

# **Smärta och smärtlindring hos äldre**

-En litteraturstudie

Karin Kjellberg

EXAMENSARBETE	
Arcada	
Utbildningsprogram:	Vård 2006
Identifikationsnummer:	3742
Författare:	Karin Kjellberg
Arbetets namn:	Smärta och smärtlindring hos äldre -en litterartustudie
Handledare (Arcada):	Gun-Britt Lejonqvist
Uppdragsgivare:	Esbo Hemvård
<p>Sammandrag:</p> <p>Detta examensarbete är en litteraturstudie om de äldres upplevelser av smärta och metoder för smärtlindring. Uppdragsgivare för detta arbete är Esbo Hemvård. Andelen äldre ökar kraftigt och ändå är hälsorelaterade frågor för den här människogruppen ofta försummade. <b>Syftet</b> med studien var att belysa äldres upplevelser av smärta, beskriva vilka metoder för smärtlindring de äldre föredrar och vad vårdare kan göra för att lindra smärta hos dessa personer. <b>Forskningsfrågor</b> för den här studien var: 1. Vad bör vårdare veta om de äldres smärtupplevelser? 2. Vilka metoder för smärtlindring föredrar de äldre med smärta? 3. Vad kan vårdare göra för att lindra smärta hos de äldre? Som <b>teoretisk referensram</b> har Haegerstams smärtmodell använts. <b>Metoden</b> för min studie var en litteraturstudie av 11 forskningsartiklar och materialet har analyserats genom en induktiv kvalitativ innehållsanalys. <b>Resultatet</b> visade att många äldre lever med långvarig smärta och att smärtupplevelsen innehåller både positiva och negativa känslor och olika rädslor och oro. Det framkom att de äldre ofta hade flera smärtlokaliseringar och de vanligaste typerna av smärta var muskuloskeletal smärta, kardivaskulärsmärta, cancersmärta och smärta från frakturer. De äldre föredrog metoder för smärtlindring som de själva kunde använda, som t.ex. vila, kognitiva metoder och olika smärtstillande salvor. De äldre använde även smärtstillande läkemedel, men många var motvilliga att använda dessa då de upplevde att de hade många biverkningar. Kunskapsbrist om farmakologisk behandling och en passiv roll i smärtbehandlingen av äldre hos vårdaren framkom.</p>	
Nyckelord:	Äldre, smärta, smärtlindring
Sidantal:	46
Språk:	Svenska
Datum för godkännande:	19.11.2012

DEGREE THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	Nursing 2006
Identification number:	3742
Author:	Karin Kjellberg
Title:	Pain and pain relief in the elderly - A literature review
Supervisor (Arcada):	Gun-Britt Lejonqvist
Commissioned by:	Esbo Hemvård
<p>Abstract:</p> <p>This thesis is a literature review of the elderly's experiences of pain and pain relief. Esbo Hemvård commissioned this thesis. The elderly part of the population is growing heavily and still health related questions associated with this part of the population are often neglected. <b>The aim</b> of this study was to highlight the elderly's experiences of pain, to describe which methods for pain relief the elderly prefer and what caregivers could do to ease their elderly patients' pain. <b>The research questions</b> for this study were: 1. What should caregivers know about the elderly patients' experiences of pain? 2. What methods for pain relief the elderly prefer? 3. What can caregivers do to ease pain in the elderly? As <b>theoretical framework</b> in this study Haegerstams (2008) pain model was used. The <b>research method</b> for my study was a literature review of 11 research articles and the material was analyzed with an inductive qualitative content analysis. <b>The result</b> shows that many elderly are living with lingering pain and that the experience of pain consists of both positive and negative feelings and different fears and anxieties. The study also shows that the elderly have several pain locations and the most common types of pain are musculoskeletal, cardio vascular, cancerous and pain from fractures. The elderly preferred methods of pain relief that they could use themselves, e.g. rest, cognitive methods and different pain relieving ointments. The elderly also used analgesics but many were reluctant to use them because of the perceived varied side effects. A trend in lack of knowledge of pharmaceutical treatment and the caregiver's passive role in pain management in the elderly emerged in the study.</p>	
Keywords:	Elderly, Pain, Pain management
Number of pages:	46
Language:	Swedish
Date of acceptance:	19.11.2012

