



**HÖGSKOLAN**  
TROLLHÄTTAN · UDDEVALLA

**Sjuksköterskans stödjande roll  
och dess betydelse för patienter  
med långvarig diffus smärta**

**Författare: Anna Ax & Jessica Nilsson Keskitalo**

**Handledare: Regina Nobis**

**Enskilt arbete i omvårdnad 10 poäng, fördjupningsnivå 1  
Sjuksköterskeprogrammet 120 poäng, kurs SSK 00:V**

**Institutionen för omvårdnad  
Juni 2002**

**Arbetets titel:** Sjuksköterskans stödjande roll och dess betydelse för patienter med långvarig diffus smärta.  
The nurse supportive role and its meaning for patients with long-term diffuse pain.

**Författare:** Anna Ax  
Jessica Nilsson Keskitalo

**Handledare:** Regina Nobis

**Institution:** Institutionen för omvårdnad, Högskolan i Trollhättan/Uddevalla

**Arbetets art:** Enskilt arbete i omvårdnad, fördjupningsnivå 1

**Antal sidor:** 37

**Kurs:** Sjuksköterskeprogrammet 120 poäng, SSK 00:V

**Datum:** Juni 2002

---

## ABSTRACT

Long-term pain has been defined as pain, which had lasted for longer than six months. The causes could be somatic or/and psychological. Long-term pain results in significant physical, psychological, behavioral, cultural and social issues for patients and their families. The patients' ability to adjust to pain is called coping and makes a great difference to the consequences of daily life. There is often isolation and withdrawal from activities, sleep disturbance, irritability and other signs on stress and depression. There is a lack of understanding and doubt from the environment and healthcare professionals to this type of pain.

The purposes of this study were investigating the supportive role of nurses, caring for patients with long-term diffuse pain and exploring what the support meant to them. The method used was a literature review.

The findings showed that nursing support contained perspective of wholeness, confirmation, respect, empathy, and ability to communicate, giving information, and educating the patient. Encouraging the patients' own resources and helping them connect with support groups was also an aspect of nursing support. This could help the patient adopting more useful coping strategies that could help them in their daily life. The conclusion was that the nurse had a vital role in the care of these patients, and therefore all nurses should have a joint knowledge foundation.

**Keywords:** chronic pain, nursing, pain, patient support, support

**Nyckelord:** kronisk smärta, omvårdnad, patientstöd, smärta, stöd

# INNEHÅLL

<b>BAKGRUND</b>	<b>1</b>
Sjuksköterskans ansvarsområde	1
Definition av smärta	2
Långvarig respektive kronisk smärta	2
Coping	3
Den långvariga smärtans effekter på dagligt liv	4
Attityder till långvarig smärta	6
<b>PROBLEMAVGRÄNSNING</b>	<b>7</b>
<b>SYFTEN</b>	<b>7</b>
<b>METOD</b>	<b>7</b>
Inklusionskriterier	7
Litteratursökning	8
Systematisk sökning	8
Osystematisk sökning	8
Söksammanfattning	9
Analys	10
Validitet	10
<b>RESULTAT</b>	<b>11</b>
Patientens förväntningar och upplevelser av stöd	11
Sammanfattning	13
Sjuksköterskans syn på sin stödjande roll	13
Sammanfattning	15
Sjuksköterskans strategier för stöd	15
Sjuksköterskans förhållningssätt	15
Helhetssyn	16
Bekräftelse	17
Kommunikation	18
Sammanfattning	20
Patientens delaktighet i omvårdnaden	20
Sammanfattning	21

<b>Informativt stöd och undervisning</b>	<b>22</b>
<b>Sammanfattning</b>	<b>23</b>
<b>Stödgrupp</b>	<b>23</b>
<b>Sammanfattning</b>	<b>24</b>
<b>DISKUSSION</b>	<b>25</b>
<b>Metod</b>	<b>25</b>
<b>Resultat</b>	<b>27</b>
<b>Konklusion</b>	<b>32</b>
<b>LITTERATUR</b>	<b>34</b>
Bilaga 1	
Bilaga 2	

## **BAKGRUND**

### **Sjuksköterskans ansvarsområde**

”En humanistisk människosyn och ett antagande om människors lika värde genomsyrar HSL, [Hälso- och sjukvårdslagen]. Varje situation är unik och omvårdnaden utformas därför individuellt” (SOSFS 1993:17). Vården skall vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen skall bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet (SFS 1982:763 2a §).

Sjuksköterskans ansvarsområde är enligt SOSFS 1993:17 att ha ett primärt ansvar för omvårdnaden, ansvara för att omvårdnadsåtgärder planeras, genomförs och utvärderas. Sjuksköterskan skall dessutom samordna behandling och andra åtgärder, ansvara för att de omvårdnadsteoretiska och estetiska grunderna för omvårdnadsåtgärder tydliggörs så att de kan ligga till grund för det dagliga arbetet. Häri ingår även att utvärdera den egna verksamheten för att möjliggöra förtrogenhet med och förmedling av nya rön.

”Syftet med omvårdnad är att stärka hälsa, förebygga sjukdom och ohälsa, återställa och bevara hälsa utifrån patientens individuella möjligheter och behov, minska lidande samt ge möjligheter till en värdig död” (SOSFS 1993:17). Omvårdnad omfattar också åtgärder i syfte att skapa en hälsofrämjande miljö, att undanröja smärta och obehag samt ge stöd och hjälp åt patienter i deras reaktioner på sjukdom, trauma, funktionshinder och i behandlingssituationer (a.a).

I SOS 1989:1, Socialstyrelsens allmänna råd om smärtlindring i livets slutskede, sägs att patienter skall kunna kräva god smärtbehandling som ett led i god omvårdnad. Att så många patienter idag inte får hjälp mot svåra smärtor, har många orsaker som t.ex. lågprioritering av symtombehandling, bristande intresse och kunskaper från personalen, inadekvat vårdorganisation samt irrationella farhågor från patienten. Trots att det allmänna rådet handlar om smärtlindring i livets slutskede, tar den generellt upp om smärta. Att även människor med andra typer av smärta än den i livets slutskede skall kunna kräva en god smärtlindring, bör ses som självklart.

## **Definition av smärta**

International Association for the Study of Pain, (IASP), har enats om en definition av smärta. Den lyder: ”Smärta är en obehaglig, sensorisk och emotionell upplevelse associerad med faktisk eller potentiell vävnadsskada eller som beskrivs i termer av sådan skada” (Nystrand & Röhl, 1999, s.7).

## **Långvarig respektive kronisk smärta**

Långvarig smärta kan vara en följd av en mängd olika saker, men detta arbete kommer enbart att ta upp de diffusa smärttillstånden, vars orsak ännu inte är klarlagda som fibromyalgi, kronisk ländryggs smärta samt kroniskt smärtsyndrom.

Attityden till olika smärttillstånd kan påverkas av typ av sjukdom och besvärsggrad samt bero på om de är hög eller lågstatussmärta. Smärttillstånd kan alltså delas in i ”hög” respektive ”låg” status. Vad som ger smärtor hög status är dess synlighet, att de kan förklaras, att de kan botas eller behandlas. Låg status tillskrivs smärtor som är diffusa, långvariga, inte svarar på behandling, smärtor med psykosomatiska inslag eller när patientens beskrivning inte stämmer överens med de objektiva fynden. Smärttillstånd med hög status är bl.a. kärlekskramp, njursten och cancersmärter. Låg status har bl.a. smärttillstånd som fibromyalgi, spänningshuvudvärk och ryggvärk (Brattberg, 1995a).

Beteckningen kronisk smärta används mest, men innebär inte att smärtan är obotlig utan att inställningen till människan och hennes lidande blir onödigt pessimistiskt (Brattberg, 1995a). Företrädevis kommer begreppet långvarig smärta att användas då det är mer positivt laddat. När ordet långvarig smärta används är det de diffusa långvariga smärtorna som åsyftas. Begreppet kroniskt kommer endast att användas i samband med diagnosen kroniskt smärtsyndrom.

Med långvarig smärta menas smärta som varar längre än sex månader, men ibland används även tidsgränsen tre månader (Brattberg, 1995a; Killander, 1999; Nystrand & Röhl, 1999).

Långvarig smärta tycks vara vanlig hos befolkningen. Undersökningar i bland annat Sverige, visar att en tredjedel upp till hälften av befolkningen lider av långvarig smärta (Klintman 1998; SoS-rapport 1994:4). I många fall finns det inte möjlighet att säkert finna orsakerna till smärtan. Långvarig smärta behöver därför inte fylla någon meningsfull funktion till skillnad från akut smärta som är en varningssignal och kan vara ett tecken på skada eller sjukdom. Vävnadsskadan behöver alltså inte finnas kvar, utan smärtan kan vara ett resultat av personliga och psykiska problem (Brattberg, 1995a; Killander, 1999).

Hos en del människor har smärtan börjat i samband med en sjukdom eller skada, som läkt ut men möjligen ger en kvarstående svag retning. Av olika orsaker förstärks smärtupplevelsen och får uttalade konsekvenser då beteende och tankemönster domineras av smärtan. Detta tillstånd kallas ofta kroniskt smärtsyndrom (Brattberg, 1995a; SoS-rapport 1994:4). Andra benämningar på smärta som inte kan förklaras med objektiva fynd är somatoform, hysterisk, hypokondrisk och idiopatisk smärta. Det kroniska smärtsyndromet skall skiljas från de flesta andra tillstånd med långvarig smärta, på grund av att människans copingstrategier då inte längre räcker till för att hantera den smärtan (SoS-rapport 1994:4).

## **Coping**

Lasarus och Folkman (i Krafft & Nyström, 2001), säger att coping kan översättas med ”att hantera eller bemästra”. Ett närbesläktat svenskt ord skulle kunna vara stresshantering. Coping definieras vidare som avsiktliga ansträngningar som är inriktade på att bemästra eller minska stressfenomenets negativa konsekvenser.

Avgörande för smärtupplevelsen är att människans copingstrategier fungerar och räcker för bearbetning, accepterande och anpassning (SoS-rapport 1994:4). Genom att använda sig av försvarsmekanismer försöker hon lindra smärtan (Montes-Sandoval, 1999).

Copingstrategier är beteckningen på de åtgärder som en person vidtar för att hantera en svår situation. Människor använder sig av en mängd olika copingstrategier i olika

kombinationer. Hur bra en copingstrategi är beror på situationen personen befinner sig i. En människa som har problem kan rikta sin lösning mot problemen eller också kan hon förändra sitt sätt att se på dem. Copingstrategier kan vara att möta svårigheterna, att förneka, att undvika, att ta kontroll över sig själv, att söka socialt stöd, att ta ansvar, att planera hur problemen ska lösas samt att tolka situationen positivt (Brattberg, 1995b). Användbara copingstrategier skulle kunna vara nytänkande, positiv livssyn, egen tilltro och acceptans, medan mindre användbara är förnekande, undvikande och avledande (Krafft & Nyström, 2001).

