används för att reglera störningar i kroppen. Tunna sterila nålar placeras på speciella akupunkturpunkter (Pöyhönen, 1997). Antikens kinesiska akupunktörer behandlade inte enbart sjukdomar utan arbetade med förebyggande verksamhet. (Andersson & Lundeberg, 2000).

TCM är grundad på empirisk vetenskap. Under 300-200 år f.Kr. skrevs Gula kejsarens textbok om medicin och innehåller en tidig systematisk framställning och den gäller fortfarande. Yin Yang teorin, Qi och meridianderna beskrivs i textboken (Carlsson, 1992).

Yin Yang teorin

En sjukdoms ursprung ligger i obalansen mellan Yin och Yang. Inom varje individ som inom varje organ kan Yin ses som substansen, som balanserar Yang funktionen och tvärtom.

” - Yin och Yang är himlens och jordens väg, väven som håller samman de tiotusen tingen, far och mor till alla transformationer, källan för begynnelse/skapande och död, Shen Mings palats. För att behandla sjukliga tillstånd måste man söka Yin och Yangs ursprung” (Pöyhönen, 1997, s.5).

Ständigt transformeras den ena principen över i den andra och tvärtom. Yin och Yang är inte konstanta och fixerade, utan står ständigt i en ömsesidigt konsumerande och understödjande relation till varandra. Organ, kroppsdelar och människor kan vara mer eller mindre Yin eller Yang i förhållande till varandra (Andersson & Lundeberg, 2000; Carlsson, 1992; Pöyhönen, 1997).

Qi och meridianerna

Qi, uttalas tchii, översätts som livsenergi, andedräkt eller luft. Alla vitala aktiviteter i kroppen förklaras som förändringar och rörelser av Qi. Transformation av mat till andra substanser, det som håller organen på plats, försvar mot överdrivna vätskeförluster, det som värmer och skyddar kroppen. Det fysiologiska begreppet Qi kan delas in i många underavdelningar, t ex medfödd Qi motsvarar ärftliga faktorer och antipatogen Qi har stora likheter med vårt immunförsvar (Andersson & Lundeberg, 2000; Carlsson, 1992; Pöyhönen, 1997).

Qi flyter runt i kroppen tillsammans med blodet på ett mycket bestämt sätt i ett komplicerat nät av kanaler s.k. meridianer. Tillsammans med övriga fundamentala substanser ger de näring åt de olika inre organen, vävnader och funktioner utmed meridiansystemets utbredningsområde. Det djupt liggande meridiansystemet når kroppsytan på vissa områden och det är vid akupunkturpunkterna. Qi flödet kan stagnera, vilket menas att Qi inte flyter normalt i meridianerna. Stagnation av Qi anses bland annat vara upphov till svår värk (Carlsson, 1992; Pöyhönen, 1997).

Det finns 365 meridianpunkter och ett femtiotal extrapunkter. Meridianer är flöden av svagström i kroppen och Qi flödet kan påverkas via dessa punkter med akupunktur eller annan teknik inom TCM. Syftet är att reglera de inre organens funktioner och vävnader (Andersson & Lundeberg, 2000; Carlsson, 1992; Pöyhönen, 1997).

Smärta

Definition av långvarig smärta

En vedertagen definition av långvarig smärta kommer från the International Association for the Study of Pain (IASP) vilka har definierat långvarig smärta som;

”Chronic pain is considered to be pain which exists past the normal time of healing” (Strong, 1996, s.14.). Denna definition har valts för att den är vedertagen och lätt att förstå. Långvarig smärta kan också sägas vara smärta som varat mer än sex månader eller längre än förväntat efter sjukdom eller skada (Strong, 1996). Socialstyrelsen (SOS rapport, 1994) anser att långvarig smärta bör användas som begrepp i stället för kronisk smärta. Detta för att undvika att smärta ses som obotlig och behandlingen som meningslös.

Smärtans fysiologi

Smärtan förmedlas via fria nervändslut. När smärtreceptorerna aktiverats sänds smärtpulser via ryggmärgens bakre del genom bakhornet, via omkopplingsstationer vidare genom ryggmärgen till thalamus. Där sker ytterligare en omkoppling och smärtan upplevs först när impulserna har nått medvetandet, dvs hjärnbarken. Kopplingen mellan upplevelsen av den fysiska smärtan och den känslomässiga psykiska obehaget, sker bland annat via hjärnans limbiska system (Andersson & Lundeberg, 2000). Smärtupplevelsen lagras i minnescentrum. Enligt Brattberg (1998) kan de lagrade smärtupplevelserna påverka hur smärtan upplevs senare i livet.

Smärtans olika former

Den vanligaste formen av smärta är nociceptiv smärta, dvs vävnads eller somatisk smärta och finns i ett intakt smärtsystem. Sinnescellerna, nociceptorerna har här skadats eller hotas att skadas. Smärtreceptorerna finns i huden, bindväven samt i nästan alla inre organ. Exempel på nociceptiv smärta är smärta efter trauma, sår, inflammation, muskelsmärta, ledsmärta, ischemi, degeneration eller visceral (Andersson & Lundeberg, 2000). Nervsystemet och speciellt smärtnerverna spelar en aktiv roll i förändringar som sker i de patologiska processerna. Dessa sker både i den perifera receptorn och i centrala nervsystemet (Haug, Sand & Sjaastad, 1993).

Den neurogena smärtan finns i ett skadat eller dysfunktionellt nervsystem. Man skiljer mellan central och perifer neurogen smärta. Vid central smärta finns orsaken i hjärna eller ryggmärg och exempel är vid ryggmärgsskador och neurologiska sjukdomar som slaganfall (stroke) eller multipel skleros (MS). Perifer neurogen smärta orsakas av störningar eller skador utanför ryggmärg och hjärna. Vid en del nervskador kan nerverna bli överkänsliga och personen upplever då smärtan som stickande eller brännande. Vid fantomsmärtor signalerar de avskurna nerverna fortfarande och sänder smärta från den amputerade kroppsdelens (Nystrand & Röhl, 1999). Vid neuropatisk smärta är det smärtkontrollerande systemet ineffektivt. Antalet opioida receptorer minskar och syntesen av kroppens egen opioidantagonist, cholecystokinin (CCK), ökar (Andersson & Lundeberg, 2000).

Idiopatisk, kroniskt värksyndrom, är smärta utan känd orsak. Personen beskriver att smärtan finns i samtliga kroppsdelar, att den är konstant det vill säga att personen aldrig är helt smärtfri. Smärtan förvärras oftast genom fysisk träning som resulterar i en känsla av trötthet. Hos vissa personer har man kunnat mäta höga halter av adrenocorticotrop hormon (ACTH) och kortisol i blodet. Troligtvis hänger detta samman med att personerna har en uttalad oförmåga att hantera stress. Man tror att psykologiska mekanismer och onda smärtcirklar kan underhålla denna typ av smärta (Andersson & Lundeberg, 2000).

Psykogen smärta kan hänföras till psykisk sjukdom. Omkring två tredjedelar av patienter med svåra depressioner lider också av kroppslig smärta. Smärtan antas ha samband med rubbningar av hjärnans signalsubstanser, framför allt serotonin som sätts i samband med det psykologiska stämningsläget och noradrenalin som har betydelse för aktiviteten i smärtbanorna. Smärtan kännetecknas av spridd sveda och värk samt brännande känsla. Smärtan kommer ofta som en form av lösning på en svår livssituation, vilken de inte klarar att lösa på annat sätt (Nystrand & Röhl, 1999; Andersson & Lundeberg, 2000).

Akupunktur är motiverad vid nociceptiv smärta i muskler och skelett. Smärtlindring har erhållits mellan 60-80 % enligt olika rapporter (Andersson & Lundeberg, 2000). Vid neurogen smärta har viss framgång rapporterats. Vid idiopatisk smärta med oklar härledning, har man spekulerat om det beror på en nedsatt aktivitet i de nedgående smärthämmande systemen. Är systemen relativt intakta kan smärtlindring erhållas. Men är systemen helt urslagna kan inte någon effekt förväntas, utan risken finns att behandlingen

förvärrar smärtan. Detta gäller också smärta där psykogena mekanismer är orsak till problemen.

Förutom den beskrivna indelningen av smärta relaterat till ursprung kan smärta också indelas i psykisk, fysisk, social, andlig och existentiell smärta.

Psykisk känslomässig smärta är ”det som gör ont i själen” och som omfattar allt det som skrämmer, oroar eller stör vår sinnesfrid. Hälsan går förlorad och ersätts av förluster. Det allra yttersta hotet är rädslan att förlora livet (Killander, Modig & Nilsson, 1999).

Social smärta uppstår när den sjuka människan lämnas utanför sin tidigare gemenskap med familj, vänner och arbetskamrater. Många börjar fjärma sig från henne. Vänner kommer inte, andra hör inte av sig längre eller vet inte vad de skall prata om. Praktiska bekymmer för ekonomi och egendom kan också orsaka social smärta (Killander, Modig & Nilsson, 1999).

I den andliga och existentiella smärtan finns rädslan för döden, brist på tro och framtidshopp. Den människa som inte finner mening och en tolkningsram för vad som händer henne och runt omkring henne, blir inte bara stressad utan hjälplös. När man finner ett mönster blir tillvaron mer hanterbar och man får lättare att bemästra situationen (Killander, Modig & Nilsson, 1999; Brattberg, 1997).