OPINNÄYTE	
Arcada	
Koulutusohjelma:	Hoitoala
Tunnistenumero:	3742
Tekijä:	Karin Kjellberg
Työn nimi:	Ikäihmisten kipu ja kivunlievitys -kirjallisuustutkimus
Työn ohjaaja (Arcada):	Gun-Britt Lejonqvist
Toimeksiantaja:	Espoon kotihoito
Tiivistelmä:	
<p>Tämä opinnäytetyö on kirjallisuustutkimus ikäihmisten kokemuksia kivusta ja kivunlievitysmenetelmiä. Espoon kotihoito on työn toimeksiantaja. Ikäihmisten osuus kasvaa merkittävästi ja terveyteen liittyviä kysymyksiä näille ihmisille laiminlyödään usein. <b>Tutkimuksen tavoite</b> oli valaista ikäihmisten kokemuksia kivusta, kuvata mitkä kivunlievitysmenetelmät ikäihmiset suosivat ja mitä hoitajat voivat tehdä lievittääkseen ikäihmisten kipua. <b>Tutkimuskysymyksiä olivat:</b> 1. Mitä hoitajat tulisi tietää ikäihmisten kokemuksia kivusta? 2. Mitkä kivunlievitysmenetelmät ikäihmiset suosivat? 3. Millä tavalla hoitajat voisivat lievittää ikäihmisten kipua? <b>Teoreettisena viitekehystenä</b> toimii Haegerstamin kipumalli (2008). <b>Tutkimusmenetelmä</b> on kirjallisuuskatsastus 11 tutkimusartikkelista ja analyysinä on käytetty induktiivinen laadullinen sisällönanalyysi. <b>Tulokset</b> näyttivät että monet ikäihmiset kärsivät pitkäaikaisesta kivusta ja että kipukokemukseen liittyivät sekä positiivisia ja negatiivisia tunteita että pelko ja huoli. Kävi ilmi että ikäihmisillä oli useampia kipusijainteja ja tavallisimmat kiputyypit olivat tuki- ja liikuntaelinten kipu, kardiovaskulaarinen kipu, syöpäkipu ja murtumakipu. Ikäihmiset käyttivät mieluiten kivunlievitysmenetelmät jotka he itse pystyvät käyttämään, esim. lepoa, kognitiiviset menetelmät ja erilaisia kivunlievittäviä voiteita. Ikäihmiset käyttivät myös kipulääkkeitä mutta monet olivat vastahakoisia käyttämään niitä erilaisten sivuvaikutusten takia. Tiedon puutteesta farmakologisesta hoitomenetelmistä ja hoitajan passiivinen rooli kivunhoitamisessa ilmeni analyysissä.</p>	
Avainsanat:	Ikäihminen, Kipu, Kivunlievitys
Sivumäärä:	46
Kieli:	Ruotsi
Hyväksymispäivämäärä:	19.11.2012