Människans förmåga att anpassa sig till den långvariga smärtan och göra det bästa möjliga av situationen om inte den långvariga smärtan kan botas eller hållas borta med symtomatisk behandling har stor betydelse för de sociala konsekvenserna i det dagliga livet (Brattberg, 1995a; SoS-rapport 1994:4).

## **Den långvariga smärtans effekter på dagligt liv**

När människan inte längre förstår eller bemästrar situationen, upplevs den som stressande. För en person som lever med långvarig smärta, kommer det dagliga livet att påverkas av den stressande situationen. Med dagligt liv menar författarna det som personen företar sig och upplever varje dag. Med smärtans effekter på dagligt liv menas, hur smärtan påverkar deras livssituation och relationer med familj och vänner, hur arbete och fritidsaktiviteter påverkas samt hur deras känsloliv förändras.

Långvarig smärta påverkas av fysiologiska, psykologiska, sociala, kulturella och andliga eller existentiella faktorer (Brattberg, 1995a; SoS-rapport 1994:4). En individ med långvarig smärta upplever ofta en lång rad förluster i kroppsfunction och förmåga. Det lidande som smärtan orsakar leder till oro, ångslan och passivitet, vilket i sin tur ytterligare ökar känsligheten för smärtan. Detta leder till onda cirklar som får stora konsekvenser, inte bara för den drabbade utan även för anhöriga. Människor med långvarig smärta kan förändra sin uppfattning om kroppen, tiden, sig själva samt andra människor. De glömmer ofta att satsa på ett liv i nuet utan drömmer om dåtid och framtid (Brattberg, 1995a). Långvarig smärta medför alltid negativa konsekvenser som



sömnsvårigheter, trötthet, irritabilitet, nedstämdhet, depression, dåligt självförtroende, ensamhet och isolering (Brattberg, 1995a; Wells-Federman, 2000). Den dominerar deras liv med allvarliga följder för yrkesliv, familjeliv och generellt välbefinnande (Henriksson, 1995b; Seers & Friedli, 1996; Subramaniam, Stewart & Smith, 1999). Vid kroniskt smärtsyndrom har smärtan tagit över, personen har inte längre ett sjukdomstillstånd med smärta utan är smärtsjuk. Sömnstörningar, uttalad irritabilitet, social isolering, depressiva symtom är mer framträdande än vid de andra långvariga smärttillstånden, och allt individen skall företa sig är helt underordnad smärtan (SoS-rapport 1994:4). En del berättar hur deras dagliga liv oåterkalleligt förändras, vilket leder till en djup känsla av förlust som genomsyrar deras liv (Walker, Holloway & Sofaer, 1999).

Många förlorar sin identitet, sitt livsinnehåll och sina vänner (Brattberg, 1995a). Den långvariga smärtan orsakar förändringar i deras livsstil och har avsevärt stor påverkan på det sociala livet, fritidssysselsättning och hobbies utanför hemmet (Hallberg & Carlsson, 1998; Henriksson, 1995a; Nyman & Lützen, 1999). Brist på förståelse från omvärlden samt den låga självkänsla som kan drabba människor med smärta kan leda till isolering (Seers & Friedli, 1996; Subramaniam et al., 1999).

Människans beteende påverkas av smärta, vilket blir allt tydligare ju längre tid smärtan varar. Ett smärtbeteende uppkommer (SoS-rapport 1994:4). I smärtbeteendet ligger mycket interagerande med omgivningen, som kan bestå av familj, vänner samt arbetskamrater (Brattberg, 1995a; SoS-rapport 1994:4).

Det finns en uttalad oro för hur smärtan påverkar övriga familjemedlemmar (Seers & Friedli, 1996; Subramaniam et al., 1999). Familjen har ofta svårt att förstå vad som händer. De har svårt att acceptera att livet förändras och att problemen påverkar deras egna intressen. De får ta över de uppgifter den sjuke inte längre klarar av (Henriksson, 1995a).

Symtomen förändras från dag till dag och det är omöjligt för personer med långvarig smärta att förutse hur mycket de kommer att klara av en viss dag, vilket leder till

svårigheter att planera i förväg (Hallberg & Carlsson, 2000; Henriksson, 1995b; Nyman & Lützen, 1999). Framtiden blir förkortad, till att ta varje dag som den kommer (Hallberg & Carlsson, 2000; Nyman & Lützen, 1999). På grund av detta planeras och struktureras dagliga aktiviteter varsamt, förpliktelser begränsas för att spara den fysiskt begränsade energin, i en slags krav-resurs anpassning (Hallberg & Carlsson, 1998 ).

Människor med långvarig smärta har ofta långa kontakter med sjukvården, en del väntar flera år innan diagnosen fastställs. De upplever att de hänvisas från den ena specialisten till den andra utan att få någon information (Henriksson, 1995a). De har ett behov av att få sin smärta förklarad (Hallberg & Carlsson, 1998; Henriksson, 1995a; Walker et al., 1999).

Att få en diagnos fastställd är en stor lättnad samt ger en bekräftelse av den långvariga smärtan, dessutom en bekräftelse på att vara patient. Diagnosen gör det lättare för patienten att förklara sin sjukdom för andra samt ge trovärdiga förklaringar till sin utmattning och minskade kapacitet till arbete (Hallberg & Carlsson, 1998; Henriksson, 1995a). En del patienter får inte någon diagnos. Eftersom det inte finns något uppenbart patologiskt tecken som bekräftar patienternas lidande, känner de sig missförstådda och ”brännmärkta”. Många är rädda för att frånvaron av patologiska fynd skall antyda att deras smärta bara är inbillning (Walker et al., 1999).

## **Attityder till långvarig smärta**

Det råder en oförstående attityd från omvärlden till långvarig smärta (Hallberg & Carlsson, 1998; Klintman, 1998). Patienterna möts av tvivel och misstro då deras smärta inte syns på utsidan (Hallberg & Carlsson, 1998, 2000; Henriksson, 1995a). Orsaken till dessa attityder kan vara att det hittills inte funnits någon klart accepterad förklaring till denna typ av smärta. De bakomliggande orsakerna har inte kunnat påvisats. Beteckningar som ”inbillningssjuk”, ”sveda-, värk- och brännkärring” och ”simulant” har länge varit vanliga och förekommer dessvärre än idag i såväl professionella som lekmannasammanhang (Klintman, 1998). Denna attityd till smärta kan sägas bero på att smärtan är av lågstatus typ (Brattberg, 1995a).

Patienterna beskriver sjukvårdspersonalens syn på långvarig smärta som något som måste förklaras fysiologiskt och vara behandlingsbart. Initialt uppfattat tvivel från hälso- och sjukvårdspersonal kan leda till tvekan att söka professionell hjälp (Hallberg & Carlsson, 1998). Att få sin upplevelse av smärta bekräftad är viktigt för patienten. Många får inte den bekräftelsen, och det kan tolkas som att hälso- och sjukvårdspersonalen inte tror på att de har ont (Brattberg, 1995a; Hallberg & Carlsson, 1998).

## **PROBLEMAVGRÄNSNING**

Patienter med långvarig smärta känner ofta att de inte blir tagna på allvar. Smärtan påverkar deras dagliga liv och välbefinnande. Det är därför viktigt att dessa patienter får den hjälp och det stöd som de behöver.

## **SYFTEN**

Syftena med denna litteraturstudie var att belysa sjuksköterskans stödjande roll och dess betydelse för patienter med långvarig diffus smärta.

För att få svar på syftena utarbetades tre frågeställningar:

- Vad har patienterna för förväntningar och hur upplever de sjuksköterskans stöd?
- Hur ser sjuksköterskan på sin stödjande roll?
- Vilka strategier kan sjuksköterskan använda sig av i sin stödjande roll?

## **METOD**

### **Inklusionskriterier**

Artiklarna till resultatet skulle svara på de uppsatta frågeställningarna. Det vill säga att de innehöll omvårdnadsperspektiv gällande stöd vid långvarig diffus smärta hos vuxna personer eller att de på något vis berörde ovanstående. Artiklarna skulle vara

vetenskapliga, det vill säga att de är refereebedomda. Artiklar publicerade tidigare än 1991 utslöts på grund av den snabba vetenskapliga utvecklingen inom ämnesområdet.

## **Litteratursökning**

### **Systematisk sökning**

Arbetet utgörs av litteraturstudier. Val av litteratur gjordes med hjälp av sökning i databaserna CINAHL, PubMed, Spriline och SweMed+. Sökningen av artiklar begränsades till tidsperioden 1991 – 2002. Dessutom användes begränsningarna English, Randomized Controlled Trial, Nursing Journals och Human på PubMed samt English och Peer Reviewed på CINAHL (Backman, 1998; Polit & Hungler, 1999). Sökorden som användes var: pain, chronic pain, long-term pain, support, patient support, psychosocial support, nursing, smärta, kronisk smärta, långvarig smärta, stöd, patientstöd, psykosocialt stöd och omvårdnad vilka kombinerades på olika sätt. Sökningen redovisas i Bilaga 1, Tabell 1. Översikt av litteratursökning.

Alla träffars titel och abstrakt lästes. De artiklar som innehöll omvårdnadsperspektiv i kombination med långvarig smärta och/eller stöd i någon form valdes ut för närmare granskning. Artiklarna söktes på högskolebiblioteket vid Högskolan i Trollhättan/Uddevalla (Campus Vänersborg), Uddevalla sjukhusbibliotek och i fulltextdatabaserna Science Direct och Elsevier. Totalt erhöles från den systematiska sökningen 32 artiklar. Av dessa artiklar kom 15 från CINAHL, 15 från PubMed, en från Spriline och en från SweMed+.

### **Osystematisk sökning**

Med utgångspunkt från syftet och de uppsatta frågeställningarna, erhöles en överblick av bibliotekens litteratur genom bläddringstekniken ”browsing” samt genom en sökning i högskolebibliotekets databas SOFIA (Backman, 1998). Tidskriften PAIN från åren 1991-2002 granskades och gav fyra nya artiklar.