Patientens upplevelse av långvarig smärta

Brattberg, (1998) anser att akut smärta har en skyddande funktion när den signalerar sjukdom eller skada, men vid smärta som ses som långvarig fyller den oftast inte längre sitt syfte. Den långvariga smärtan inverkar i stället negativt på individen genom flera faktorer. En faktor är att patienten blir mindre aktiv vilket leder till en ond cirkel av ständigt minskad mobilitet. Inaktiviteten ger upphov till tilltagande stelhet i leder, muskelsvaghet och trötthet. Dessa faktorer leder i sin tur till ytterligare reduceras mobilitet och minskad motivation till aktivitet. Inaktivitet kan även leda till depressiva symtom och undandragande från socialt umgänge. Patienten kan få psykiska problem, tappa modet och fokusera sig på sina smärtor. Detta tar sig i uttryck i täta läkarbesök och hög läkemedelskonsumtion.

PROBLEMPRECISERING

Den patientansvariga sjuksköterskan ska ge patienten möjlighet att välja behandlingsalternativ. Att hjälpa patienten att bli smärtfri, ligger i sjuksköterskans yrkesansvar och då många patienter som lider av långvarig smärta har svårt att föra sin egen talan, måste sjuksköterskan göra det för patienten. Av denna anledning är det viktigt att skaffa kunskap om effekten av akupunktur vid långvarig smärta samt hur sjuksköterskan kan använda sig av akupunktur i sitt omvårdnadsarbete.

SYFTE

Syftet med föreliggande fördjupningsarbete är att belysa effekten av akupunktur vid långvarig smärta samt hur sjuksköterskan kan använda sig av akupunktur i sitt omvårdnadsarbete.

Syftet kan omformuleras i följande frågeställningar:

1. Vilken effekt har akupunktur vid långvarig smärta?
2. Vilka omvårdnadsaspekter kan finnas i mötet mellan patienten och sjuksköterskan vid akupunkturbehandling?
3. Vilken roll anser sjuksköterskan sig ha kring akupunktur som komplementär behandlingsmetod?

METOD

Litteratursökning

Metoden för datainsamling är litteraturstudier. Enligt Backman (1998) är syftet med litteraturstudier att sammanställa den vetenskapliga kunskap som finns inom ett givet område. Fokus ligger på att framställa en komprimerad sammanställning av exempelvis resultat eller använda metoder. Enligt Spri (1996) ska vetenskapliga artiklar bestå av inledning, bakgrund, syfte, metod, resultat, diskussion och referenser. Ett vetenskapligt arbete är en publicerad rapportering som för första gången redovisar resultatet från ett forskningsarbete, i en vetenskapligt granskad tidskrift.

Litteratur söktes på högskolebiblioteket HTU i Vänersborg och på Karolinska Institutets bibliotek i Solna. Artiklar och avhandlingar söktes via databaserna Cinahl, Pubmed och Science Direct med sökorden acupuncture, pain, chronic pain, effects, complementary

medicin, nursing. Sökorden användes var för sig samt i olika kombinationer med varandra. Sökningarna gav ett stort antal träffar och för att avgränsa till vad som eftersöktes lästes artiklarnas sammanfattning. Därefter valdes de artiklar ut som uppfattades mest relevanta för arbetets syfte.

Urval

Kriterierna för urvalet av studierna vid sökningen, var att studierna skulle innehålla akupunktur i relation till sjuksköterskan. Detta var inte något krav när det gällde effekten av akupunktur. Studierna skulle vara tillgängliga inom Norden och studiernas abstrakt skulle finnas tillgängliga i databaserna för att underlätta det första urvalet.

Då ämnet akupunktur som behandlingsmetod och omvårdnadsaspekter vid en akupunkturbehandling är smalt inom Sverige, har författaren ansett det relevantt att i resultatet ta med kurslitteratur (Andersson & Lundeberg, 2000; Carlsson, 2000) som ingår i kursen Akupunktur vid smärta 10 poäng vid Karolinska universitetet i Solna. Omvårdnadsaspekter som finns i mötet mellan patient och sjuksköterska vid en akupunkturbehandling har författaren tagit del av från relevant omvårdnadslitteratur.

Analys och bearbetning av litteraturen

Samtliga studier lästes noggrant igenom. Efter första genomläsningen (n=46) uppfyllde 15 kriterierna för att ingå i analysen. Litteraturen redovisas i en separat litteraturoversikt, Tabell 1, se Bilaga. Artiklarna valdes bort på grund av att de inte var vetenskapliga, inte relaterade till sjuksköterskan eller inte stämde överens med syftet. De resterande 16 artiklarna lästes igenom igen och sammanställdes utifrån de tre frågeställningarna. Variabler som belystes från studierna var, författare, syfte, metod och urval (Backman, 1998).

RESULTAT

Resultatet av databearbetningen kommer här att redovisas utifrån de tre frågeställningarna.

Effekten av akupunktur vid långvarig smärta

Över hälften av patienterna upplevde smärtlindring efter behandling med akupunktur (Abuaisha, Costanzi & Boulton, 1998; Carlsson & Sjölund, 1993; Carlsson & Sjölund, 1994; Gordon, Sobel & Tarazona, 1998; Lundeberg, Hurtig, Lundeberg & Thomas, 1988; Sandberg, Lundberg & Gerdle, 1999). Redan för 20 år sedan ansåg Kenyon, Knight och Wells (1983) det svårt att veta vad en sådan effekt beror på, men en hypotes har varit att akupunktur påverkar endorfinerna i kroppen och på så sätt ger smärtlindring. Denna hypotes undersöktes genom att blockera endorfinutsöndringen i kroppen under akupunkturbehandlingen genom att tillföra läkemedlet naloxon. Resultatet visade att majoriteten av alla patienterna upplevde en smärtlindring direkt efter utförd behandling, trots denna blockering.

Att effekten beror på en placeboeffekt är en annan hypotes. I en studie av Barlas, Lowe, Walsh, Baxter och Allen (2000) där kontrollgrupp använts kunde inte resultatet bevisa någon karakteristisk skillnad i smärtlindring mellan de som fått akupunktur och de som fått placebo akupunktur. Både undersökningsgrupp och kontrollgrupp i en annan studie uppvisade också god smärtlindring trots att den ena gruppen fått placebo akupunktur (Johnson, Kundu, Ashton, Marsh & Thompson, 1996).

I en annan studie utförd av Carlsson och Sjölund (1993) delades gruppen slumpmässigt upp i tre behandlingsgrupper. Den första gruppen erhöll manuell akupunktur, den andra erhöll elektrisk akupunktur, den tredje gruppen gavs verkningslös behandling som patienten var ovetande om, placebo. Studien visade ingen skillnad på att elakupunktur skulle vara effektivare än manuell akupunktur. Här visade däremot resultatet att akupunktur var statistiskt säkerställt bättre än placebo. Samma resultat bekräftades av Carlsson och Sjölund (1994) där analgetikakonsumtionen (NSAID:s, svagare opioider) sänktes från i snitt 31 tabletter per person och vecka till 21,4 tabletter per person och vecka. I placebogruppen märktes knappt någon skillnad (en och en halv tablett). Sex månader efter avslutad behandling, visades att endast två av de 16 (n=50) patienterna i placebogruppen var marginellt förbättrade. I akupunkturgruppen var 14 patienter av totalt 34

(n=50) klart förbättrade. Dessa 14 patienter var halvt eller helt sjukskrivna innan behandlingsperioden. Efter behandlingsperioden kunde sex av dessa öka sin arbetsförmåga till att arbeta halvtid eller heltid.

Carlsson och Sjölund (1993) upptäckte att det fanns en stor skillnad mellan kvinnor och män. Efter sex månader visade resultatet att endast kvinnorna var smärtlindrade men inte männen. Det har inte varit känt från tidigare studier att det skulle finnas så stor skillnad mellan könen. Upptäckten av östrogena receptorer på membranerna av nociceptiva celler i centrala nervsystemet kan vara av betydelse.

Trots att forskarna är oeniga om orsakerna bakom effekten har akupunktur en bevisad effekt enligt Abuaisha et al. (1998). Av patienterna fick 77 % (n=44) en betydande smärtlindring efter sex behandlingar med akupunktur. Av dessa patienter kunde hälften helt sluta med sina ordinarie smärtlindringsbehandlingar. För de flesta patienterna räckte det också med de sex behandlingarna för att få en långvarig smärtlindring. Bevisad effekt finns enligt Carlsson och Sjölund (1994). 202 kroniska smärtpatienter deltog i en studie. Deras genomsnittstid med smärta var 10,4 år. Behandlingarna gavs med en till två veckors mellanrum. Sju till åtta behandlingar genomfördes i genomsnitt.

Resultatet visade att 35 % (n=202) erhöll långtids lindring (sex månader) efter avslutad behandlingsperiod. Patienterna upplevde direkt smärtlindring efter inledd behandlingsperiod. Lundeberg et al. (1988) visade i en studie att akupunktur var mer effektiv vid muskelsmärta (nociceptiv) än vid neurogen och inflammatorisk smärta. Den ischemiska smärta kan enligt studien lindras både symtomatisk och med avseende av grundorsak. Akupunktur ger en hämning av sympaticus vilket kan leda till dilatation av prekapillära sfinktrar. Genom akupunktur stimuleras nerver till det ischemiska området.