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>1</b>	<b>INLEDNING .....</b>	<b>7</b>
<b>2</b>	<b>BAKGRUND .....</b>	<b>8</b>
<b>2.1</b>	<b>Smärtyper .....</b>	<b>8</b>
2.1.1	Nociceptiv och neurogen smärta .....	9
2.1.2	Psykogen och idiopatisk smärta .....	10
<b>2.2</b>	<b>Äldre, åldrande och smärta .....</b>	<b>10</b>
2.2.1	Åldrande .....	10
2.2.2	Äldre och smärta .....	11
<b>3</b>	<b>SYFTE OCH FORSKNINGSFRÅGOR .....</b>	<b>12</b>
<b>4</b>	<b>TEORETISK REFERENSRAM .....</b>	<b>13</b>
<b>4.1</b>	<b>Sensationen .....</b>	<b>14</b>
<b>4.2</b>	<b>Perceptionen .....</b>	<b>14</b>
4.2.1	Tolkningen .....	15
4.2.2	Lidandet .....	17
<b>4.3</b>	<b>Yttringen .....</b>	<b>20</b>
<b>5</b>	<b>Metod .....</b>	<b>21</b>
<b>5.1</b>	<b>Litteraturstudie .....</b>	<b>22</b>
<b>5.2</b>	<b>Datainsamlingen .....</b>	<b>23</b>
<b>5.3</b>	<b>Inklusions- och exklusionskriterier .....</b>	<b>24</b>
<b>5.4</b>	<b>Innehållsanalys .....</b>	<b>24</b>
<b>5.5</b>	<b>Presentation av artiklarna .....</b>	<b>25</b>
<b>5.6</b>	<b>Genomförande av analysen .....</b>	<b>31</b>
<b>6</b>	<b>RESULTAT .....</b>	<b>31</b>
<b>6.1</b>	<b>De äldres upplevelser av smärta .....</b>	<b>31</b>
6.1.1	Förekomst och typ av smärta .....	32
6.1.2	Smärtans intensitet och lokalisering .....	32
6.1.3	Positiva känslor .....	33
6.1.4	Negativa känslor .....	33

6.1.5	Rädsla och oro .....	33
6.1.6	Psykisk smärta .....	34
<b>6.2</b>	<b>Metoder för smärtlindring .....</b>	<b>34</b>
6.2.1	Kognitiva metoder.....	35
6.2.2	Fysiska metoder .....	35
6.2.3	Naturmetoder .....	36
6.2.4	Läkemedel .....	36
<b>6.3</b>	<b>Vårdarens roll i lindrandet av smärta .....</b>	<b>37</b>
6.3.1	Brister hos vårdaren .....	37
6.3.2	Bedömning .....	38
<b>7</b>	<b>Diskussion .....</b>	<b>38</b>
7.1	De äldres upplevelser .....	38
7.2	Metoder för smärtlindring .....	40
7.3	Vårdarens roll .....	41
<b>8</b>	<b>Kritisk granskning.....</b>	<b>42</b>
<b>9</b>	<b>Etiska reflektioner .....</b>	<b>43</b>

## FIGURER

Figur 1. Faktorer som påverkar smärtsensationen och bidrar till det totala lidandet	18
Figur 2. Äldres upplevelser av smärta med underkategorierna	32
Figur 3. Metoder för smärtlindring med underkategorier	34
Figur 4. Vårdarens roll i lindrandet av smärta med underkategorier	37

## TABELLER

Tabell 1. Datainsamlingen	23
Tabell 2. Litteraturöversikt	26

## 1 INLEDNING

Smärta är en subjektiv obehaglig upplevelse som är väldigt komplex med flera olika komponenter. International Association for the Study of Pain definierar smärta som *”En obehaglig sensorisk och känslomässig upplevelse förenad med vävnadsskada eller hotande vävnadsskada eller beskriven i termer av sådan skada. Oförmåga att kommunicera utesluter inte att individen känner smärta eller kan vara i behov av adekvat smärtlindring. Smärta är alltid subjektiv. Varje individ lär sig betydelsen av ordet genom egna erfarenheter av vävnadsskada tidigt i livet.”* (Werner. 2010 s.13) Smärtsinnet har dock än väldigt viktig uppgift, att varna för skada eller hotande skada, och utan ett fungerande smärtsinne skulle det dagliga livet vara mycket farligt. (Jakobsson. 2007. s.15)

Andelen äldre ökar kraftigt i hela världen och år 2050 kommer andelen personer över 65år att ha ökat från 17,5 % till 36,3 % i I-länderna. Hälsorelaterade frågor för den här gruppen av människor är ofta försummade. Det är viktigt att veta att olika åldersförknippade psykosociala fenomen, så som förlust av familj och vänner och förlorad självständighet kan bidra till smärtan och lidandet. International association for the study of pain ordnar varje år Global Year Against Pain för att öka förståelsen för en specifik smärta eller smärta hos en specifik människogrupp. Året 2006-2007 låg fokus på smärta hos äldre och syftet var dels att öka allmänhetens kunskap om de äldres smärtproblematik och dels att öka forskning kring de äldres smärta. (IASP)