Ett fördjupningsarbete i ämnet smärta erhöles på högskolebiblioteket i Vänersborg, där nya sökord som caring, nurses' attitudes, non-malignant pain och nurses' knowledge erhöles. En systematisk sökning på dessa ord i olika kombinationer med de gamla sökorden, gav sex nya artiklar. Av dessa artiklar kom fem från CINAHL och en från Spriline. Sökningen redovisas i Bilaga 2, Tabell 2. Översikt med nya sökord.

Manuell sökning efter artiklar gjordes genom att läsa igenom de funna artiklarnas referenslitteratur (Backman, 1998; Polit & Hungler, 1999). Denna söktechnik gav 12 nya artiklar.

Förfrågningar på Internet angående smärta ledde till en mängd information genom olika smärtilänkar som Smärtnätet och Värkstaden. Därigenom etablerades en informell kontakt med Gunilla Brattberg som via email tipsade om sina böcker samt deras referenslistor. Dessa referenslistor hade redan granskats.

Smärtenheten på Uddevalla sjukhus kontaktades per telefon för att få relevant information (Backman, 1998). Där erhöles rådet att kontakta smärtenheten på Östra sjukhuset. Vid telefonsamtal till Smärtemottagningen på Östra sjukhuset erhöles kontakt med en smärtsjuksköterska som föreläser om sjuksköterskans stöd, som skickade en användbar rapport.

## **Söksammanfattning**

Totalt erhöles 54 artiklar och tre rapporter. Vid noggrannare läsning av dessa artiklar refuserades 22. Av dessa var åtta icke-vetenskapliga artiklar, en var en översiktsartikel, två handlade om copingstrategier, en om sjuksköterskans copingstrategier, en om postoperativ smärta, en om organisatorisk påverkan, och åtta handlade om patienters upplevelse av smärta. Av de sistnämnda kunde dock fyra användas till bakgrunden. Kvar för kritisk granskning till resultatet återstod 32 artiklar och tre rapporter.

## **Analys**

Varje artikel lästes två gånger. Det visade sig efter kritisk granskning att ytterligare 15 artiklar inte uppfyllde inklusionskriterierna. Av dessa handlade åtta om utbildningsprogram för sjuksköterskor för att förbättra smärtskattningen och den medicinska behandlingen, tre om medicinsk behandling och två om smärtskattning. Två artiklar var icke vetenskapliga.

Till de återstående artiklarna ställdes frågeställningarna. Därefter markerades de partier som svarade på frågorna. En grön understrykningspenna användes för vad patienter hade för förväntningar och hur de upplevde sjuksköterskans stöd, en rosa för hur sjuksköterskor såg på sitt stöd och en orange för sjuksköterskans stödjande strategier. Partierna skrevs ned på papper och klipptes isär. De olika delarna sorterades utifrån frågeställningarna som huvudgrupper. Lapparna lästes igenom, likheter och olikheter söktes. Därefter kategoriserades resultatet i de undergrupper som framträdde under analysen. I enlighet med Backman (1998) och Polit & Hungler (1999) har data kategoriserats, det vill säga organiserats och summerats så att de ger överskådlighet, systematik och kan relateras till de ursprungliga frågeställningarna.

## **Validitet**

Validitet erhålls genom undersöka det som avses att undersökas. Detta måste dessutom göras på ett tillförlitligt sätt, det vill säga ha reliabilitet. Genom att ha två granskare som svarar på samma frågor kan detta uppnås (Hartman, 1998; Patel & Davidsson, 1994). Validitet och reliabilitet erhöles genom att författarna läste artiklarna två gånger på var sitt håll och markerade de stycken som svarade på frågeställningarna. Därefter sammanställdes de markeringar som båda författarna markerat. Resterande markeringar lästes igenom ytterligare en gång av båda författarna, och de som båda då ansåg passade in användes medan de resterande slängdes.

## **RESULTAT**

I resultatet används sjuksköterskan konsekvent i de fall då det är möjligt, i annat fall används hälso- och sjukvårdspersonal eftersom vissa av studierna utgår ifrån denna grupp. Dock ingår sjuksköterskan i hälso- och sjukvårdspersonalen. Författarna har i de fall då meningsbyggnaden varit sådan att den syftat till sjuksköterskan använt hon.

### **Patientens förväntningar och upplevelser av stöd**

I Hallberg och Carlsson (1998) kvalitativa studie, influerad av grounded theory, intervjuades 22 kvinnor i åldrarna 22 – 60 år om hur det var att leva med fibromyalgi. I studien beskrev kvinnorna sina möten med hälso- och sjukvården med ord som misstro, brist på bekräftelse och brist på helhetssyn samt att de kände sig hänvisade mellan olika instanser.

I Kraffts och Nyströms forskningsrapport (2001) med kvalitativ och kvantitativ ansats, intervjuades 55 kvinnor och fem män som delats in efter sjukdomsorsak, i en grupp med patienter som hade reumatoid artrit och en grupp med patienter vars huvuddiagnos var somatoformt smärtsyndrom. Dessa grupper kallades för RA-grupp respektive smärtgrupp. I studien användes öppna intervjuer och omfattade frågeområden som var anpassade till patientens upplevelse av personalens förhållningssätt samt konsekvenser av förhållningssättets betydelse för upplevelsen av smärta. I intervjun framkom även patientens tankar, känslor, bemästrande, reaktioner från omgivningen och omgivningsfaktorer i samband med sjukdomsutvecklingen. Krafft och Nyström fann i studien att många patienter i smärtgruppen upplevde att de blev respektlöst och nonchalant bemötta samt att de kände sig kränkta och misstrodda. Ett vanligt uttryckssätt som patienterna använde sig av, när det gått snett i relationen, var att bestämma ”över huvudet”. Det innebar att patienterna inte kände sig delaktiga i beslut som rörde deras vård. I stället önskade patienterna att de hade blivit bemötta med förtrolighet och ville att sjuksköterskan skulle ha förmåga till empati, respekt och förståelse för deras upplevelse av smärta.

Nilsson (1998) gjorde en kvalitativ, fenomenologisk studie, med samtalsintervjuer, där 15 patienter med idiopatisk smärta deltog. Fördelningen av män och kvinnor samt ålder

var slumpvis utvald, men ej redovisad. Syftet med studien var att beskriva hur personer med långvarig smärta upplevde sina livsvillkor. I studien framkom att de flesta patienterna kände sig misstrodda och uttryckte spontant att det var extra viktigt att känna förtroende, bekräftelse och att det fanns någon att samtala med.

I Henrikssons (1995a) studie med kvalitativ och kvantitativ ansats intervjuades 40 kvinnor som hade fibromyalgi i åldrarna 16 – 57 år, med hjälp av halvstrukturerade intervjuer, som innehöll teman som roller, vanor, fysisk och social miljö, motivationsfaktorer, livshistoria och färdigheter. Det framkom att patienterna upplevde bristen på objektiva fynd som stressande och kände sig missförstådda. Patienterna upplevde misstro, brist på intresse och empati från sjuksköterskan. I sin diskussion framhåller Henriksson att dessa kvinnor upplevde brist på stöd och förståelse för sin situation. Vidare fann hon i studien att patienterna värderade högt att ha någon som var beredd att lyssna och som kunde förstå dem, någon som de kunde dela sina erfarenheter med.

Nilsson (1998) fann att övervägande delen av patienterna önskade information om smärta och hur den skulle hanteras, men upplevde att sjuksköterskan inte gav dem den information som de ansåg sig behöva. I Henrikssons (1995a) studie framkom att patienterna ansåg att information var viktig för att få omgivningen att förstå och få en insikt om vad det betydde att leva med långvarig smärta. Även i Carson och Mitchells (1998) studie framkom det att en del patienter ville att sjuksköterskorna skulle bidra med information, exempelvis om mediciner och deras bieffekter. I studien, som var deskriptiv, explorativ och kvalitativ, deltog tio kvinnor och sju män i åldrarna 54 – 93 år som intervjuades med öppna frågor som anknöt till upplevelsen av att leva med ständig smärta.

Lindholm och Erikssons (1993) deskriptiva och explorativa studie med fenomenologisk-hermeneutisk ansats, omfattade 11 sjuksköterskors och fem patienters upplevelse av vad lidande var och hur det kunde lindras. Det framkom att patienterna upplevde att deras lidande bara kom att upptäckas när de bad om hjälp.



## **Sammanfattning**

Patienterna förväntade sig att bli bemötta med förtrolighet och med bekräftelse. De ville ha någon som var beredd att lyssna på dem och förstå deras upplevelse av smärta. De ville att sjuksköterskan skulle ha förmåga till empati och respekt. Patienten önskade också att sjuksköterskan skulle bidra med information om smärta och dess hantering.

Istället upplevde patienter misstro, brist på bekräftelse, helhetssyn, empati och intresse i sina möten med hälso- och sjukvården. Många patienter upplevde att de blev nonchalant och respektlöst bemötta och därför kände sig kränkta. De upplevde brist på stöd och förståelse för sin situation. De ansåg också att sjuksköterskan inte gav dem den information som de ansåg sig behöva.

## **Sjuksköterskans syn på sin stödjande roll**

Francke, Lemmens, Huijer Abu-Saad och Grypdonck (1997) gjorde en kvalitativ studie som utvärderade ett utbildningsprogram om smärta, där 12 sjuksköterskor i åldrarna 21–50 år deltog. Studien visade att en persons attityd till en viss fråga i högsta grad bestämde aktuellt beteende. De fann att de deltagare som hade en helhetssyn på omvårdnad trodde att alla typer av omvårdnadsåtgärder var av vikt för att kunna erbjuda adekvat smärtlindring. De var speciellt bekanta med psykosociala omvårdnadsåtgärder som att ge patientinformation och stöd. De deltagare med en ensidig farmakologisk syn på omvårdnad såg hanteringen av smärta som synonymt med utdelande av analgetika. Dessa deltagare trodde att psykosociala omvårdnadsåtgärder inte var av vikt samt att andra icke-farmakologiska omvårdnadsåtgärder som massage, distraktion eller avslappning inte ansågs höra hemma i sjuksköterskans professionella domän.

Herr och Mobyly (1992) skickade ut frågeformulär till 97 sjuksköterskor där de skulle värdera olika omvårdnadsåtgärder i samband med smärta. Det skickades ut i två omgångar, där andra omgången var en uppföljning för att styrka validiteten. Syftet med den kvantitativa studien var att definiera sjuksköterskors omvårdnadsåtgärder vid hantering av smärta. Efter att ha läst individuella kommentarer angående omvårdnadsåtgärder i studien, förstod de att vissa av variationerna i valet av

omvårdnadsåtgärder var relaterade till sjuksköterskans arbetsplats och de rutiner och värderingar som rådde där. Andra faktorer som påverkade valet av omvårdnadsåtgärder var utbildning och nivå av expertis. Med det menas att sjuksköterskorna valde sina omvårdnadsåtgärder utifrån sin kunskap och sina attityder. Till exempel visade det sig att deltagare med expertis i holistisk vård föreslog mer icke traditionella omvårdnadsåtgärder.