För att smärtlindringen ska ha effekt över tid har antalet behandlingar en stor betydelse. Patienten som endast fått behandling en gång har betydligt sämre smärtlindring än de som mottagit flera behandlingar. I en studie av Johnson et al. (1996) där endast en behandling genomförts upplevde personerna i studien en smärtlindrande effekt för stunden, medan en smärttröskelhöjande effekt på längre sikt inte kunde uppnås. Nayak, Shiflett, Schoenberger, Agostinelli, Kirshblum, Averill & Cotter, (2001) visade resultatet att cirka 15 tillfällen av akupunktur är lagom för att uppnå den bästa smärtlindringen på sikt.

Djupet på instickningen av nålarna, durationen, dvs längden på behandlingen och lokaliseringen på nålarna är av betydelse för hur effektiv smärtlindringen kvarstår (Lundeberg et al. 1988). I en studie där patienterna har fått genomgå en behandlingsserie på två gånger i veckan under två veckors tid, fick patienterna en betydlig smärtlindring av den generella smärtan, vilken stannade kvar upp till åtta veckor efter behandlingen. Patienterna fick även en reduktion av den lokala smärtan och muskelspänningarna vilket stannade kvar upp till tjugofyra veckor efter behandlingen (Sandberg et al. 1999).

Akupunktur har inte bara en smärtlindrande effekt. Vid långvarig smärta är det många andra variabler som besvärar patienten. I en studie av Sandberg et al. (1999) undersöktes sex variabler vid behandling med akupunktur, vilka var påverkan på generell smärta, lokal smärta, psykologiska faktorer, muskelspänning, sömn och välmående. Under akupunkturperioden förbättrades alla variabler utom den psykologiska. Förutom den smärtlindrande effekten stannade känslan av välmående kvar upp till tolv veckor efter behandlingen. Dessutom ökade sömnkvaliteten upp till tolv veckor efter behandlingen samt intag av läkemedel minskade efter behandlingen upp till åtta veckor. Patienterna upplevde också att de bästa effekterna av akupunktur var ett ökat välmående och en ökad sömnkvalitet. Smärtlindringen var bara en liten del (Nayak et al. 2001).

Sammanfattningsvis kan konstateras att smärtlindringen vid akupunktur anses bero på en påverkan av endorfinerna eller som en placeboeffekt. Det finns skillnad i smärtlindring mellan könen och antal behandlingar har betydelse. Ett flertal studier påvisar effekter vid långvarig smärta som smärtlindring men också på sömn, välmående och ökad arbetsförmåga.

Omvårdnadsaspekter som finns i mötet mellan patient och sjuksköterska vid akupunkturbehandling

Enligt Lintula och Ljung (1998) har sjuksköterskan en nära kontakt med patienten och är van att möta människor med smärta och sjukdom. Sjuksköterskan har även kunskaper om sjukdomars uppkomst och behandling och hur de påverkar individens totala livssituation. Därigenom erhåller sjuksköterskan en helhetsbild av patienten som leder till ökad möjlighet att bedöma, planera, genomföra och utvärdera resultatet av akupunkturbehandling.

Bedömning

Med bedömning avses insamling av subjektiva och objektiva observationer och ska ske kontinuerligt under behandlingen (SOSFS 1993:17). Andersson och Lundeberg (2000) betonar vikten av att utröna orsaken till det tillstånd som patienten söker för innan akupunkturbehandling påbörjas. Fröberg (1993) menar att sjuksköterskan i allmänhet oftast inte har till uppgift att undersöka patienten, i den mening som ses med en läkarundersökning. Däremot tar sjuksköterskan ofta under det löpande vårdarbetet med patienten emot uppgifter om symtom, som patienten lämnar och gör egna iakttagelser rörande förändringar och tecken på förändringar i patientens tillstånd. Sjuksköterskan bör göra en omvårdnadsstatus vilket innebär en beskrivning av patientens omvårdnadsproblem. Detta görs med hjälp av ett ankomstsamtal, observation och olika slags hjälpmedel som sker fortlöpande under behandlingsperioden (Björvell, 2001; Ehnfors et al. 2000).

Eriksson (1995) menar att dela är att vårda. För att få den relationen att patienten kommer och berättar och delar med sig av sin smärta, krävs att samförstånd skapas. Eriksson beskriver vårdandet som det sant mänskliga, och att kärlek och omtanke är ett uttryck för det sant mänskliga. Den vårdande kärleken utgörs av närhet och ömhet. Enligt Eriksson kan sjuksköterskan endast ge vård till patienten om hon finner en relation till henne/honom.

Vid smärtproblematik är en noggrann utredning av patienten viktig och behandlingen måste föregås av en ordentlig smärtanalys. I motsats till läkaren har sjuksköterskan nära kontakt med patienten större delen av dygnet och har därför god möjlighet att skapa sig en bild av patientens smärta och syn på situationen (Andersson & Lundeberg, 2000; Eckerdal, 1996). Sjuksköterskan genomför ett smärtsamtal då smärtan skattas dels genom patientens beskrivning, antingen verbalt eller med hjälp av en VAS-sticka (Visuell Analog Skala) (Andersson & Lundeberg, 2000), dels genom observation av patientens beteende samt genom mätning av autonoma tecken på smärta (Ehnfors et al. 2000). Det bör även undersökas om det finns faktorer som kan vara underhållande för patientens smärta, till exempel arbetsförhållanden, hemsituation eller andra sociala förhållanden (Andersson & Lundeberg, 2000).

Vid första behandlingstillfället har sjuksköterskan ett längre samtal med patienten då information sker om hur en akupunkturbehandling går till samt frågor och funderingar

patienten har kring metoden och sitt tillstånd (Anckers, 1996). Viktiga uppgifter och iakttagelser rapporteras sedan till ansvarig läkare (Fröberg, 1989). Dulong et al. (2000) menar att det i sjuksköterskans uppgifter ingår att i samverkan med patienten identifiera och tydliggöra hennes resurser och få fram patientens förmågor, behov och önskningar samt röna ut vad hon/han kan behöva ha hjälp med. Utifrån sitt yrkeskunnande ansvarar sjuksköterskan för att patienten får adekvat omvårdnad, får förståelse för och insikt i sin situation, samt bereds möjlighet att utveckla de färdigheter som krävs för att kunna ta ansvar för sin hälsa och sitt välbefinnande (Dulong et al. 2000).

Eriksson (1995) menar att människan genom lärandet kan uppleva förståelse, problemlösning och nya möjligheter. Det är detta som sjuksköterskan måste anbefalla, genom att ta sig tid för patienten, och ge en bit av sig själv och av sina kunskaper. Eriksson säger att "en hel människa är hälsa" (1995 s. 60). Människan är en unik helhet bestående av flera delar och det är viktigt att vårda utifrån en helhetssyn på människan. Det är viktigt att se henne/honom i sitt sammanhang. Människan består av flera delar, såsom kropp, själ och ande som överlappar varandra, och det är viktigt att vårda utifrån alla dimensionerna. Sjuksköterskan ser ofta de fysiska hälsohindren, men det är viktigt att även vara lyhörd för de psykiska och andliga problemen. Patienten kan ha svårt att göra dessa synliga och därför är det viktigt att sjuksköterskan är lyhörd. Ser sjuksköterskan människan utifrån alla hennes dimensioner, inser hon att den lidande människan framför henne just nu, bara är en spillra av sitt forna jag.

Diagnos

För att kunna utföra vissa uppgifter krävs även att sjuksköterskan har ett visst diagnostiskt kunnande, bland annat för att känna igen de symtom som ordinerad behandling avser (Fröberg, 1993). Ehnfors et al. (2000) beskriver omvårdnadsdiagnosen som den fas där sjuksköterskan preciserar vad omvårdnaden ska fokusera på och innebär en analys och prioritering av de data som samlats in vid bedömningen av patienten. Här gäller det att identifiera patientens bristande egenvårdsförmåga och sådana symtom där omvårdnad kan utgöra hjälp och ge lindring.

Planering

Sjuksköterskan upprättar en omvårdnadsplan som innehåller omvårdnadstillstånd, omvårdnadsbehov, målsättningar, interventioner och utvärdering. Sjuksköterskan och patienten planerar behandlingen och sätter upp omvårdnadsmålen tillsammans (Björvell, 2001). Enligt Eckerdal (1996) kan målen vara såväl symtomfrihet som insikt och acceptering av sin sjukdom. Olika vägar att nå målet kan vara minskad medicinkonsumtion, ökad fysisk aktivitet, viktninskning eller avspänningsträning. Allvarliga komplikationer kan undvikas genom att patienten besöker medicinskt utbildad personal. Den kanske största risken med akupunktur, ligger i att allvarliga sjukdomstillstånd kan bli maskerade. Det är viktigt att patienten får rätt vård vid rätt tillfälle (Carlsson, 2000). Den legitimerade sjuksköterskan antas ha en god anatomisk kunskap, vilket utgör en trygghet och säkerhet för patienten. Genom sjuksköterskans medicinska kunskap och kliniska blick kan hon snabbt se förändringar hos patienten och därmed samråda med patientansvarig läkare.