Smärta förekommer ofta hos äldre människor och konsekvenserna av obehandlad smärta är ofta allvarligare och har en större påverkan på livskvaliteten och kroppsfunktioner än hos yngre personer. Smärta hos äldre beror till en del på åldersförändringar medan andra hör samman med olika sjukdomar såsom osteoporos, cancer och reumatiska sjukdomar.(Wern. 2010, s.200-201)

Mitt arbete är ett beställningsjobb från Esbo hemvård. Jag kommer därför att fokusera på smärta hos de äldre patienterna och vad som påverkar smärtbeteendet och smärtlindringen hos denna patientgrupp. Jag har själv jobbat inom hemvården och märkt att långvarig smärta är väldigt vanligt för den här patientgruppen.

## 2 BAKGRUND

Jag kommer i detta kapitel att beskriva vad smärta är och definiera olika begrepp kring smärta för att läsaren bättre skall förstå studiens gång och resultatredovisningen. Jag kommer även att kort förklara vad åldrande innebär och skillnader mellan åldrandet och sjukliga processer.

Smärtanamnesen har stor betydelse i en smärtutredning då patientens subjektiva upplevelse av smärtan och konsekvenserna av den upplevelsen är utgångspunkten för behandlingen av smärtan. (Haegerstam. 2007. s.18) I smärtanamnesen bör det finnas med all viktig information om smärtan, när och hur den startade, är smärtan konstant eller varierande, vad som påverkar smärtan och om smärtan har ändrat karaktär. Andra viktiga faktorer är hur patienten upplever att smärtan påverkar dagliga livet och huruvida smärtan orsakar psykiska symptom och lidande, så som t.ex. sömnstörningar, oro och nedstämdhet. Det bör även framkomma vilka undersökningar som är gjorda, vilka behandlingar som är prövade och huruvida de haft effekt. (Norrbrink & Lundeberg. 2010. s.87-88) För att kunna behandla smärta bör man hitta orsaken till smärtan för att både kunna behandla smärtan, symtomet, och även orsaken till smärtan. ( Wern. 2010, s16-17)

Det är viktigt att komma ihåg att även om smärtan delas upp i olika smärtyper betyder det inte att en viss smärtyyp är likadan hos alla individer. Smärtupplevelsen och smärtuttrycket påverkas av en rad olika faktorer, som t.ex. psykologiska och kulturella faktorer. (Haegerstam. 2007. s.12)

### 2.1 Smärtyper

Ett sätt att dela in smärta är enligt tidsförloppet, man talar då om akut smärta och långvarig, även kallad kronisk, smärta. (Jakobsson. 2007. s.15) Smärta kan även delas in i olika typer enligt vilken mekanism som orsakat smärtan. Dessa typer är nociceptiv smärta, neurogen smärta, psykogen smärta och idiopatisk smärta. En patient kan även ha en blandning av de olika typerna av smärta.( Haegerstam. 2007. s. 11-18) Ibland delar man in smärtan utifrån sjukdomsbakgrund, t.ex. post-operativ, cancerrelaterad eller långvarig icke-malign smärta eller utifrån lokalisering, t.ex. muskuloskeletal, visceral eller kutan. (Jakobsson. 2007. s.15)