Paulsson, Danielsson och Norberg (1999) intervjuade 17 sjuksköterskor och fyra sjukgymnaster om deras erfarenheter av manliga patienter med långvarig icke malign smärta. Studien var kvalitativ och hade en fenomenologisk-hermeneutisk ansats. Det framkom att sjuksköterskorna och sjukgymnasterna upplevde att patienterna var i behov av sympati samt någon att dela sin ångest över sin livssituation med.

Lindholm och Eriksson (1993) fann att sjuksköterskorna i studien antog att lidande kunde lindras men att de samtidigt kände de sig osäkra på hur det skulle gå till. Sjuksköterskorna ansåg att det var viktigt att finna orsaker till lidandet och få patienten att tro på dem. Ett tillitsfullt förhållande mellan patienten och sjuksköterskan ansågs vara av central betydelse för att kunna ge en god omvårdnad. Sjuksköterskorna försökte skapa en tillitsfull relation som karakteriserades av öppenhet, uppriktighet, kärlek och tålmod. De ansåg att det var viktigt att alltid vara nära till hands och att inte överge patienten. Sjuksköterskor borde kunna följa patienten på deras väg av lidande utan att tränga sig på. Sjuksköterskorna försökte bekräfta patientens värdighet och få dem att känna sig värdefulla, och gjorde detta genom att visa att patienten var värdig gemenskap, och att det inte var viktigt att vara ”perfekt”. De fann vidare att sjuksköterskorna försökte lindra lidande genom att omedelbart lösa aktuella problem, och då var sjuksköterskorna tvungna att lita på sin insikt och den kunskap de besatt.

Thunberg, Carlsson och Hallberg (2001) intervjuade i sin kvalitativa studie med grounded theory som ansats 22 individer som arbetade som hälso- och sjukvårdspersonal om deras tankar, syn och deras bidrag för hantering av patienter med långvarig smärta. I studien framkom att hälso- och sjukvårdspersonalens tydliga målsättning i vården var att se patienterna ur ett helhetsperspektiv. När deltagarna

beskrev sättet som de arbetade på, pekade de ut nödvändigheten av att anta ett holistiskt, interdisciplinärt närmande. Den fysiologiska, psykologiska, sociala och etiska aspekten borde tas med i beräkningen när smärtskattning och behandling ges. Hälso- och sjukvårdspersonalen tyckte att utgångspunkten alltid måste vara att ha full respekt för patientens beskrivning av sin upplevelse av smärta och försöka förstå att patientens beskrivning faktiskt var hur smärtan upplevdes. De nämnde att för att kunna uppnå kontinuitet och uppföljning i arbetet med patienter som hade långvarig smärta, var det viktigt att det fanns tid och att samarbete med annan hälso- och sjukvårdspersonal fungerade. Även Nilsson (1998) fann i sin studie att det var av stor betydelse att ge patienterna tid, men säger att sjuksköterskan för att kunna ge en adekvat, effektiv och högkvalitativ omvårdnad, även måste ha kvalitet i vårdrelationen. Nilsson fann att kvaliteten var mer avgörande än kvantiteten. Detta innebar att mängden tid som ägnades åt patienten inte var så viktig, utan det var det innehåll som sjuksköterskan gav åt tiden som var det avgörande.

### **Sammanfattning**

Sjuksköterskorna ansåg att det var viktigt att ha en helhetssyn. De tyckte att utgångspunkten var att ha full respekt för patientens beskrivning av sin upplevelse av smärta. De ansåg att det var viktigt att alltid finnas till hands och att inte överge patienten. Sjuksköterskorna försökte skapa en tillitsfull relation med hjälp av öppenhet, uppriktighet, kärlek och tålamod. Det visade sig att sjuksköterskans attityd bestämde hennes omvårdnadsåtgärder. Om sjuksköterskor hade en helhetssyn på omvårdnad, ansåg de att alla typer av omvårdnadsåtgärder var viktiga. Om sjuksköterskor däremot hade en ensidig syn på omvårdnad, var enbart de farmakologiska åtgärderna av vikt.

## **Sjuksköterskans strategier för stöd**

### **Sjuksköterskans förhållningssätt**

Att sjuksköterskor hade ett professionellt förhållningssätt var en förutsättning för att kunna ge en god omvårdnad och stödja patienter med långvarig smärta. För att inta ett sådant förhållningssätt krävdes att sjuksköterskor hade kunskap. Denna kunskap innebar

att de hade kännedom om smärtans alla dimensioner samt omvårdnadsåtgärder relaterad till dessa. Carson och Mitchell (1998) fann att sjuksköterskorna behövde veta hur de kunde ge information och undervisning som var meningsfull för patienterna och deras familjer. Wells-Federman (1999), vars syfte var att erbjuda sjuksköterskor information om patienter med långvarig smärta, visade i sin litteraturstudie, att ökad förståelse för upplevelsen av att leva med långvarig smärta förberedde sjuksköterskorna att vara mer öppna för att upptäcka hur patienterna själva definierade långvarig smärta.

### **Helhetssyn**

Wells-Federman (1999) visade i sin litteraturstudie att en viktig roll för sjuksköterskor var att känna igen patienter med långvarig smärta och att arbeta tillsammans i team. Det var viktigt att sjuksköterskor förstod problematiken i frågor som rörde långvarig smärta. De använde sig utav både farmakologiska och icke-farmakologiska omvårdnadsåtgärder, som till exempel psykosocialt stöd, massage och avslappningstekniker. Det var också viktigt att sjuksköterskor använde sig av ett biopsykosocialt och andligt närmande. Kvaliteten av vården blev förbättrad om sjuksköterskor började behandla fenomenet smärta som en komplex upplevelse.

Törnkvist, Gardulf och Strender (1998) undersökte genom en enkätstudie 70 distriktsköterskors åsikter om sin kunskap, hantering och dokumentation när det gällde patienter med långvarig smärta. I sin diskussion skrev de att långvarig smärta är ett multidimensionellt hälsoproblem och att sjuksköterskor måste hjälpa patienter att förbättra sitt hälsostatus och sin livskvalitet. Det var därför viktigt att sjuksköterskorna övervägde och identifierade inte bara de fysiska symtomen utan även de psykologiska, sociala och existentiella behoven som patienten hade.

Skott (1994) framhöll i sin rapport vikten av att överbrygga uppdelning kropp och själ för att kunna förstå patientens lidande. Hon menade att sjuksköterskan borde uppmuntras till att se helheten, det vill säga se patienten ur flera dimensioner.

## **Bekräftelse**

Wells-Federman (1999) visade i sin studie att många patienter hade blivit tillsagda att eftersom det inte fanns några objektiva kliniska fynd som kunde bekräfta deras upplevelse, måste smärtan vara ett psykologiskt problem och hänvisades till psykoterapi. Att låta patienter veta att de var betrodda i fråga om smärtan och att den var verklig samt att de fick enkla förklaringar av mekanismen, hjälpte till att reducera patienters skuld och skam av tron att smärtan bara fanns i deras huvuden.

Ryan (1995) påvisade i sin litteraturstudie, som undersökte sjuksköterskors funktion i vården av fibromyalgi patienter, att en viktig aspekt av omvårdnad var att visa patienterna att sjuksköterskorna trodde på dem. På grund av den långvariga smärtan och de symtom som följde med den, kom patienterna att träffa många läkare. De blev rädda att deras trovärdighet blev ifrågasatt, på grund av att inget onormalt hade identifierats genom traditionella undersökningsprocedurer. Att bara låta patienter veta att de var betrodda, även om de inte kunde botas, var ett viktigt och nödvändigt steg för att uppnå etablerandet av användbara copingstrategier.

Paulson et al. (1999) kom fram till att behovet av mänskligt stöd, betydde att sjuksköterskor i mötet med patienter betedde sig på ett sådant sätt att dessa blev övertygade om att sjuksköterskorna verkligen brydde sig om dem. Männerna i deras studie upplevde att de inte blivit trodda vid sina tidigare kontakter med hälso-sjukvårdspersonal. Detta kunde göra att livet för dessa män blev bedrövligt. Vidare skrev de i sin diskussion att när sjuksköterskorna såg att patienter hade ett angeläget behov av bekräftelse, blev de angelägna att möta patienterna på ett bekräftande sätt, med respekt, tålmod, att lyssna på dem och visa att de tog patienters klagan seriöst. Studien påvisar även att bekräftelse i kampen för att få smärtlindring betydde att sjuksköterskan, i mötet med patienter, måste övertyga patienterna att hon verkligen trodde på varje individs unika berättelse. Även Thunberg et al. (2001) fann att hälso- och sjukvårdspersonal tyckte att utgångspunkten vid arbetet med patienten var att tro på och bekräfta patientens egna upplevelser av sin sjukdom.

Lindholm och Eriksson (1993) kom fram till den liknande slutsatsen, att det var viktigt att känna igen patienters upplevelse korrekt och bekräfta den, för att de skulle känna värdighet. Dessutom fann de att patienterna upplevde att lidandet lindrades när någon kunde lida med dem och uttryckte medkänsla. Paulsson et al. (1999) uppmärksammade att när patienten var i behov av sympati och någon att dela sin ångest med, hjälpte sjuksköterskans känslomässiga engagemang patienterna att dämpa sitt lidande.

Wells-Federman (1999, 2000) påvisade vikten av att sjuksköterskan mötte patienten där patienten befann sig, istället för där sjuksköterskan tyckte att patienten borde vara. Det reducerade både patientens och sjuksköterskans frustration med de ofrånkomliga upp- och nedgångarna i hanteringen av långvarig smärta.

Carson och Mitchell (1998) och Nilsson (1998) fann i sina studier att om patienter ingavs hopp och om sjuksköterskan lyssnade och trodde på dem, kände sig patienterna bekräftade vilket var väsentligt för att uppleva livskvalitet. Paulsson et al. (1999) fann att det var viktigt att få sin smärtsamma upplevelse bekräftad av andra. I diskussionen föreslog de att när patienterna kände sig bekräftade av sjuksköterskan, vågade de avslöja sina smärtupplevelser mer uppriktigt, vilket var en nödvändig förutsättning för sjuksköterskans möjligheter för att kunna hjälpa patienterna.