Genomförande

Anckers (1997) beskriver att akupunkturbehandlingen ofta går till så att patienten kommer till sjuksköterskan med en akupunkturordination från läkare genom vilken sjuksköterskan får uppgifter om patientens tillstånd. Fröberg (1993) poängterar att under och efter behandlingen har sjuksköterskan fortlöpande kontakt med remitterande läkare angående patientens tillstånd och resultat av akupunkturbehandlingen. Själva akupunkturbehandlingen är att betrakta som speciell omvårdnad.

Vid en akupunkturbehandling finns beröringen med som ett naturligt inslag i behandlingen. Vetskapen om beröringens betydelse är fundamental i sjuksköterskans omvårdnadsarbete. Beröring kan enligt Eriksson (1995) ske indirekt eller direkt. Den indirekta beröringen exemplifierar Eriksson med ögonkontakt eller att man står nära en människa. Direkt beröring innebär att man vidrör en annan människa. Den mest grundläggande formen av vårdandet är ansningen. Ansningen kännetecknas av värme, näring och beröring. Denna medvetna beröring kan enligt Eliasson (1998) verka stärkande för patientens jagbild. Fysisk beröring i sig är en symbol för omsorg och ger bekräftelse av patientens existens. Enligt Björvell, Forsberg & Krusebrant (1997) bör beröring integreras i omvårdnadsarbetet som en fundamental del, för att uppmuntra förbättrad kommunikation.

Akupunkturbehandlingen föregås enligt Andersson och Lundeberg (2000) av noggrann spritavtvättning före all nålsättning för att minimera risken för infektion. Även spritavtvättning av patientens hud vid insticksområdet är att föredra. Akupunktur nålarna sätts dels lokalt i det smärtande segmentet, dels distalt. Antalet nålar i smärtområdet kan variera. Mellan två till sex nålar är vanligt. I de distala punkterna som önskas ge en ökad endorfinproduktion, är en till fyra nålar vanligt. Det är viktigt att framkalla ”De Qi” (ankomst av Qi). Förmågan att locka fram De Qi har sagts likna konsten att ta emot en högt värderad gäst, inte att fånga en tiger med en hand. Orsaken till att De Qi kan framkallas, antas vara att vävnaden i området är rikt innerverad. De Qi känslan kan upplevas som stickande, brännande, en lätt spänning, svullnad eller ömhet. De Qi känslan kan växla i de olika akupunkturpunkterna och kan upplevas mycket individuellt. Styrkan och snabbheten i De Qi känslan anses traditionellt stå i stark relation med behandlingsresultatet. Patienten bör ligga avslappnat under behandlingen eftersom nålarna går djupt in i muskulaturen och kan vid rörelse orsaka smärta samt blödningar.

Grundprincipen vid en akupunkturbehandling är att man skiljer mellan manuell (terapeutisk akupunktur) och elektroakupunktur. Akupunktur nålarna är sterila och rostfria. Nålarna innehåller nickel och krom och de har en diameter av 0.2 - 0.4 mm och en längd som varierar mellan en till tio cm. Noggrann aseptik för att undvika infektionsproblem. Stickdjupet är oftast några millimeter under huden (Andersson & Lundeberg, 2000).

Vid manuell akupunktur (MA) stimuleras nålarna för hand. Frekvensen ligger på mellan 1-5 Hz. Skickliga akupunktörer kan ibland använda en betydligt högre frekvens. En del terapeuter stimulerar nålarna ytterligare för hand med intervall. Andra terapeuter framkallar De Qi och låter nålarna verka. Nålen kan också avlägsnas så fort De Qi har uppkommit. Behandlingstiden varierar mellan 15-30 minuter (Andersson & Lundeberg, 2000; Carlsson, 2000). Långtidshämning av A-delta fibrer i dorsalthornet har uppmätts vid en experimentell studie. Akupunkturen utfördes lågfrekvent. Hämningen av smärtsignalerna varade mellan flera dagar till veckor (Sandkuhler, Chen, Cheng & Randic, 1997). Genom manuell akupunktur förmedlas troligen hämningen också via nervcellerna med signalsubstansen enkefalin. Andra ämnen som också skulle kunna frisättas vid manuell akupunktur är glycin och oxytocin. Vid högfrekvent akupunktur antas att glycin, dynorfin och gamma-aminosmörtsyra (GABA) spela en större roll (Andersson & Lundeberg, 2000). Vid både manuell akupunktur och elektroakupunktur avgör patientens

reaktion hur intensivt och hur ofta stimuleringen bör ske. Uppstår stark smärta eller om patienten visar tecken på autonoma reaktioner eller annan allmän påverkan, avbryts stimuleringen direkt och nålen dras ut (Andersson & Lundeberg, 2000).

Patienten kan känna sig trött och avslappnad i kroppen efter en akupunkturbehandling. Ibland så extremt att patienten somnar. Detta är viktigt att informera till de patienter som kör bil (Andersson & Lundeberg, 2000). De flesta patienterna känner sig lugna, avslappnade, varma, trötta och tunga i armar och ben en del blir även euforiska både under och efter behandlingen. Patienter som får en stark efterreaktion med ökad smärta under några dagar, även om behandlingen varit försiktig, kan vara patienter med neurogen eller psykogen smärta. För dessa patienter är troligtvis inte akupunktur den lämpligaste metoden. Blodtrycksfall, yrsel, svimning och illamående förekommer hos vissa patienter och orsakas av autonoma reaktioner. Detta är ingen kontraindikation men varsamhet rekommenderas.

Sjuksköterskans förhållningssätt till patienten bidrar också till den placeboeffekt som akupunkturbehandlingen innebär. Den är beroende på en rad faktorer såsom placeboens utformning samt åkomman som behandlas. Placeboeffekten kan vara naloxonkänslig vilken tyder på att kroppsegna opioider aktiveras (Andersson & Lundeberg, 2000). Upplevelsen av smärtans intensitet varierar starkt mellan olika situationer. Varje åtgärd som patienten uppfattar som positiv lindrar smärtan. Sjuksköterskans undervisande och stödjande funktion kan inge hopp och möjlighet till utveckling hos patienten (Ehnfors et al. 2000).

Enligt Eriksson (1995) är relationen mellan sjuksköterskan och patienten den mest betydelsefulla dimensionen i omvårdnaden. Det är kvaliteten i denna relation som avgör hur patienten kommer att tillgodogöra sig omvårdnaden. Eriksson menar att hopp som tro, förtröstan ger människan styrka i livet. Hoppet har en framtidsaspekt, samtidigt som det är förankrat i nuet. Eriksson kopplar begreppet hopp till vän, och menar att den som har en bra vän har någon att lita på. I varje hopplöshet finns ett hopp och att hoppas, innebär att inte ha gett upp, utan ha en framtidstro. Hoppet är förknippat med framtiden och mot ett mål. Det är viktigt att sjuksköterskan hjälper patienterna att hitta en väg ut ur hopplösheten, inget hopp och hjälper till att gemensamt blicka in i en bättre framtid. Leken menar Eriksson kan vara ett sätt att stärka patientens identitet. Genom leken

samlar människan på olika möjligheter. Leken kan hjälpa människan att anpassa utifrån kommande information till krav som passar henne/honom själv, därför är det viktigt att leken utgår ifrån patientens egna resurser. Genom leken ges patienten både tid och utrymme för att utvecklas och växa. För att undvika lidande är bekräftelsen av människans värdighet viktig. Det innebär att inte kränka patienten, att inte fördöma eller utöva makt, att visa respekt, att säga ett vänligt ord eller en blick, att stödja och uppmuntra. Det viktigaste med lidandet i vården är att våga möta det. En god vård, som är etisk och som strävar mot att minska lidande, har sin grund i kärlek till och ansvar för den andre.

Utvärdering

Vid utvärderingen bedömer sjuksköterskan omvårdnadsinsatsernas effekter och klargör vilka effekter som kan bero på omvårdnaden och sådana som kan härledas till andra faktorer. De resultat som noteras är omvårdnadens effekter på patientens hälsotillstånd, hantering av sin sjukdom samt hennes/hans välbefinnande och tillfredsställelse (Ehnfors et al. 2000). Sjuksköterskan följer kontinuerligt upp vad som planerats med hjälp av den dokumentation som tidigare gjorts i omvårdningsplanen. Vid utvärdering är det angeläget för sjuksköterskan att ta reda på om akupunktur har gett patienten en tillfredsställande lindring på smärtproblemen (Björvell, 2001).

Efter den första akupunkturbehandlingen kan patienten känna smärtlindring under några timmar direkt efter behandlingen. För en annan patient kan effekten utebli. Oftast startar smärtlindringen en till två dagar efter behandlingen. Patienten kan också bli sämre. Smärtan kan förstärkas under några dagar upp till en vecka. Detta kan vara ett tecken på att stimuleringen varit för intensiv, vilket påverkas av hur många nålar som använts, hur djupt, hur lång tid samt hur nålarna har stimulerats (Carlsson, 2000).

Uteblir effekten under fyra till sex behandlingar är i regel inte akupunktur den rätta behandlingsformen för just denna patient. Patienten återremitteras då till läkaren. Mellan 20-30% av patienterna antas inte få någon effekt alls av akupunktur. Denna siffra har också bekräftats från djurstudier (Carlsson, 2000).