Alla individer kommer att uppleva akut smärta någon gång under livet. Den akuta smärtan har som uppgift att varna för hotande skada eller redan uppkommen skada och det är därför väldigt viktigt att ha förmågan att kunna känna smärta. Smärtan gör att vissa reflexer aktiveras som leder till bortdragning eller immobilisering. (Norrbrink & Lundberg. 2010. s.12) Behandling med smärtstillande vid akut smärta har oftast bra effekt. (Jakobsson. 2007. s.16) Långvarig smärta kallades tidigare kronisk smärta, men p.g.a. att benämningen kronisk smärta uppfattas av många som obotlig och livslång har man successivt ändrat det till långvarig smärta. Långvarig smärta går inte alltid att bota men den går alltid att lindra till viss grad. Det finns olika definitioner över hur lång durationen skall vara för att smärtan kan klassas som långvarig, över 3-6 månader klassas oftast som gränsen för långvarig smärta. Långvarig smärta kan många gånger vara svår att behandla då den orsakar olika förändringar i det centrala nervsystemet. (Jakobsson. 2007. s.15-16) Enligt Norrbrink & Lundberg (2010. s.51) sker det förändringar i både perifera och centrala nervsystemet vid långvarig smärta och därför bör man se på denna smärta mera som ett syndrom än ett symptom.

### **2.1.1 Nociceptiv och neurogen smärta**

Det kallas nociceptiv smärta då den smärtutlösande processen sker utanför nervsystemet och orsaken till smärtan kommer från en skada på en vävnad eller från en sjuklig process i vävnaden. Smärtan uppkommer då en vävnad utsätts för en så stark retning att skada uppstår och då aktiveras nociceptorerna som vanligtvis leder till en smärtupplevelse. Den här typen av smärta beskrivs ofta som molande, huggande och brännande. (Haegerstam. 2007. s. 13-14) Inflammatoriska processer, t.ex. vid reumatoid artrit, och olika tumörer kan orsaka långvarig nociceptiv smärta genom att aktivera nociceptorerna så att de nästan konstant signalerar smärta. (Jakobsson. 2007. s.17)

Neurogen smärta har sin orsak i nervsystemet. Ordet neuropatisk smärta används också. Det är dock viktigt att veta att neuropatisk smärta beror på att nervsystemet är sjukt medan neurogen smärta inte säger om det är frågan om friska eller sjuka nerver som orsakar smärtan. (Haegerstam. 2007. s.14-16) Olika exempel på sjukdomar som orsakar neurogen smärta är multipel skleros, stroke och trigeminusneuralgi. Fantomsmärtor efter en amputation är också exempel på neurogen smärta. (Jakobsson. 2007. s.17)

### **2.1.2 Psykogen och idiopatisk smärta**

Psykogen smärta är smärta som orsakas av olika psykiska störningar. Smärtan uppkommer av att olika psykiska symtom, som t.ex. ångest, också aktiverar sådana delar i hjärnan som är kopplade till upplevelsen av smärta. (Jacobsson. 2007. s.17) Långvarig smärta kan leda till psykiska symtom, så som ångest och depression, och det kan därför vara svårt att avgöra om smärtan orsakat de psykiska symtomen eller om det är de psykiska symtomen som orsakat smärtan. (Haegerstam. 2007. s.17)

Då ingen orsak till smärtan kan fastställas och ordentlig smärtutredning gjorts, ställs diagnosen idiopatisk smärta. Denna diagnos skall alltid ses som tillfällig då en bakomliggande orsak kan framkomma senare, t.ex. kan cancer ge smärta innan diagnostisering är möjligt. (Haegerstam. 2007. s.18)

## **2.2 Äldre, åldrande och smärta**

Den vetenskap som studerar åldrandet, varför vi åldras och på vilket sätt, kallas gerontologi. När man fokuserar på åldrandets sjukdomar kallas det geriatrik. Det kan ibland vara svårt att skilja på vad som hör till normalt åldrande och vad som beror på ett sjukligt tillstånd. (Jansson & Almberg. 2011. s.16)