### **Kommunikation**

Henriksson (1995b) fann i sin studie av kvinnor med fibromyalgi att tidigt omhändertagande av patienten samt en god kommunikation mellan patient och sjuksköterska var viktigt för att lindra ångesten och för att förebygga onödiga konsekvenser av symtomen. Wells-Federman (1999) visade i sin litteraturstudie att framgångsrik hantering av smärta krävde aktivt deltagande och tålamod från både patienten, sjuksköterskan och familjen. Genom att hjälpa patienten att beskriva både förtummelse och oro kunde sjuksköterskan identifiera förhållandet mellan fysiska symtom och känslomässig hälsa. Sjuksköterskorna borde vara lyhörda för patientens upplevelse av långvarig smärta, för att vara bättre förberedda att hjälpa dem.

Waddie (1996) skrev i diskussionen till sin litteraturstudie, vars syfte var att undersöka sambandet mellan språk och smärta, att sjuksköterskorna kunde vara omedvetna om orsakerna bakom patientens handlingar eller vara okunniga om kulturella skillnader. Denna brist på kunskap kunde göra att patienterna fick medicin i all välmening som kunde vara olämplig för vissa, eller att patienter som behövde medicin inte fick någon. Sjuksköterskorna måste ta hänsyn till patientens upplevelse av smärta och deras individuella uttryck för smärtan. Vidare diskuterade Waddie att smärta var en daglig upplevelse som uttrycktes genom språket och som då blev legitim. Upplevelsen av smärta var inte en separat företeelse utan istället en del av smärtupplevelsen, vilken var influerad av sociala och kulturella faktorer. Verbal överföring kunde innehålla många ord för att beskriva smärta, men bristen på verbal överföring eller uttryck behövde inte betyda att det inte fanns någon smärta. Icke verbala uttryck togs i beaktning som en del av smärtupplevelsen. Sociala och kulturella influenser avgjorde hur och om upplevelsen av smärta uttrycktes.

Carson och Mitchell (1998) fann att sjuksköterskor hade ett ansvar att lyssna till patienterna om de ville tala om sin smärta och respektera de som inte önskade att göra det. Sjuksköterskor borde lyssna på hur patienterna beskrev sin verklighet och förstå att de uttryckte vad som var viktigt för dem i sina ord och handlingar.

Seers och Friedli (1996) intervjuade 75 patienter med kronisk icke malign smärta i en studie med kvantitativ och kvalitativ ansats. Syftet var att få större insikt i vad det betydde att uppleva kronisk icke malign smärta. De fann att det var viktigt för sjuksköterskan att stödja patienterna när de försökte lära sig att hantera smärtan. Vidare fann de i sin studie att situationen ofta var komplex, vilket kunde innebära att patienten och sjuksköterskan ibland hade olika förväntningar och perspektiv, på vad de ville och vad som var realistiskt. Detta kunde leda till kommunikationssvårigheter som ökade frustrationen och främlingskapet mellan sjuksköterskan och patienten. I diskussionen menade författarna att det avgörande för att kunna hjälpa patienter att komma till rätta med sin smärta och förbättra dagligt liv var att sjuksköterskan talade med dem om vad smärtan betydde för dem.

## **Sammanfattning**

För att sjuksköterskor skall kunna ge en god omvårdnad och stödja patienter med långvarig smärta krävs att hon innehar kunskap. Denna kunskap innebär att hon har kännedom om smärtans alla dimensioner och omvårdnadsåtgärder relaterad till smärta. Sjuksköterskan borde se omvårdnad ur ett helhetsperspektiv eftersom smärta påverkar patientens alla dimensioner, det vill säga de fysiska, psykiska, sociala, kulturella och existentiella dimensionerna. Det ideala bemötandet var att sjuksköterskan lyssnade aktivt, var engagerad, stödjande, informerande, svarade på frågor och verkligen trodde på patienten. Sjuksköterskan bekräftade patienten genom att visa att hon verkligen trodde på deras upplevelse av smärta. Sjuksköterskans kommunikationsförmåga var betydelsefull. Hon borde vara uppmärksam på verbalt och ickeverbalt språk samt uppmuntra patienterna att uttrycka vad de känner.

## **Patientens delaktighet i omvårdnaden**

Krafft och Nyström (2001) fann i sin studie att om patienten fick ökad delaktighet i sin vård förstärktes deras motivation och en ökad vilja till medverkan i den egna rehabiliteringen. Henriksson (1995b) skrev i sin diskussion att roll och livsstilsändringar tog tid och krävde emotionella ansträngningar och en stödjande miljö. Motivationsfaktorer var avgörande och fortsatt stöd från sjuksköterskan borde därför vara tillgänglig.

Carson och Mitchell (1998) framhöll i sin studie att det var sjuksköterskans ansvar att hjälpa och uppmuntra patienten till att finna ändamålsenliga copingstrategier för att klara av att leva med sin smärta. I diskussionen tas det upp att sjuksköterskor hade möjligheter och skyldigheter att försäkra att vårdplaner för smärtlindring följdes upp. Patienten borde vara den som styr processen för att finna de mest bekväma metoderna som kunde hjälpa. De tog även upp att individuella strategier för lindring liksom patientens hopp och drömmar om att leva borde tas med i vårdplanen. Varje patient borde bli ombedd att beskriva sin personliga strategi för att leva med smärtan.



Wells-Federman (2000) påvisade i sin litteraturstudie att det fanns många självhjälpsstrategier som kunde förse patienter med en ökad känsla av kontroll och förbättra livskvalitén tillsammans med minskat lidande. Vid varje besök borde sjuksköterskan anstränga sig att uppmuntra patienten till att anta ett mera aktivt engagemang i sin vård. Förhållandet mellan patient och sjuksköterska borde erbjuda stöd och erkännande och hjälpa patienter att utveckla förtroende till sin egen förmåga att hantera långvarig smärta. Detta skulle kunna minska oförmåga och depression. Det var av största vikt att patienten uppmuntrades till att vara aktiv i sin behandling för bästa möjliga behandlingsresultat. Genom att ge utbildning om smärta och smärthantering kunde sjuksköterskan hjälpa patienterna att finna användbara copingstrategier och hjälpa dem att förstå att de själva var delaktiga i vården.

Henrikson (1995b) fann i sin studie att de kvinnor som hade antagit en ny attityd till hela sin livssituation gjorde få jämförelser till hur livet varit tidigare. De fokuserade mer på vad det nya livet hade att erbjuda. De var positiva till sin framtid och hade accepterat sina begränsningar. Accepterande i det här sammanhanget borde inte tolkas som att ge upp för de nya symtomen utan istället ses som en mera aktiv strategi där personen erkänner att det finns begränsningar som måste tas med i beräkningen. Tecken på accepterande och mognad var initiativet till att göra nya saker, att utveckla talanger och öka sina upplevelser med hjälp av de förmågor som fanns kvar.

Ryan (1995) visade i sin litteraturstudie att sjuksköterskans roll var att sträva efter att förse patienterna med kunskapen de behövde för att kunna göra korrekta beslut som passade deras individuella behov bäst.

### **Sammanfattning**

Sjuksköterskan borde erbjuda stöd och uppmuntran samt hjälpa patienten att utveckla förtroende till sin egen förmåga för att kunna vara aktiv i sin behandling för bästa möjliga behandlingsresultat. Ökad delaktighet förstärkte motivationen och ökade viljan till rehabilitering. Detta kunde minska oförmåga och depression. Patienten borde vara den som styr processen för att finna de mest effektiva metoderna som kunde hjälpa att

lindra smärtan. Dessutom borde individuella strategier och patientens hopp och drömmar tas med i vårdplanen.

### **Informativt stöd och undervisning**

Ryan (1995) påvisade i sin litteraturstudie att utbildningsprogram, som leddes av hälso- och sjukvårdspersonal, var bra för personer med långvarig smärta, eftersom utbildning kunde erbjuda patienterna den kunskap som de behövde för att lära sig hantera smärtan. Det behövdes information och utbildning för att hjälpa patienten med att planera dagen och dess aktiviteter, så att patienten kunde lära sig att balansera träning med vila. Information erfordrades om rätt användande av analgetika och behovet av den, innan patienten tog sig an den aktivitet som kunde orsaka smärta. Genom att erbjuda råd om smärtkontroll, övningar, sömn och andra aspekter på livsstilsförändringar, kunde sjuksköterskan hjälpa patienten att hantera och minimera effekten av smärtan.

Wells-Federman (2000) visade att fysiska, psykiska och andliga konsekvenser av långvarig smärta kunde minskas med hjälp av inläring och användning av avslappningstekniker. Att utbilda patienter angående psykosociala effekter av avslappning och föreskriva en daglig rutin av att lyssna på avslappningsband hemma kunde underlätta den fortsatta användningen av avslappningstekniker. Vidare fann författaren att omformulering eller kognitiv omvärdering, kunde utbilda patienter att frammana tankar och ersätta de som var negativa och irrationella med mer realistiska och hjälpfulla. Kognitiv närmande kunde hjälpa patienterna att känna igen förhållandet mellan tankar, känslor, beteende och fysik, och hjälpte till att dämpa upplevelsen av smärta och lidande. Wells-Federman (1999) visade i sin litteraturstudie att för att bryta cirkeln av stressreaktion, sömnstörningar, depression och copingstrategin ”undvikande” krävdes ett mångfacetterat närmande. Om patienterna hade förståelse och kunskaper om hur stress och smärta påverkade varandra var det lättare för sjuksköterskan att hjälpa dem hitta sätt att hantera sin smärta. Wells-Federman (2000) påvisade i sin litteraturstudie att strategier som innehöll utbildning om smärta och dess hantering, hjälpte patienten att tänka annorlunda om sin smärta.

Richardson och Poole (2001) gjorde en litteraturstudie om en modell för att dela in patienter med långvarig smärta efter hur deras copingstrategier såg ut. De påvisade att utbildning och råd om copingstrategier tillsammans med kontakt med självhjälsgrupper kunde vara väldigt effektivt när patienterna upplevde brist på stöd.

### **Sammanfattning**

För att lära patienten en positiv hantering av sin smärta krävdes det av sjuksköterskan en professionell hantering. Denna innefattade tidig och adekvat information och utbildning. Utbildningsprogram kunde erbjuda patienterna den kunskap de behövde för att kunna hantera sin smärta effektivt. Sjuksköterskan kunde ge råd om hantering av smärta, övningar, sömn och andra aspekter på livsstilsförändringar och därigenom hjälpa patienten att minimera effekten av smärtan. När patienten upplevde brist på stöd kunde utbildning och råd om copingstrategier tillsammans med kontakt med självhjälsgrupper vara mycket effektivt.