Patienter som reagerar positivt på behandlingen och upplever smärtlindring kan oftast räkna med att smärtlindringstiden ökar i takt med antalet behandlingar. Vid kroniska tillstånd ges 10-20 behandlingar cirka en till två gånger per vecka (Andersson & Lunde-

berg, 2000). Sista behandlingen ges ofta med tre till fyra veckors mellanrum. Efter en tid vanligen sex månader efter avslutad behandling söker sjuksköterskan upp patienten för utvärdering av långtidseffekten och vid behov ge patienten en ny akupunkturbehandling (Carlsson, 2000).

Dokumentation och kvalitetssäkring

Akupunktur är en behandlingsmetod som ska dokumenteras lika noggrant som andra vårdmetoder. Med hänsyn till att akupunktur är en för svensk hälso- och sjukvård ny behandlingsform vars effekter endast delvis är kända, bör diagnostiska överväganden samt använd metodik noggrant redovisas i journaler över behandlingar vad avser antalet använda nålar, platsen för stimulering, retningens intensitet, frekvens samt hur lång tid akupunktur nålarna sitter. Även patientens subjektiva upplevelser bör dokumenteras (Andersson & Lundeberg, 2000). Enligt SOSFS 1993:9 har all legitimerad personal inom hälso- och sjukvård skyldighet att delta i arbetet med kvalitetssäkring. Sjuksköterskan ska bedriva ett fortlöpande, systematiskt och dokumenterat kvalitetssäkringsarbete i sin yrkesmässiga verksamhet omfattande förebyggande insatser, diagnostik, vård och behandling av patienter. Omvårdnadsåtgärder utgör sådana uppgifter som behöver dokumenteras för att uppnå en god och säker vård. Denna dokumentation ligger enligt patientjournalagen (SFS 1985:562) på sjuksköterskans ansvar.

Sammanfattningsvis är sjuksköterskan väl lämpad att ge akupunktur som ett komplement till övrig smärtlindring, då både allmän omvårdnad, att se och möta människan i ett helhetsperspektiv och specifik omvårdnad, det kliniska utförandet av akupunktur, ingår i själva utövandet av behandlingsmetoden.

Sjuksköterskans roll kring akupunktur

Sjuksköterskor anser att de måste vara öppna för en dialog om akupunktur. Patienten samtalar oftare med sin sjuksköterska än med läkaren om olika behandlingsformer. Vid akupunktur är det sjuksköterskans roll att vara länken mellan patienten och läkaren. Sjuksköterskan ska även utbilda patienten, uppmuntra till dialog samt hjälpa till att lösa problem angående akupunktur som smärtlindringsmetod. Sjuksköterskan har en viktig roll i att ge patienten information så att patienten själv kan göra informationsgrundande val (Fitch, Gray, Greenberg, Labrecque & Douglas, 1998; Salmenperä, Suominen &

Lauri, 1998). Sjuksköterskan ska även kunna ge råd om akupunktur. Många sjuksköterskor gör inte detta vilket beror på att de tycker att ämnet är svårt och att de inte vill tvinga sin åsikt på patienten (Damkier, Elverdam, Glasdam, Bonde-Jensen & Rose, 1998). Sjuksköterskor anser sig också ha dålig eller mycket dålig kunskap om akupunktur som metod (Crocetti, Crotti, Montella & Musso, 1996).

Enligt Fitch et al. (1998) måste kommunikationen mellan sjuksköterskan och patienten bli bättre gällande akupunktur. I denna studie sa sig sjuksköterskorna tro att patienterna inte alltid talade om för sin läkare eller sjuksköterska att de använde sig av akupunktur som komplementär smärtlindringsmetod för att de skämdes eller var rädda att inte bli tagna på allvar. Patienterna är också rädda för att sjuksköterskan ska tro att patienten misstror den vård som de får på sjukhuset. Sjuksköterskan måste ha tid för patienten att prata om akupunktur, uppmuntra till frågor och dialog (Salmenperä et al. 1998). I en studie av Montbriand (2000) svarade över hälften (n=52) av alla sjuksköterskor att de väntade att patienten ska ta initiativet till en sådan diskussion.

Sammanfattningsvis anser sjuksköterskor att det ingår i deras yrkesroll att ha kunskap om akupunktur för att kunna utbilda patienten, uppmuntra till dialog samt hjälpa till att lösa problem angående akupunktur som smärtlindringsmetod.

DISKUSSION

Metoddiskussion

För att belysa frågeställningarna valdes litteraturstudie. Sökordet på svenska, långvarig smärta fick översättas med chronic pain då det främst är Sverige som använder sig av begreppet långvarig smärta. Enbart pain valde också författaren att få ett större urval av studier. Detta tros inte påverka resultatet på grund av att de studier som behandlade den akuta smärtan valdes bort. Sökningarna har också i möjligaste mån innehållit nursing som sökord för att få ett sjuksköterskeperspektiv.

Många studier inom området akupunktur har hittats med bristfällig beskriven metoddel, därav det stora bortfallet av studier vid analysen. Detta kan bero på att ämnet är relativt nytt för den västerländska forskningen så att inte många grundliga studier gjorts.

Inom ämnet sjuksköterskans funktion vid akupunkturbehandling och akupunktur ur ett omvårdnadsperspektiv saknades helt vetenskapliga studier. Inte heller Lintula och Ljung (1998) lyckades hitta något svar i litteraturen på sin frågeställning om det hade betydelse att akupunkturbehandlingen utfördes av legitimerad sjuksköterska. Detta har framtvingat att ganska mycket material från böcker och tidskrifter införlivades i studien inom omvårdnadsperspektivet. Detta är en brist i studien men säger något om svensk sjukvårds attityd till akupunktur. Att det inte finns några studier från Sverige kan bero att här finns ett svalt intresse för komplementära behandlingsmetoder och att det inte var så många år sedan akupunktur inte användes inom svensk sjukvård (Andersson & Lundeberg, 2000).

Tidsbegränsningen vid sökningen har inte använts beroende på att studierna om sjuksköterskans roll skulle vara så aktuella som möjligt. Studierna om effekten var inte lika viktiga att hålla aktuella, då författaren anser att effekten inte förändras över tid vid samma behandling.

Att litteraturstudie valdes beror på att det finns möjlighet att ta del av flera forskningsresultat från olika studier och jämföra dem med varandra, vilket författaren tycker att sjuksköterskan i det kliniska omvårdnadsarbetet med patienter med långvarig smärta kan ha användning för.

Resultatdiskussion

Akupunktur vid långvarig smärta

Många studier visar att akupunktur har en smärtlindrande effekt (Abuaisha et al. 1998; Carlsson, 2000; Sandberg et al. 1999; Lundeberg et al. 1988; Gordon et al. 1998). Vad sedan effekten beror på är omtvistat. Tidigare studier visar att akupunktorens effekt beror på en smärtröskelhöjning (Andersson et al. 1987). Andra studier fann att effekten beror på att det sker en endorfinutsöndring i kroppen (Ottoson, 1997). Detta motbevisades av Kenyon et al. (1983) i sin studie. I studien blockerades patienternas endorfinutsöndring under akupunkturen och ändå fick majoriteten en smärtlindrande effekt.

Sjuksköterskan har en central roll i all smärtbehandling (Killander et al. 1999). På grund av att smärtan är sammansatt av så många komponenter är det inte troligt att farmakologiska metoder kan hjälpa mot allt. Vissa komplementärmedicinska metoder bör därför

användas som komplement till sedvanlig behandling. Då en av akupunktorens effekter är att aktivera kroppens opioider, endorfinerna, vore det intressant med akupunktur ensamt eller i kombination med perifer analgetika vid smärtbehandling. Kroppens endorfin binder sig starkare till receptorerna på nervcellerna än vad morfinet gör (Andersson & Lundeberg, 2000). Morfin kan ge biverkningar som obstipation, illamående, yrsel, huvudvärk, muntorrhet och en sederande effekt (FASS, 2002). Akupunktur på det sätt som beskrivs i resultatet kan enligt Andersson och Lundeberg (2000) ge en smärtlindring upp till 80 % vid nociceptiv smärta, med få eller inga negativa biverkningar, men desto fler positiva biverkningar. Effekten av exempelvis endorfinerna ger både smärtlindring och välbefinnande hos patienten.

En annan hypotes är att effekten beror på placebo. Två av studierna som ingick i resultatet kunde inte finna någon skillnad i effekten av akupunktur hos den grupp som mottagit akupunktur och hos den grupp som mottagit placebo-akupunktur (Johnson et al. 1996; Barlas et al. 2000). En annan studie visade att effekten ökade om patienten hade en tilltro till behandlingen (Kalauokalani et al. 2001). Carlsson och Sjölund (1993, 1994) visade däremot i sina studier att det var en klar skillnad. Akupunktur var statistiskt säkerställt bättre än placebo. Vid studien 1993 upptäcktes dessutom skillnaden att endast kvinnorna var smärtlindrade, inga män. De östrogena receptorerna kan vara av betydelse. Man kan se att akupunktur har effekt vid långvarig smärta, men det är svårare att fastställa vad effekten beror på. Även om akupunktorens effekt delvis beror på en placeboeffekt, får många patienter smärtlindring av metoden och det är ju det som är syftet. Akupunktur är i dag en behandlingsform som har effekt och ska erbjudas som smärtlindringsmetod mer som rutin än undantag inom vården.