### **2.2.1 Åldrande**

För att få en helhetsbild av åldrandet brukar man studera åldrandet från tre aspekter, biologisk aspekt, psykologisk aspekt och social aspekt. (Jansson & Almberg. 2011. s.18) Biologiskt åldrande handlar om de förändringar som sker när individen åldras. Det är viktigt att skilja på primärt åldrande och sekundärt åldrande. Primärt åldrande, även kallat genuint eller äkta åldrande, handlar om de åldersförändringar som oberoende av miljöpåverkan drabbar alla individer. De åldersförändringar som är en sjuklig förändring och oftast drabbar äldre kallas för sekundärt åldrande, t.ex. åderförkalkning. Det kan många gånger vara svårt att dra en gräns för vad som är primärt åldrande och vad som är sekundärt åldrande. (Bravell. 2011. s.111-112)

Det primära biologiska åldrandet sker långsamt, är progressivt och det går inte att bota eller återfå förlorad funktion. En minskad reservkapacitet och minskat motstånd mot

sjukdomar och yttre påfrestningar är en följd av det primära åldrandet. Det sekundära åldrandet beror på dels gener och arv och dels yttre faktorer så som miljö och livsstil. (Bravell. 2011. s.111-112) Det sekundära biologiska åldrande, dvs. de olika sjukdomar som uppkommer som en följd av det primära åldrandet och olika yttre faktorer, kan enligt Bravell & Ericsson(2011. s.266-267) delas in i tre grupper. Grupp ett innefattar de sjukdomar som majoriteten av människorna drabbas av ifall de lever tillräckligt länge och dessa anses vara en förstärkning av de primära åldersförändringarna. Ateroskleros och osteoporos är exempel på sjukdomar i den här gruppen. De sjukdomar som blir vanligare med stigande ålder, men som går att undvika och inte drabbar alla hör till grupp två. Cancer är en sjukdom som hör till denna grupp. Till den tredje gruppen hör sådana sjukdomar som drabbar individer av alla åldrar men får mycket större negativ inverkan och allvarigare konsekvenser då äldre människor insjuknar i dessa. Exempel på sjukdomar i den här gruppen är influensa och lunginflammation.

Det psykologiska åldrandet handlar om hur åldrandet påverkar psykologiska funktioner. Det innefattar t.ex. kognitiva förmågan, dvs. hur individen uppfattar, bearbetar, organiserar, lagrar och hämtar information. Minnet och intelligens är delar inom kognitiva psykologin som är bland de mest undersökta inom åldringsforskningen. (Dahl. 2011. s.168) Jansson & Almberg (2011. s.27) skriver att det sociala åldrande handlar om de olika rollförändringar som sker med stigande ålder. Det handlar även om omgivningens attityder gentemot de äldre och åldrande och hur detta påverkar de äldre och deras syn på sig själv.

### **2.2.2 Äldre och smärta**

Strang & Werner (2010. s.200) skriver att olika studier visar att mellan 30 % till 80 % av de äldre upplever smärta. De varierande resultaten beror på vilken mätmetod och urval som använts och huruvida all form av smärta, även lindrig, har inkluderats. Hall-Lord (2007. s.92-93) skriver att enligt populationsbaserade studier upplever ungefär en tredje del av hemmaboende över 65-åringar långvarig smärta och i åldersgruppen 75 år och äldre skattas denna siffra vara ungefär 40 %. Multipla smärtproblem är också vanligt bland de äldre. Enligt International Association for the Study of Pain kan depression, ångest, sömnstörningar, viktninskning och försämring av den kognitiva förmågan

dels vara relaterad till smärtan men de kan även vara en yttring för smärta hos de äldre. (IASP)

En studie av Brochet et al (1998) vars syfte var att utreda smärta och långvarig smärta hos de äldre, över 65 år, i samhället i sydvästra Frankrike visade att 71,5 % led av smärta och 32,9 % upplevde långvarig smärta som varat över 6 månader. Resultatet visade även att det var vanligare att de äldre kvinnorna led av långvarig smärta än de äldre männen. Smärtan rapporterades oftast komma från lederna, ryggen och extremiteterna. Forskarna skriver att de anser att deras studie visar på att långvarig smärta är ett stort hälsoproblem bland den äldre befolkningen.