### **Stödgrupp**

Subramaniam, Stewart och Smith (1999) utvärderade effekterna av en stödgrupp för patienter med smärta i sin studie med kvalitativ och kvantitativ ansats. I studien deltog tio kvinnor och tre män, 36 – 69 år, med ländryggssmärta. En stödgrupp kunde erbjuda en möjlighet för patienter med långvarig smärta att träffas och dela med sig av sina upplevelser. Denna stödgrupp kunde ledas av dem själva eller med hjälp av hälso-sjukvårdspersonal.

I studien framkom att patienterna ansåg att information given av hälso- och sjukvårdspersonal var användbar, men information som de fått från att diskutera med andra gruppdeltagare sågs som särskilt viktig. Kontakt med andra människor med smärta upplevdes som hjälpande. Deltagarna kände att andra personer med smärta var mer kapabla att förstå deras upplevelser och svårigheter än familjemedlemmar och hälso- och sjukvårdspersonal. Deltagarna ville ha möjligheten att arbeta med och lära

sig från andra som upplevde liknande problem. En stor förväntan var att kunna hjälpa varandra.

Vidare framkom att vid deltagande i stödgruppen erhöll de flesta deltagare ytterligare kunskap. Nio deltagare rapporterade att gruppen hade hjälpt dem i deras vardag. Tre av de fyra övriga deltagarna trodde inte att gruppen hjälpte dem direkt på grund av att de redan hanterade smärtan på ett bra sätt. Dessa deltagare rapporterade dock att de erhöll tillfredsställelse av att hjälpa andra i gruppen. Gruppdeltagarna rapporterade positiva förändringar i beteende och ökad motivation. Andra aspekter av socialt stöd som en känsla av tillhörighet, utveckling av ny vänskap, möjligheten att hjälpa andra och känna glädje i andra gruppdeltagares prestationer, sågs också som betydelsefulla vinster. Deltagandet i gruppen gav dem utbildning och insyn i nya copingstrategier. De erhöll förbättrat hälsorelaterat beteende, ökad funktionell aktivitet, utökat socialt nätverk och genom det ett förbättrat stöd. Dessutom ökade självkänslan och anpassningen till utmaningen av att leva med långvarig smärta.

Subramaniam et al. (1999), framhöll i sin diskussion att deltagande i en stödgrupp kunde vara väldigt hjälpande. Hälsa- och sjukvården hade en värdefull roll genom att erbjuda insatser som att guida, stödja och assistera gruppledarna. Ryan (1995) visade i sin litteraturstudie att stödgrupper kunde hjälpa till att underlätta dagligt liv för att ge en bättre livskvalitet, genom kunskap, stöd och förståelse.

Sjuksköterskan kan ha en viktig roll med att hjälpa patienterna att få kontakt med stödgrupper och kan även ingå i stödgruppen som gruppledare eller som en resurs.

### **Sammanfattning**

Patienter med långvarig smärta upplevde att andra personer med smärta var mer kapabla att förstå deras upplevelser och svårigheter än vad familjemedlemmar och hälso- och sjukvårdspersonal. Information som gavs av hälso- och sjukvårdspersonal sågs som användbar men information från att diskutera med andra personer med smärta sågs som särskilt viktig. De patienter som deltagit i en stödgrupp upplevde positiva förändringar i

beteende och fick ökad motivation till att lära sig leva med smärtan. Patienterna upplevde att de fick socialt stöd, nya vänner och därigenom en känsla av tillhörighet, vilket gav dem ökad självkänsla. De erhöll dessutom utbildning och därigenom kunskap som kunde hjälpa dem att leva med den långvariga smärtan.

## **DISKUSSION**

### **Metod**

Syftena med denna litteraturstudie var att belysa sjuksköterskans stödjande roll och dess betydelse för patienter med långvarig smärta. Författarna valde att avgränsa syftet till de smärttillstånd som var diffusa och långvariga, på grund av att författarna trodde att det fanns en skillnad vad gäller bemötandet av dessa patienter. Skillnaden ligger i samhällets och hälso- och sjukvårdspersonalens attityd och bemötande, som skiljer sig markant beroende på vilken typ av smärta patienten lider av. En patient med kärlekskramp eller cancer tas alltid på största allvar, medan en patient med exempelvis fibromyalgi möter stora svårigheter i sin strävan efter att få en diagnos och därigenom få en bekräftelse på sin smärta.

Litteratursökningen koncentrerades till sökord som skulle återspegla studiens syfte. Det framkom en betydlig skillnad i antalet träffar på begreppen chronic pain (2644 träffar), och long-term pain (91 träffar) i databasen CINAHL. Även i databaserna Spriline och SweMed+ framkom en skillnad i antalet träffar på både chronic pain, longterm pain och kronisk smärta, långvarig smärta (se Bilaga 1). Författarna förmodar att denna skillnad beror på att begreppet kroniskt är mera vedertaget, än begreppet långvarig smärta som är ett relativt nytillkommet begrepp, och som vi anser återspeglar den rätta innebörden av problemet. Socialstyrelsen skriver i sin rapport 1994:4 att långvarig smärta är ett mer adekvat begrepp när det talas om denna typ av smärta, men att begreppet kroniskt är så djupt rotat i litteraturen att det inte går att bortse ifrån.

Vid sökning i databaser har det varit svårt att utifrån abstract och titel bedöma om litteraturen varit relevant. Det har därför inneburit många refuserade artiklar eftersom det vid noggrannare läsning visat sig att artiklarna endast berörde ämnet stöd i sin

bakgrund, medan resultatet handlade om medicinsk smärtlindring, smärtskattning samt effekter av utbildning. Dessutom har många artiklar tagit upp patienternas upplevelser av att leva med långvarig smärta. En del av dessa artiklar kunde dock användas både i bakgrund och resultat eftersom de visade patientens perspektiv och därigenom talade om vad sjuksköterskans stöd innebar.

Att göra en översikt, browsing av litteraturen, visade sig vara till stor hjälp. Det innebar att nya sökord erhöles som gav sex nya artiklar. I övrigt framkom samma artiklar som vid den första sökningen. Detta bekräftar att de sökord som användes från början var relevanta, men även att en tidsödande metod som browsing kan ge nya artiklar.

Litteratursökningen redovisas under rubriker som systematisk sökning samt osystematisk sökning i kronologisk ordning, detta innebar att den nya systematiska sökning som gjordes på de nya sökorden som erhöles ur ett fördjupningsarbete, hamnade under rubriken osystematisk sökning. Detta kan diskuteras om det är lämpligt, men författarna fann inget sätt att kringgå problemet.

I studiens första skede var inklusionskriterierna mycket snäva så dessa fick lösas upp, vilket gjordes genom lägga till ”på något sätt berörde ämnet”. Det hade annars blivit svårt att finna artiklar som svarade på frågeställningarna. Detta beror troligtvis på att det inte har forskats så mycket inom ämnet. Detta bekräftades genom kontakter med Smärtenheten på Uddevalla samt Smärtmottagningen på Östra sjukhuset. Även Francke, Garssen & Huijer Abu-Saad (1996), som gjort en reviewartikel, fann att av tolv studier lade endast två av dem aspekter på icke-farmakologiska omvårdnadsåtgärder som psykosocialt stöd, information och undervisning.

I studiens resultat finns sekundärkällor som en del av artiklarnas diskussion och fem litteraturstudier, vilket kan påverka validiteten på studien. Trots detta anser författarna att studien har en god validitet, eftersom både patienter och sjuksköterskors syn på stöd har framkommit. Syftet med studien har uppnåtts och frågeställningarna besvarats. Patientens upplevelser och förväntningar av sjuksköterskans stöd, sjuksköterskans syn på sin stödjande roll och sjuksköterskans strategier har tydligt framkommit.

## Resultat

Författarna till denna litteraturstudie har funnit att sjuksköterskor spelar en viktig roll i omvårdnaden av patienter med långvarig smärta. Eftersom sjuksköterskor ofta har den närmsta kontakten med patienter under den dagliga vården, bör det vara de som har det direkta ansvaret för den övergripande behandlingen av smärta. Sjuksköterskor kan vara bäst lämpade till att klassificera, diagnostisera och behandla långvarig smärta samt hänvisa till andra yrkesgrupper när det är lämpligt.

Långvarig smärta påverkar de fysiologiska, psykologiska, sociala, kulturella och existentiella dimensionerna hos patienter. Detta gör att de kan uppleva en lång rad förluster i det dagliga livet. Smärtan kan medföra kroppsliga konsekvenser som sömnstörningar, trötthet, irritabilitet och depression. Familje- och vänskapsrelationer, arbetsliv samt fritidsaktiviteter kan också bli påverkade, vilket kan medföra isolering och ensamhet. Detta bekräftas också av Brattberg (1995a).

Patienter med långvarig smärta har ofta långa kontakter med sjukvården innan de får en diagnos. Diagnosen blir en stor lättnad och ger en bekräftelse av smärtan. Tyvärr får en del patienter inte någon diagnos vilket gör att de känner sig missförstådda, eftersom det då inte finns någon uppenbar orsak till deras smärta. Patienter upplever brist på bekräftelse, helhetssyn, empati och intresse i sina möten med hälso- och sjukvården. Många patienter upplever att de blir nonchalant, respektlöst bemötta och känner sig kränkta vilket bekräftas av Krafft och Nyström (2001). Vidare fann vi att patienterna ansåg att sjuksköterskor inte ger dem den information som de anser sig behöva. Detta är motsatsen till hur patienter förväntar sig att bli bemötta, vilket är med förtrolighet och med bekräftelse. De vill ha någon som är beredd att lyssna på dem och förstå deras upplevelse av smärta, och vill att sjuksköterskor skall ha förmåga till empati och respekt.

Det som kan synas vara intressant är att patienter upplever sjuksköterskor på ett negativt sätt, och beskriver att de har brist på empati och helhetssyn, samt bemöter dem respektlöst och nonchalant. Sjuksköterskor däremot uppfattar sig själva som bekräftande, lyssnande och tillmötesgående. Skillnaden mellan patienters och

sjuksköterskors uppfattning om verkligheten kan bero på att sjuksköterskor har goda intentioner, men att resurser saknas, eller att sjuksköterskor överskattar sig själva och sin förmåga att förstå patienter. I studierna har det framkommit att sjuksköterskor ibland anser att patienterna är i behov av sympati och ibland av empati, medan patienterna enbart talar om empati. Detta är intressant eftersom sympati innebär att sjuksköterskan upplever patientens lidande, hon berörs av det och vill göra något aktivt för att hjälpa eller lindra. Empati däremot innebär förmåga att sätta sig in i hur patienten upplever sin situation, men innebär inte att sjuksköterskan faktiskt upplever samma som patienten, utan håller den professionella distansen. Av detta kan vi dra slutsatsen att patienten inte önskar sympati från sjuksköterskorna utan ett professionellt bemötande med empati.