Vid långvarig smärta påverkas också individen på fler sätt än enbart fysiskt. Psykiska och sociala komponenter är här viktiga att ta hänsyn till (Hawthorn & Redmond, 1999). Akupunktur som smärtlindringsmetod har därför en fördel vid långvarig smärta då akupunktur inte endast har fysiska effekter. Efter en behandling med akupunktur känner patienten i regel en allmän relaxation som kan övergå i dåsighet (Ottosson, 1997; Andersson & Lundeberg, 2000). Detta upplevs troligen som ett stort välmående, för en långvarig smärtpatient att kunna slappna av för en stund. De första positiva effekterna infinner sig ögonblickligen och det kan räcka med ett fåtal behandlingar för att patienten ska erhålla en långvarig smärtlindrande effekt.

Studier utförda av Sandberg et al. (1999) och Carlsson och Sjögren (1993, 1994) visar att de bästa effekterna av akupunktur som patienterna upplevde, var ett ökat välmående och en ökad sömnkvalitet. Dessa effekter kan antas bero på effektiv smärtlindring. Carlsson och Sjögren (1994) visade dessutom att flertalet patienter i studien ökade sin arbetsförmåga. I de tidigare tre studierna (Sandberg et al. (1999) och Carlsson och Sjögren (1993, 1994) visades att läkemedelskonsumtionen drastiskt minskade hos de patienter som genomgick akupunktur som komplementär smärtlindringsmetod. Detta kan vara en av orsakerna till varför patienter väljer akupunktur som smärtlindringsmetod. Patienterna är rädda för ett eventuellt läkemedelsberoende och letar efter en behandlingsform utan bieffekt eller beroende.

Mötet mellan patienten och sjuksköterskan vid akupunkturbehandling

Akupunktur är en metod som sjuksköterskan med fördel kan använda sig av i sitt omvårdnadsarbete just för att den är så enkel att utföra och att det är en potentiell behandlingsform vid smärta. Akupunktur ger dessutom positiva bieffekter som till exempel avslappning, välbefinnande, god sömn (Carlsson, 2000), ökad cirkulation i allmänhet och dessutom ökad cirkulation till ischemiska områden (Lundeberg, 1993), mindre oro och stress (Hui, Liu & Markis, 2000). Dessa komponenter är alla livskvalitetshöjande vilket gynnar patientens fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov. Akupunktur som metod kan hjälpa sjuksköterskan i hennes/hans hälsofrämjande omvårdnadsarbete i enlighet med SOSFS 1993:17.

Enligt Socialstyrelsen (SOSFS 1993:17) är det viktigt ur omvårdnadssynpunkt att sjuksköterskan ser patienten i ett helhetsperspektiv och inte enbart inriktar sina insatser på sjukdomstillståndet. Detta innebär att akupunktur inte uteslutande kan ses som en medicinsk åtgärd utan att vikt även måste läggas vid omvårdnadsaspekter. Det praktiska momentet utgör ingen omvårdnadshandling i sig utan det är vad som sker i behandlingssituationen som avgör om den är att betrakta som omvårdnad. De insatser som görs för patientens hälsa är att betrakta som vårdhandlingar då de ordinerats av läkare, men det sätt de utförs på avgör om de kan betraktas som omvårdnadshandlingar eller inte. Det är alltså inte handlingens innehåll som avgör om det är en omvårdnadshandling utan hur den utförs.

Akupunktur är att betrakta som en omvårdnadsåtgärd, vilken är specifik, självständig och personinriktad och kan ta sig expressiva och instrumentella uttryck. Johansson och Reinhold (1997) skriver om hur just sjuksköterskans omvårdnadsprofession kommer till uttryck vid akupunkturbehandling och att själva behandlingen bygger på ett samspel mellan sjuksköterskan och patienten.

Det är framför allt vid smärtbehandling som sjuksköterskans omvårdnadsfunktion synliggörs då dess problematik är mångfacetterad och av en mycket subjektiv art. Smärtproblematik anses av Rooke (1997) som ett av sjuksköterskans centrala funktionsområde. Därvid blir sjuksköterskans terapeutiska förhållningssätt, medmänsklighet och empatiförmåga tydlig. Även den undervisande funktionen kommer till uttryck i uppgiften att hjälpa patienten till en attitydförändring gentemot smärtan. Den avslappnande atmosfär som behandlingen ger verkar också positivt på patientens smärtupplevelse, då sjuksköterskans uppgift är att skapa en trygg och terapeutisk miljö kring patienten.

Att möta patienten just där hon/han är med en åtgärd som är lämplig vid just den tidpunkten, kallas enligt Brattberg (1998), timing. Att veta om hur och när man bör handla är troligen det som kallas läkekonst. Där ingår också att veta hur man inte bör handla. Denna kunskap kan man endast få genom erfarenhet. Då en akupunkturbehandling bygger på medverkan av två personer, är grunden för metoden att sjuksköterskan har kunskap om akupunktur, att hon/han vet vad hon/han gör samt att hon/han tycker om behandlingsformen. Lika viktigt är det enligt Brattberg (1998) att patienten vill ta del av behandlingsmetoden, compliance, att patienten är öppen för de förändringar som det innebär att bli behandlad.

Hälsofrämjande arbete som utförs av sjuksköterskan innebär att bygga upp och stödja det friska hos patienten. Sjuksköterskan har i sin yrkesutövning att tillämpa en holistisk människosyn. Detta innebär att se och förstå patienten utifrån flera dimensioner, fysiskt, psykiskt, socialt och andligt. Enligt Brattberg (1998) är helheten viktig, men som sjuksköterska bör man vara medveten om att det är endast små fragment av patientens helhet som vi ser och förstår. Det är därför av största vikt att sjuksköterskan försöker att förstå varför patienten upplever de symtom exempelvis smärta, som hon/han beskriver.

Att reflektera över sitt handlande är enligt Bergstrand (1997) en central process för sjuksköterskans möjlighet att utveckla sin självkänedom och yrkeskunnande. Genom reflexion tränger man in mot kärnan och enligt Eriksson (1986) är tron hälsans grundsubstans. Att vara en reflekterande yrkesutövare innebär enligt Bergstrand (1997) att man måste utsätta sig för verksamhetens inneboende osäkerhet, bli sårbar och kanske tappa kontrollen över situationen. Alternativet kan vara en negativ distansering där man förlorar möjligheten att utveckla både sin yrkesskicklighet och profession.

Sjuksköterskans roll vid akupunktur som komplementär behandlingsmetod vid långvarig smärta

Sjuksköterskan kan enligt författaren av detta fördjupningsarbete, vara den person som utför akupunktur på patienten, men behöver inte vara det. Inom hälso- och sjukvården ska akupunktur utföras av läkare eller specialutbildad personal (DeKeyser et al. 2001). Sjuksköterskan bör vara öppen för en dialog om akupunktur med patienten. Sjuksköterskan är omvårdnadsnära den som är närmast patienten och blir då ofta tillfrågad om akupunktur som smärtlindringsmetod. Patienten pratar också oftare med sin sjuksköterska än med läkaren om olika smärtlindringsmetoder (Fitch et al. 1998; Salmenperä et al. 1998). Sjuksköterskan ska därför ha kunskap att informera och råda patienten om olika smärtlindringsmetoder och då inte enbart de traditionella.

I en studie av Montbriand (2000) framkom att majoriteten av sjuksköterskorna väntade på att patienten skulle ta initiativet till en diskussion om andra smärtlindringsmetoder. Att sjuksköterskor handlar så beror på att de tycker ämnet är svårt (Damkier et al. 1998) eller inte tror att akupunktur har effekt (Risberg et al. 1999). Akupunktur har använts inom svensk sjukvård sedan 1984 i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet (Andersson & Lundeberg, 2000). Författaren av detta arbete anser att det är mycket märkligt att sjuksköterskor fortfarande inte tror på den bevisade effekten eller inte har någon kunskap om akupunktur.

Studier visar också att patienter inte vågar tala om för sjukvårdspersonalen att de använder akupunktur (Fitch et al. 1998; Salmenperä et al. 1998), ofta för att de tror att sjuksköterskan ska tro att den traditionella vården inte duger (Salmenperä et al. 1998). Patienten ser ofta sjuksköterskan som symbol för den traditionella sjukvården och pratar

kanske därför inte med henne om andra smärtlindringsmetoder. Sjuksköterskan måste vara den som bjuder in till dialog så att hon kan stötta patienten och svara på eventuella frågor. Även om sjuksköterskan har en negativ attityd till akupunktur så får hon inte undanhålla denna behandlingsform för patienten. Sjuksköterskan måste objektivt kunna informera en patient om akupunktur även om hon inte vill rekommendera en sådan behandlingsform. Sjuksköterskan ska alltid ge patienten ett val, men när det gäller smärtlindring får patienten oftast bara läkemedel att tillgå.