Hall-Lord (2007. s.92) skriver att forskning visar på att vissa typer av smärta, så som huvudvärk, magont och migrän tycks minska med ålder medan neuropatiska och muskuloskeletala smärtproblem ökar med stigande ålder. Hon skriver att en studie från Storbritannien visat att artros, artrit, ryggbesvär och smärta efter stroke var de vanligaste orsakerna till smärta hos de äldre.

Smärtbehandling hos äldre utgör en stor utmaning och smärta hos denna grupp är ofta underbehandlad. En av orsakerna är att det inte finns tillräckligt med kunskap om yttringen av smärt hos äldre med demens. Äldre tål oftast sämre olika smärtstillande läkemedel, som t.ex. opiater, anti-inflammatoriska läkemedel, med sederande och förvirring som följd. Smärtbehandlingen bör därför innehålla både farmakologiska och icke-farmakologiska metoder för smärtlindring. (IASP)

### **3 SYFTE OCH FORSKNINGSFRÅGOR**

I detta kapitel beskriver jag syftet med min studie och presenterar mina forskningsfrågor. Smärta bland äldre är väldigt vanligt och inom hemvården är majoriteten av patienterna äldre. Det är viktigt för vårdare, speciellt inom åldringsvården, att försöka förstå vilket lidande smärtan orsakar hos de äldre och vilken påverkan den har på det dagliga livet. För att kunna lindra lidandet bör vårdarna veta vilka metoder för smärtlindring de äldre föredrar och det är också viktigt att förstå varför smärtbeteende ser olika ut hos olika personer. Syftet med min studie är att belysa de äldres upplevelser av smärta samt beskriva de metoder för smärtlindring de äldre föredrar och vad vårdare kan göra för att lindra smärta hos dessa personer. Jag kommer att söka forskning som fokuserar på den

äldres egen upplevelse av smärta och smärtbehandling och också sådan forskning som handlar om sjukskötarens kunskaper om smärta och smärtbehandling hos äldre.

Mina forskningsfrågor för min studie presenteras här.

1. Vad bör vårdaren veta om de äldres smärtupplevelser?
2. Vilka metoder för smärtlindring föredrar de äldre med smärta?
3. Vad kan vårdaren göra för att lindra smärta hos de äldre?

#### **4 TEORETISK REFERENSRAM**

Jag har valt att använda mig av Glenn Haegerstams bok ”Smärta ett mångfacetterat problem” där han presenterar sin reviderade version av en smärtmodell ursprungligen utvecklad av två amerikanska smärtforskare, psykologen WE Fordyce och neurokirurgen JD Loeser. Smärtmodellen betraktar fenomenet smärta från ett bredare perspektiv och inte endast som ett neurofysiologiskt fenomen. Smärta handlar inte endast om de nervstrukturer som är inblandade i signalering av vävnadsskada till det centrala nervsystemet utan även om de olika mentala processer som påverkar smärtan och smärtupplevelsen. Olika sociologiska, religiösa och kulturella faktorer påverkar också tolkningen och rapporteringen av smärtupplevelsen. Modellen är indelad i tre faser: sensationen, perceptionen och yttringen. Perceptionen är ännu uppdelad i tolkningen och lidandet. (Haegerstam. 2008. s.9-10)

## 4.1 Sensationen

När en person upplever en vävnadsskada och den informationen nått medvetande anses upplevelsen innehålla både sensationen och perceptionen. Sensationen är information som ännu inte kategoriserats och fått en mening. Ur ett naturvetenskapligt perspektiv är sensationsdelen den information som, via nervimpulser, går till ryggmärgen från vävnadsskadan. Till sensationen fogas sedan annan information, t.ex. tidigare upplevelser, förväntningar och kunskap, och ger upplevelsen en mening och då kallas det för perceptionen. (Haegerstam. 2008.s. )