Upplevelsen av att inte bli trodd kan bero på att det råder en oförstående attityd till patienter med långvarig smärta. Denna oförstående attityd finns i samhället och även hos hälso- och sjukvårdspersonalen. Sjuksköterskor måste därför bekräfta patienter genom att visa att de verkligen tror på patienternas upplevelse av smärta och bete sig på ett sätt som övertygar patienten att hon verkligen bryr sig. Detta bekräftas av Paulsson et al. (1999). När patienterna känner sig bekräftade av sjuksköterskor vågar de avslöja sina upplevelser av smärta mer uppriktigt, vilket är en nödvändig förutsättning för att sjuksköterskor skall kunna hjälpa patienterna. De måste även kunna observera det ickeverbala uttrycket för smärtan för att kunna hjälpa de patienter som inte talar om sin smärta, trots att de upplever svårigheter, vilket överensstämmer med Carson och Mitchell (1998).

Sjuksköterskor borde se omvårdnad ur ett helhetsperspektiv eftersom smärta påverkar patientens alla dimensioner, det vill säga de fysiska, psykiska, sociala, kulturella och existentiella dimensionerna, eftersom långvarig smärta är ett multidimensionellt hälsoproblem, vilket bekräftas av Törnkvist et al. (1998). Vi anser att utgångspunkten är att alltid ha full respekt för patienters beskrivning av sin upplevelse av smärta och att sjuksköterskan finns till hands och inte överger patienten. Sjuksköterskor måste försöka skapa en tillitsfull relation genom öppenhet, uppriktighet, kärlek och tålmod, vilket stämmer med Lindholm och Eriksson (1993).



Vidare bör förhållandet mellan patienter och sjuksköterskor erbjuda stöd och erkännande samt hjälpa patienter att utveckla förtroende till sin egen förmåga att hantera långvarig smärta. Sjuksköterskor bör anstränga sig till att uppmuntra patienter att anta ett mer aktivt engagemang i sin vård, vilket bekräftas av Wells-Federman (2000). En del patienter kan genom att använda sig av användbara copingstrategier, anta en ny attityd till hela sin livssituation och därigenom göra få jämförelser till hur livet varit tidigare. De fokuserar mer på vad det nya livet har att erbjuda i kvalitet och erfarenheter. De är positiva till sin framtid och har accepterat sina begränsningar, vilket överensstämmer med Henriksson (1995b). Det har i vår litteraturstudie framkommit att copingstrategier är avgörande för patienters upplevelse av smärta. Om copingstrategierna inte fungerar eller räcker till för bearbetning, acceptering och anpassning kan det få stora konsekvenser för det dagliga livet. Vilket stämmer med SoS-rapport (1994:4). Alla patienter har tyvärr inte fungerande, användbara copingstrategier som nytänkande, positiv livssyn och egen tilltro. Därför har sjuksköterskor en stor roll i att hjälpa dem finna dessa copingstrategier.

Genom att erbjuda råd om smärtkontroll, övningar, sömn och andra aspekter på livsstilsförändringar, kan sjuksköterskan hjälpa till att minimera effekten av smärtan och hjälpa patienter att hantera den, vilket även bekräftas av Ryan (1995). Strategier som innehåller utbildning om smärta och dess hantering, kan hjälpa patienter att tänka annorlunda om sin smärta. Utbildning och råd om copingstrategier tillsammans med kontakt med självhjälps grupper kan vara väldigt effektivt när patienterna upplever brist på stöd.

Det visade sig i litteraturstudien att sjuksköterskor kan uppleva att deras resurser inte räcker till för att ge patienterna ett adekvat stöd. Dessutom upplever patienter med långvarig smärta att andra personer med smärta, är mer kapabla att förstå deras upplevelser och svårigheter än vad familjemedlemmar och hälso- och sjukvårdspersonal är. Patienter anser att stödgrupper täcker en brist i den tillgängliga servicen från hälso- och sjukvården, genom att erbjuda stöd för de svåra frågorna som kommer med att leva med långvarig smärta. Att hänvisa till dessa stödgrupper är därför en stor del i sjuksköterskans stödjande roll.

Patienter som deltog i en stödgrupp upplevde positiva förändringar i beteende och fick ökad motivation till att lära sig leva med smärtan. Patienterna upplevde att de fick socialt stöd, nya vänner och därigenom en känsla av tillhörighet, vilket gav dem ökad självkänsla. De erhöll dessutom utbildning och därigenom kunskap som kunde hjälpa dem att leva med den långvariga smärtan. Därför anser vi att patienter med långvarig smärta alltid bör erbjudas stöd från andra personer som går igenom samma sak som de själva, eftersom det visat sig att stödgrupper kan ge mycket positiva resultat.

Enligt HSL, 1982:763 2a § skall vården vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet. Behandlingen skall bygga på respekt för patienters självbestämmande och integritet. I SOSFS 1993:17 sägs det att omvårdnad omfattar åtgärder som skall skapa en hälsobefrämjande miljö, undanröja smärta och obehag samt ge stöd och hjälp åt patienter i deras reaktioner på sjukdom. Det som är intressant är att sjuksköterskor beskriver sin stödjande roll för patienter med långvarig smärta på ett sätt som för tankarna till dessa lagar och allmänna råd. Det verkar som att sjuksköterskor är medvetna om de lagar, förordningar och allmänna råd som styr omvårdnaden, men att de har svårt för att omsätta dem i praktiken.

Kunskap är nödvändig för att sjuksköterskor skall kunna ge en god omvårdnad och stödja patienter med långvarig smärta. Denna kunskap innebär att sjuksköterskorna har kännedom om smärtans alla dimensioner och omvårdnadsåtgärder som är relaterade till smärta. Omvårdnadsåtgärder kan vara det stöd som har visats i studien, men kan även vara massage, musik, terapi, humor och terapeutisk beröring, TENS, VAS och farmakologisk behandling av smärta, vilket också bekräftas av Wells-Federmans studier (1999, 2000).

Vi anser att bristen på kunskap och den otillfredsställande behandlingen av patienter med långvariga smärttillstånd betonar vikten av att sjuksköterskor erhåller utbildning i smärta och smärtkontroll. Sådan träning är nödvändig för att erbjuda en god vård, att bidra till lindringen av smärtan, för att identifiera patienter med långvarig smärta och för att förebygga kroniska smärttillstånd. Riksföreningen mot smärta har i samarbete med Svensk sjuksköterskeförening arbetat fram en kompetensbeskrivning för sjuksköterskor

med specialisering i smärtvård. Där skriver de att en sjuksköterska med specialisering i smärtvård skall kunna initiera och vidta åtgärder som syftar till att främja hälsa och välbefinnande samt förebygga uppkomsten av smärta och dess följdtilstånd. Hon skall kunna ansvara för patienter i alla åldrar med akut, långvarig icke malign eller cancerrelaterad smärta, med hänsyn till varierande kulturell, social och religiös tillhörighet. Vidare skall hon kunna informera och undervisa patienter och deras närstående, samt handleda och undervisa studenter och medarbetare i vården av patienter inom special området (Riksföreningen mot smärta, 2001).

Med kompetensbeskrivningen vill vi visa att det är nödvändigt med god kunskap om smärta och dess dimensioner. Men anser att även grundutbildade sjuksköterskor behöver denna kunskap, eftersom patienter med långvarig smärta kan träffas på överallt i sjukvården. Det är därför viktigt att sjuksköterskors grundutbildning har ett gemensamt innehåll. Det borde vara obligatoriskt med utbildning om smärtans alla dimensioner, för att alla patienter med långvarig smärta skall få möjligheter till en god omvårdnad oavsett var de befinner sig. En intressant iakttagelse som styrker vikten av en gemensam utbildningsplan är upptäckten att omvårdnadsåtgärder skiljer sig beroende på vilken syn och attityd sjuksköterskan har till omvårdnad. Det har tydligt framkommit i Francke et al. (1997) att sjuksköterskor som har en helhetssyn på omvårdnad använder sig mer av stödjande åtgärder än vad sjuksköterskor som har ett ensidigt farmakologiskt synsätt gör. De stödjande omvårdnadsåtgärderna ofta är den extra touche som lägger kvalitet till omvårdnaden. Att de inte anses vara lika viktiga som de specifika omvårdnadsåtgärderna, tror vi kan bero på att de är mer abstrakta och handlar om psykosociala och interpersonella aspekter av hantering av smärta. Utbildningen har en uppgift med att försöka få alla sjuksköterskestuderande till att anta en helhetssyn på omvårdnad.

De flesta studier i vårt resultat har undersökts utifrån kvinnors perspektiv där få män ingår. I studierna görs dock inga skillnader mellan könen. Endast en studie grundas på enbart mäns upplevelser av smärta. Studien är skriven av Paulsson, Danielsson och Norberg (1999) och i den framkommer att det finns skillnader mellan män och kvinnor. Där berättar sjuksköterskorna att de har mer erfarenhet av kvinnor än av män med

långvarig smärta. Män har större svårigheter att hantera smärtan än vad kvinnor har och männen uttrycker sin smärta som mer intensiv. Det framkommer att män har större svårigheter att tala om sina känslor. Kvinnor däremot rapporterades tala spontant om hur de känner sig i sin helhet, och fann också ord för att uttrycka sina känslor. Författarna finner det intressant att det finns en skillnad i sättet som män och kvinnor upplever och uttrycker sin smärta. Det kan bero på att samhällets värderingar om vad som är manligt och kvinnligt fortfarande finns i människors uppfattning om hur det skall vara. Männen skall vara starka och inte visa sina känslor offentligt och det anses även att de skall tåla mer än kvinnor.

## **Konklusion**

Slutsatsen är att sjuksköterskors stödjande strategier består av att ha ett bra bemötande, vilket innebär att sjuksköterskor lyssnar aktivt, är engagerade, stödjande, informerande, svarar på frågor och verkligen tror på patienterna. Sjuksköterskans stödjande roll består av att se patienten ur ett helhetsperspektiv, med respekt, empati och bekräftelse. Hon skall ge information och undervisning till patienten om smärta och dess dimensioner och genom god kommunikationsförmåga inta en lyhörd, lyssnande roll. Sjuksköterskan skall uppmuntra patienten till att bli delaktig i sin vård, för bästa möjliga omvårdnadsresultat, och när det är nödvändigt hänvisa till stödgrupper, andra behandlingsformer och andra professioner som sjukgymnast och psykolog. Sjuksköterskan har en stor roll i vården av patienter med långvarig smärta, det är därför viktigt att alla sjuksköterskor får samma kunskap och grund att stå på. God självkänedom, tid för reflektion och eftertanke ökar sjuksköterskans förutsättningar att ge en god omvårdnad till patienten.