KONKLUSION

Resultatet visar att akupunktur har en smärtlindrande effekt, även långtids effekt, trots att smärtan i vissa fall, hade haft en duration på tio år hos patienten. Dessutom dämpas stress, oro och ångest, cirkulationen ökar, sömnen förbättras samt en känsla av välbefinnande. Effekten kan delvis förklaras av grindteorin, frisättning av kroppsegna opioider, serotonin och oxytocin samt psykologiska mekanismer. De viktigaste argumenten för akupunktur är att den är billig, enkel att utföra och framförallt i det närmaste fri från negativa biverkningar. Akupunktur bygger på att utnyttja patientens egna läkande krafter och därigenom främja hälsa. Sjuksköterskan har en viktig roll att ge patienten information om komplement till sedvanlig smärtlindring. För att kunna ge detta måste sjuksköterskan ha kunskap om, i detta fall, akupunktur. Akupunktur är en metod som sjuksköterskan med fördel kan använda sig av i sitt omvårdnadsarbete.

Mycket forskning pågår i världen beträffande akupunkturers effekter. Inom sjuksköterskans omvårdnadsarbete är akupunkturers smärtlindrande effekt särskilt intressant. Det finns idag få eller inga studier, som fokuserar på akupunkturers möjligheter inom sjuksköterskans omvårdnadsarbete. Detta kan vara en av anledningarna varför inte akupunktur används mer inom vården idag. En annan anledning kan vara att inte läkarna har tillräcklig kunskap om akupunkturers effekter vid olika smärttillstånd. Förslag till vidare forskning kan därför vara att genom kvalitativa studier undersöka akupunkturers effekt av patientens livskvalité vid långvarig smärta. Detta som ett komplement till sedvanliga smärtlindrande behandlingsmetoder.

REFERENSER

Abuaisha, B., Costanzi, J. & Boulton, A.J.M. (1998). Acupuncture for the treatment of chronic painful peripheral diabetic neuropathy: a long-term study. *Diabetes Research and Clinical Practice* 39, 115-121.

Anckers, L. (1996). Akupunktur som omvårdnadsinstrument. *Svensk tidskrift för medicinsk akupunktur* 3, 3-4.

Andersson, S., Carlsson, C-A. & Eriksson, M. (1987). *Akupunktur – från tro till vetenskap*. Kristianstad: Liber AB

Andersson, S. & Lundeberg, T. (2000). *Akupunktur och smärta*. Kungälv: AKAB Utbildning

Backman, J. (1998). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur.

Barlas, P., Lowe, A., Walsh, D., Baxter, D. & Allen, J. (2000). Effect of acupuncture upon experimentally induced ischemic pain: a sham-controlled single-blind study. *The Clinical Journal of Pain* 16, 255-264.

Bergstrand, M. (1997). Reflektioner kring omvårdnad. Sarvimäki, A. (red.) *Reflektionens beskaffenhet och betydelse för sjuksköterskans omvårdnadskompetens* (s. 148-175). Stockholm: Vårdförbundet.

Björvell, C. (2001) *Sjuksköterskans journalföring*. Lund: Studentlitteratur.

Björvell, H., Forsberg, C. & Krusebrant, Å. (1997) *Taktil massage*. Ädel 50. Socialstyrelsen. Spri.

Bramstång, M. (1990). *Vård och omvårdnad i beteendevetenskaplig belysning*. Stockholm: Liber förlag.

Brattberg, G. (1998). *Att möta långvarig smärta*. Falköping: Liber AB.

Brattberg, G. (1997). *Via dolorosa. Om existentiell smärta och kristen tro*. Stockholm: Värkstaden.

Carlsson, C.PO. (1992). *Grundläggande akupunktur*. Lund: Studentlitteratur.

Carlsson, C.PO. (2000). *Long-term effects of acupuncture*. (Avhandling för doktorsexamen, Lunds universitet).

Carlsson, C.PO. & Sjölund, B.H. (1994). Acupuncture and Subtypes of Chronic Pain: Assessment of Long-Term Results. *The Clinical Journal of Pain*. 10, 290-95.

Carlsson, C.PO. & Sjölund, B.H. (1993). Long-term pain relief after acupuncture for chronic low back pain – a placebo controlled study. Proc. 7th World Congress on Pain, Paris, abstract no 1161.

Crocetti, E., Crotti, N., Montella, M. & Musso, M. (1996). Complementary medicine and oncologic nurses attitudes: A survey in Italy. *Tumori* 82, 536-542.

Damkier, A., Elverdam, B., Glasdam, S., Bonde-Jensen, A. & Rose, C. (1998). Nurses' attitudes to the use of alternative medicine in cancer patients. *Scandinavian Journal of Caring Science* 12, 119-126.

DeKeyser, F., Cohen, B & Wagner, N. (2001). Knowledge levels and attitudes of staff nurses in Israel, towards complementary and alternative medicine. *Journal of Advanced Nursing*, 36, 41-48.

Dulong, J., Poulsen, C., Athlin, E. & Kylberg, U. (1996). *Grundbok i omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Eckerdal, G. (1996). *Det finns inga hopplösa fall*. Mölndal: Informationsavdelningen, Mölndals sjukhus.

Ehnfors, M., Ehrenberg, A. & Thorsell-Ekstrand, I. (2000). *VIPS-boken*. Stockholm: Vårdförbundet.

Eliasson, S. (1998) *Medveten beröring – en resurs i omvårdnaden*. Karlskrona: Blekinge Internationella Högskola

Eriksson, K. (1989). *Hälsans idé*. Stockholm: Almqvist & Wiksell Förlag AB

Eriksson, K. (1990). *Pro Caritate*. Stockholm: Almqvist & Wiksell Förlag AB

Eriksson, K. (1995). *Vårdandets idé*. Stockholm: Almqvist & Wiksell Förlag AB

FASS. (2002). *Läkemedel i Sverige*. Kungsbacka: LINFO.

Fawcett, J. (1995). *Analysis and evolution of conceptual models of nursing*. Philadelphia: F.A. Davis Company.

Fitch, M., Gray, R., Greenberg, M., Labrecque, M. & Douglas, M.S. (1998). Nurses perspective on unconventional therapies. *Cancer Nursing* 22, 238-245.

Fröberg, U. (1993). *Sjuksköterskans ansvar vid yrkesutövning inom hälso- och sjukvården*. Lidingö: Institutet för Medicinsk Rätt AB.

Gordon, N., Sobel, D. & Tarazona, Z. (1998). Use of and interest in alternative therapies among adult primary care clinicians and adult members in a large health maintenance organisation. *Western Journal of Medicine* 169, 153-161.

Haug, E., Sand, O. & Sjaastad, Ö. (1993). *Människans fysiologi*. Stockholm: Liber AB.

Hawthorn, J. & Redmond, K. (1999). *Smärta – bedömning och behandling*. Lund: Studentlitteratur.

Hui, K. Liu. & J. Makris, N. (2000). Acupuncture Modulates the Limbic System and Subcortical Gray Structures of the Human Brain: Evidens From fMRI Studies in Normal Subjects. *Human Brain Mapping*, 9, 13-25.

Johansson, K. & Reinhold, L-L. (1997). Omvårdnadsjournal. *Svensk tidskrift för medicinsk akupunktur*, 4, 16-19.

Johnson, M.I., Kundu, S., Ashton, C.H., Marsh, V.R. & Thompson, J.W. (1996). The analgesic effects of acupuncture on experimental pain threshold and somato sensory evoked potentials in healthy volunteers. *Complementary Therapies in Medicine* 4, 219-225.

Kalauokalani, D., Cherkin, D., Sherman, K., Koepsell, T & Deyo, R. (2001). Lessons from a trial of acupuncture and massage for low back pain. *Spine*, 26, 1418-1424.

Kenyon, J., Knight, C. & Wells, C. (1983). Randomised double-blind trial on the immediate effects of Naloxon on classical Chinese acupuncture therapy for chronic pain. *Acupuncture & Electro-Therapeutics Research* 8, 17-24.

Killander, E., Modig, G. & Nilsson, G. (1999). *Tro på patienten – behandling av tumörrelaterad smärta*. Lund: Studentlitteratur.

Kirkevold, M. (2000). *Omvårdnadsteorier – analys och utvärdering*. Lund: Studentlitteratur.

Kristoffersen, N. (1997). *Allmän omvårdnad del 2*. Stockholm: Författarna och Liber AB.

Lazarou, J., Pomeranz, BH. & Corey, PN. (1998). Incidence of adverse drug reactions in hospitalised patients: a meta-analysis of prospective studies. *JAMA*, 279, 15, 1200-1205.

Lintula, A. & Ljung, A. (1998). *Akupunktur som smärtlindring*. Röda Korsets högskola.

Lundeberg, T. (1993). Peripheral effects of sensory nerve stimulation (acupuncture) in inflammation and ischemia. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*, 29, 61-86.

Lundeberg, T., Hurtig, T., Lundeberg, S. & Thomas, M. (1988). Long-term results of acupuncture in chronic head and neck pain. *Pain*, 2, 15-31.

Montbriand, M.J. (2000). Alternative therapies: health professionals attitudes. *Canadian Nurse*, 96, 22-26.

Nayak, S., Shiflett, S., Schoenberger, N., Agostinelli, S., Kirshblum, S., Averill, A. & Cotter, A. (2001). Is acupuncture effective in treating chronic pain after spinal cord injury? *Archives of Physical Medicine Rehabilitation*, 82, 1578-1586.

Norberg, A., Engström, B. & Nilsson, L. (1995). *God omvårdnad – grundvärderingar*. Falköping: Bonnier Utbildning AB.

Nystrand, A. & Röhl, A. (1999). *Smärta. Aktuell medicinsk forskning 1999*. Stockholm: Medicinska forskningsrådet.

Ottoson, D. (1997). *Vår smärta*. Stockholm: Liber AB.

Olausson, H., Lamarre, Y., Backlund, H., Morin, C., Wallin, BG., Starck, G., Ekholm, S., Strigo, I., Worsley, K., Vallbo, ÅB. & Bushnell, MC. (2002). Unmyelinated tactile afferents signal touch and project to insular cortex. *Journal of Nature Neuroscience*, 5, 900-904

Pöyhönen, R. (1997). *Traditionell kinesisk medicin del 1*. Smedjebacken: Svenska TCM-skolan.

Risberg, T., Kolstad, A., Johansen, A. & Vingerhagen, K. (1999). Opinions on and Use of Alternative Medicine among Physicians, Nurse and Clerks in Northern Norway. *In Vivo*, 13, 493-498.

Rooke, L. (1997). *Omvårdnadsforskning – användning av forskningsresultat*. Lund: Studentlitteratur.

Salmenperä, L., Suominen, T. & Lauri, S. (1998). Oncology nurses attitudes towards alternative medicine. *Psycho-Oncology*, 7, 453-459.

Sandberg, M., Lundberg, T. & Gerdle, B. (1999). Manual acupuncture in Fibromyalgi: a long-term pilot study. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 7, 39-58.

Sandkuhler, J., Chen, J.G., Cheng, G. & Randic, M. (1997). Low-frequency stimulation of afferent A-delta fibres induces long-term depression at primary afferent synapses with substantial gelatinosa neurons in rat. *Journal of Nature Neuroscience*, 17, 6483-6491.

Sarvimäki, A. (1991). *Vård – ett uttryck för omsorg*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.

Socialstyrelsen (2002). Personlig kommunikation via telefonsamtal.

Socialstyrelsens allmänna råd (1995:5) om kompetensbeskrivning för sjuksköterskor och barnmorskor.

SOS rapport 1994:4 *Behandling av långvarig smärta*. Stockholm: Socialstyrelsen

SOSFS 1985:562 *Patientjournal*.

SOSFS 1993:9 *Kvalitetssäkring i hälso- och sjukvård inklusive tandvård*.

SOSFS 1993:17 *Socialstyrelsens allmänna råd om omvårdnad inom hälso- och sjukvården*.

SOSFS 1993:18 *Socialstyrelsens föreskrifter. Upphävande av författningar om akupunktur*.

SOSFS 1996:24 *Föreskrifter och allmänna råd om kvalitetssystem i hälso- och sjukvården*.

SOSFS 1998:531 *Om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område*.

Spri (1996). *Vad är en vetenskaplig artikel? Riktlinjer och litteratur tips*. Stockholm: Spri.

Strong, J. (1996). *Chronic Pain-the Occupational Therapist's Perspective*. New York: Churchill Livingstone.

Thorsén, H. (1997). *Omvårdnadsmodeller Människosyn Etik*. Uppsala: Almqvist & Wiksell förlag.

Topham, D. (1999). Traditional Chinese Medicine in Orthopaedic Nursing. *Ortopaedic Nursing*, 18, 45-52.

Torebjörk HE, Lundeberg LE. & LaMotte RH. (1992). Central changes in processing of mechanoreceptive input in capsaicin-induced secondary hyperalgesia in humans. *Journal of Physical London*, 448765, 765-80.

Uvnäs Moberg, K. (2001). *Lugn och beröring. Oxytocinets läkande verkan i kroppen*. Borås: Axelsons Gymnastiska Institut. Natur och kultur.

Yun, S., Park, H., Yeom, D. & Hahm, D. (2002). Effect of electroacupuncture on stress-induced changes in brain-derived neurotrophic factor expression in rat hippocampus. *Neuroscience Letters*, 318, 85-88.

Tabell 1 Sammanställning av artiklarnas syfte, metod och urval

Författare, år och artikelns namn	Syfte	Metod	Urval
Abuaisha et al.(1998). Acupuncture for the treatment of chronic painful peripheral diabetic neuropathy: a long-term study.	Att undersöka om akupunktur har effekt på patienter med smärtsam neuropati efter diabetes.	Empirisk studie med kvalitativ metod	46 patienter med neuropati. USA
Barlas et al.(2000). Effect of acupuncture upon experimentally induced ischemic pain: a sham-controlled single-blind study.	Att undersöka den smärtlindrande effekten hos riktig och placebo akupunktur.	Empirisk studie med instrument VAS	60 patienter med långvarig smärta. England
Carlsson, C.PO. & Sjölund, B.H.(1993). Long-term pain relief after acupuncture for chronic low back pain a placebo controlled study.	Att belysa akupunktorens effekt vid olika former av smärta.	Uppföljningsstudie via enkäter och journaler	202 kroniska smärtpatienter med mycket långvarig smärta. Sverige
Carlsson, C.PO. & Sjölund, B.H.(1994). Acupuncture and subtypes of chronic pain: Assessment of long-term results.	Att undersöka den smärtlindrande effekten hos riktig och placebo akupunktur vid olika smärttillstånd som varat i upp till 10 år.	Kontrollerad långtidsstudie	50 patienter med kronisk smärta av vävnads-skadetyper. Sverige

Tabell 1 Sammanställning av artiklarnas syfte, metod och urval

Författare, år och artikelns namn	Syfte	Metod	Urval
Crocetti et al.(1996). Complementary medicine and oncologic nurses attitudes: A survey in Italy.	Att utvärdera kunskapen om attityden mot komplementärmedicin hos ett antal italienska onkolog sjuksköterskor.	Enkätstudie	156 onkolog-sjuksköterskor och 100 studenter. Italien
Damkier et al. (1998). Nurses attitudes to the use of alternative medicine in cancer patients.	Att beskriva sjuksköterskors attityder till och erfarenhet av alternativ medicin med särskild inriktning till cancerpatienter.	Enkätstudie	60 sjuksköterskor. Danmark
Fitch et al.(1998). Nurses perspective on unconventional therapies.	Att samla information om sjuksköterskors perspektiv angående okontroversiella metoder.	Kvalitativa intervjuer	10 sjuksköterskor. USA
Gordon et al. (1998). Use of and interest in alternative therapies among adult primary care clinicians and adult members in a large health maintenance organisation.	Att studera tidigare användning av och åsikter om alternativ medicin inom en stor hälsoorganisation.	Enkät studie	781 sjuksköterskor. USA

Tabell 1 Sammanställning av artiklarnas syfte, metod och urval

Johnson et al.(1996). The analgesic effects of acupuncture on experimental pain threshold and somatosensory evoked potentials in healthy volunteers.	Att undersöka manuell akupunkturs smärtröskelhöjande effekt.	Randomiserande studie	24 personer. USA
Kenyon et al.(1983). Randomised double-blind trial on the immediate effects of Naloxon on classical Chinese acupuncture therapy for chronic pain.	Att studera hypotesen om akupunktur påverkar endorfinutsöndringen så smärtlindringseffekt uppkommer.	Kvalitativ undersökning	30 patienter med långvariga smärttillstånd. England
Lundberg et al. (1988). Long-term results of acupuncture in chronic head and neck pain.	Att studera den långvariga effekten av akupunktur som smärtlindringsmetod på patienter med långvariga huvud och nacksmärtor.	Enkätstudie med VAS	177 patienter. Sverige
Montbriand, M.J. (2000). Alternative therapies: health professionals attitudes.	Att påvisa sjuksköterskor och läkares attityder om alternativa behandlingsmetoder.	Intervju och enkät	52 Sjuksköterskor och 52 läkare. Canada

Tabell 1 Sammanställning av artiklarnas syfte, metod och urval

Nayka (2001). Is acupuncture □ ffective in treating chronic pain after spinal cord injury?	Att undersöka effekten av akupunktur som behand- lingsmetod vid långvarig smärta efter ryggmärgsska- da.	Kvalitativ studie	22 personer med rygg- märgsskada. USA
Salmenperä et al. (1998). Oncology nurses attitudes towards alternative medicine.	Att beskriva attityder till alternativ medicin bland sjuksköterskor jobbande på onkologiska avdelningar på tre olika universitetssjuk- hus.	Frågeformulär	92 sjuksköter- skor. Finland
Sandberg et al.(1999). Manual acupuncture in fibromyalgia: a long- term pilot study.	Att undersöka effekterna på kort och lång sikt vid smärta hos fibromyalgipati- enter vid användandet av akupunktur.	Pilotstudie med kontrollgrupp	9 personer Sverige
Sandkuhler & Randic (1997). Low-frequency stimulation of afferent A-delta fibers induces long-term depression at primary afferent synapses with substan- tial gelatinosa neurones in rat.	Att mäta långtidshämning- en av A-delta fibrer vid manuell akupunktur.	Experimentell studie	

Högskolan i Trollhättan/Uddevalla
Institutionen för omvårdnad
Box 1236
462 28 Vänersborg
Tel 0521-26 42 00 Fax 0521-26 42 99
www.htu.se