Trots att hantering av smärta som omvårdnadsåtgärd är väl beskriven i exempelvis författningar, och trots att sjuksköterskor ofta är inblandade i omvårdnadsåtgärder av långvarig diffus smärta, finns det idag inga studier som styrker specifika omvårdnadsåtgärder för denna typ av smärta. Forskningen inom området har inte varit heltäckande, därför föreslås fortsatt forskning i ämnet genom empiriska studier på sjuksköterskornas syn på sin stödjande roll samt på patienternas syn på denna roll.

Ett annat utforskat område som framkom, var skillnaden mellan män och kvinnors upplevelse samt behov av stöd. En empirisk studie som undersöker om det finns skillnader mellan män och kvinnors behov av stöd och hur de iså fall yttrar sig, skulle därför vara intressant.

## LITTERATUR

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

Brattberg, G. (1995a). *Värkmästarnas värkstad*. Stockholm: Liber.

Brattberg, G. (1995b). *Att möta långvarig smärta*. Stockholm: Liber

Carson, M.G., & Mitchell, G.J. (1998). The experience of living with persistent pain. *Journal of Advanced Nursing*, 28, (6), 1242-1248.

Francke, A.L., Lemmens, A.B.T., Huijer Abu-Saad, H., & Grypdonck, M. (1997). Nurses' perception on factors influencing the use of pain program. *Journal of Pain and Symptom Management*, 14, (5), 300-310.

Francke, A.L., Garssen, B., & Huijer Abu-Saad, H. (1996). Continuing pain education in nursing: a literature review. *Int.J.Nurs. Stud*, 33, (5), 567-578.

Hallberg, L. R.-M., & Carlsson, S.G. (1998). Psychosocial vulnerability and maintaining forces related to fibromyalgia. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 12, (2), 95-103.

Hallberg, L R.-M., & Carlsson, S.G. (2000). Coping with fibromyalgia. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 14, 29-36.

Hartman, J. (1998). *Vetenskapligt tänkande – från kunskapsteori till metodteori*. Lund: Studentlitteratur.

Henriksson, C.M. (1995a). Living with continuous muscular pain - Patients perspectives. Part I: Encounters and consequences. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 9, (2), 67-76.

Henriksson, C.M. (1995b). Living with continuous muscular pain - Patients perspectives. Part II: Strategies for daily life. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 9, (2), 77-86.

Herr, K.A., & Mobily, P.R. (1992). Interventions related to pain. *Nursing Clinics of North America*, June, 27, (2), 347-368.

Killander, E. (1999). *Tro på patienten: behandling av tumörrelaterad smärta*. Lund: Studentlitteratur.

Klintman, H. (1998). *Den gåtfulla smärtan*. Stockholm: Natur och kultur.

Krafft, B., & Nyström, C. (2001). *Psykiska försvarsmekanismer och stressrelaterade faktorerers betydelse för utveckling av somatoformt smärtsyndrom – jämförande studie mellan patienter med icke noiceptiv smärta och patienter med långvarig noiceptiv smärta*. Forskningsrapport 1:2001. Borås: Högskolan i Borås, Institutionen Vårdhögskolan.

Lindholm, L., & Eriksson, K. (1993). To understand and alleviate suffering in a caring culture. *Journal of Advanced Nursing*, 18, (9), 1354-1361.

Montes-Sandoval. (1999). An analysis of the concept of pain. *Journal of Advanced Nursing*, 29, (4), 935-941.

Nilsson, G. (1998). *Att vägras vara sjuk – om uppfattningar och upplevelser att ha långvarig värk och smärta*. Undervisningsrapport 1998:7. Linköping: Folkhälsovetenskapligt centrum.

Nyman, C.S., & Lützen, K. (1999). Caring needs of patients with rheumatoid arthritis. *Nursing Science Quarterly*, Apr, 12, (2), 164-169.

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

Patel, R. & Davidsson, B. (1994). *Forskningsmetodikens grunder* (2:a rev.uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Paulson, M., Danielson, E., & Norberg, A. (1999). Nurses' and physicians' narratives about long-term non-malignant pain among men. *Journal of Advanced Nursing*, 30, (5), 1097-1105.

Polit, D.F., & Hungler, B.P. (1999). *Nursing research: Principles and methods* (6th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Richardson, C., & Poole, H. (2001). Chronic pain and coping; a proposed role. *Journal of Advanced Nursing*, 34, (5), 659-667.

Riksföreningen mot smärta. (2001, April, 10). *Kompetensbeskrivning för sjuksköterskor med specialisering i smärtvård* [WWW dokument]. URL <http://www.swenurse.se/admin/Documents/KompetensbeskrivningSmärtvård.pdf>.

Ryan, S. (1995). Fibromyalgia: what help can nurses give? *Nursing Standards*, June, 9, (37), 25-28.

Seers, K., & Friedli, K. (1996). The patients experiences of their chronic non- malignant pain. *Journal of Advanced Nursing*, 24, (6), 1160-1168.

SFS (1982:763). Hälso- och sjukvårdslagen. Stockholm: Socialstyrelsen.

Skott, A. (1994). *Psykiatriska och psykologiska aspekter. Behandling av långvarig smärta*. SoS-rapport 1994:4. Stockholm: Fritzes.



Socialstyrelsen. (1994). *Behandling av långvarig smärta*. SoS-rapport 1994:4. Stockholm: Fritzes.

SOSFS (1989:1). Socialstyrelsens allmänna råd om smärtlindring i livets slutskede. Stockholm: Socialstyrelsen.

SOSFS (1993:17). Socialstyrelsens allmänna råd om omvårdnad inom hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen.

Subramaniam, V., Stewart, M.W., & Smith J.F. (1999). The development and impact of a chronic pain support group: A qualitative and quantitative study. *Journal of Pain and Symptom Management*, May, 17, (5), 376-383.

Thunberg, K.A., Carlsson, S.G., & Hallberg, L.R-M. (2001). Health care professional's understanding of chronic pain. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 15, 99-105.

Törnkvist, L., Gardulf, A., & Strender, L-E. (1998). The opinions of district nurses regarding the knowledge, management and documentation of patients with chronic pain. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 12, 146-153.

Waddie, N.A. (1996). Language and pain expression. *Journal of Advanced Nursing*, 23, 868-872.

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

Wells-Federman, C.L. (1999). Care of the patient with chronic pain: Part I. *Clinical Excellence for Nurse Practitioners*, 3, (4), 192-204.

Wells-Federman, C.L. (2000). Care of the patient with chronic pain: Part II. *Clinical Excellence for Nurse Practitioners*, 4, (1), 4-12.

Tabell 1. Översikt av litteratursökning.

Sökord	CINAHL	PubMed	Spriline	SweMed+
Support	35633	885	823	1474
Patient support	199	381	217	271
Psychosocial support	5344	33	15	58
Nursing	125485	754	6791	4738
Pain	23979	363	786	1920
Pain + nursing	7946	103	43	85
Pain + support	3177	179	6	17
Pain + support + nursing	1807	61	0	1
Pain + patient support	34	72	3	6
Pain + patient support + nursing	18	23	0	1
Pain + psychosocial support + nursing	240	1	0	0
Long-term pain	91	9	3	6
Long-term pain + nursing	24	1	2	0
Long-term pain + support	25	7	0	0
Long-term pain and patient support	0	5	0	0
Long-term pain + psychosocial support	0	1	0	0
Chronic pain	2644	12	117	291
Chronic pain + nursing	835	1	0	9
Chronic pain + support	421	4	2	2
Chronic pain + support + nursing	206	0	0	0
Chronic pain + psychosocial support	51	1	1	0
Chronic pain + psychosocial support + nursing	32	0	0	0
Chronic pain + patient support	3	1	1	1
Stöd			1767	1018
Patient stöd			494	224
Psykosocialt stöd			53	750
Omvårdnad			3995	2188
Smärta			632	1094
Smärta + omvårdnad			59	22
Smärta + stöd			18	10
Smärta + patient stöd			11	4
Smärta + psykosocialt stöd			2	8
Långvarig smärta			51	11
Långvarig smärta + omvårdnad			3	0
Långvarig smärta + stöd			4	0
Långvarig smärta och patientstöd			4	0
Långvarig smärta + psykosocialt stöd			1	0
Kronisk smärta			136	204
Kronisk smärta + omvårdnad			4	1
Kronisk smärta + stöd			6	1
Kronisk smärta + patientstöd			5	1
Kronisk smärta + psykosocialt stöd			1	1

Tabell 2. Översikt av litteratursökning med nya sökord.

Sökord	CINAHL	PubMed	Spriline	SweMed+
Caring	13176	24	190	471
Caring + pain	1410	15	1	26
Caring + chronic pain	161	0	0	6
Caring + long-term pain	1	0	0	1
Caring + non-malignant pain	14	0	0	0
Nurses'attitudes	1065	53	32	79
Nurses'attitudes + pain	169	7	2	7
Nurses'attitudes + chronic pain	9	0	1	2
Nurses'attitudes + long-term pain	0	0	0	0
Nurses'attitudes + non-malignant pain	0	0	0	0
Non-malignant pain	61	23	0	8
Non-malignant pain + support	10	20	0	0
Non-malignant pain + support + nursing	4	6	0	0
Non-malignant pain + patient support	0	10	0	0
Non-malignant pain + patient support + nursing	0	3	0	0
Non-malignant pain + psychosocial support	0	1	0	0
Non-malignant pain + psychosocial support-nursing	0	0	0	0
Nurses'knowledge	883	55	42	76
Nurses'knowledge + pain	300	8	2	7
Nurses'knowledge + chronic pain	50	1	1	2
Nurses'knowledge + long-term pain	0	0	0	0
Nurses'knowledge + non-malignant pain	4	2	0	0
Nurses'knowledge + nursing + pain	293	5	2	2
Nurses'knowledge + nursing + chronic pain	49	0	0	0
Sjuksköterskans attityd		0	23	0
Sjuksköterskans attityd + smärta		0	0	0
Icke malign smärta		0	0	1
Kronisk diffus smärta		0	2	0

Högskolan i Trollhättan/Uddevalla  
Institutionen för omvårdnad  
Box 1236  
462 28 Vänersborg  
Tel 0521-26 42 01 Fax 0521-26 42 99  
[www.htu.se](http://www.htu.se)