## 4.2 Perceptionen

Haegerstam (2008. s.63) delar in smärtperceptionen i tre delar. Den första delen handlar om de fysiologiska, filosofiska och psykologiska aspekterna på smärtperceptionen. Den andra delen, tolkningen, handlar om hur smärtsensationen, med hjälp av språkliga, sociokulturella och religiösa perspektiv, tolkas och ges mening. Den sista delen av smärtperceptionen handlar om det lidande som smärtsensationen och tolkningen av denna ger upphov till. All sensation ger inte upphov till upplevelse av smärta då det finns ett inbyggt modulerande system som antingen kan förstärka svag information som är viktig eller filtrera bort oviktig information eller information som kan vara hämmande i någon situation. I en livshotande situation kan smärta filtreras bort för att möjliggöra flykt. All smärtupplevelse är inte heller baserad på en sensation. Fantomsmärta vid en amputation är inte orsakad av några nervimpulser från den amputerade extremiteten. (Haegerstam. 2008. s.25-26)

Haegerstam (2008. s.50-52) tar upp olika psykologiska faktorer som påverkar upplevelsen av smärta och hur dessa processer påverkar tolkningen av smärtsensationen. Uppmärksamhet inom psykologi betyder fokusering på ett ting eller fenomen och samtidigt hämmande av andra ting eller fenomen. Smärtans intensitet har upplevts minska hos personer med smärta då uppmärksamheten har fokuserats på en kognitiv uppgift. Experiment har visat på mindre nervaktivitet inom områden som har med smärtan att göra då nervaktiviteten ökat i de områden som är aktiva under kognitiva processer. Fokusering på smärtan kan öka smärtupplevelsen och kan även orsaka stress och höja arousalnivån

vilket kan leda till ökad fokusering på smärtan som därmed leder till att smärtan upplevs ännu starkare.

Genom att inte fokusera på smärtan utan något annat, dvs. distraktion, kan smärtupplevelsen dämpas och t.o.m. upphöra om någonting dramatiskt händer. I en farosituation kan smärtupplevelsen från en skadad kroppsdel vara ett hinder för överlevnad och först då faran är över ger en fokusering på skadan en smärtupplevelse, som har som uppgift att vårda skadan och även skydda kroppsdel från ytterligare skada. Personer med kronisk smärta kan ofta lära sig att fokusera på en trevlig uppgift för att avleda uppmärksamheten från smärtupplevelsen för att minska denna. Detta fungerar oftast bara vid låg och måttlig smärta. Vaksamhet betyder att en person har en tendens att fokusera på en viss typ av svaga sensationer. Dessa sensationer kan därmed upplevas tydliga även om de egentligen är svaga. Detta kan bero på tidigare erfarenheter, t.ex. före en obehaglig upplevelse har en svag sensation förekommit och då ses den svaga sensationen som en varningssignal.(Haegerstam. 2008. s.53-55)

Olika emotioner och kognitiva faktorer påverkar också tolkningsprocessen. Negativa emotioner leder ofta till en fokusering på smärtsensationen medan positiva emotioner oftast leder till distraktion och mindre fokusering på smärtsensationen, vilket gör att smärtan känns mindre intensiv. Attityder till och förväntningar på smärtupplevelsen påverkar mycket tolkningen av smärtsensationen. Föreställningar om uppkomsten till smärtan och dess konsekvenser påverkar också tolkningen av smärtsensationen. (Haegerstam. 2008. s.64)

#### **4.2.1 Tolknigen**

Enligt Haegerstam (2008. s.63-64) är smärtsensationens omvandling till en smärtperception en tolkningsprocess och viktiga delar av den processen är de tidigare beskrivna psykologiska fenomen. Följande steg i tolkningsprocessen förutsätter någon form av språk. Tolkningsdelen av perceptionen delar Haegerstam in i två delar, kategorisering och symbolisering.

Sinnesintryck är nödvändiga för att lära sig och utveckla ett språk och på samma sätt är ett språk nödvändigt för att utveckla sinnesfunktionerna. Haegerstam (2008. s.64-66) menar att sensationen troligtvis inte är beroende av ett språk, men något form av språk

krävs för att sensationen skall resultera i en specifik perception, t.ex. smärtperception. Sensationens signaler måste tolkas, är det frågan om en hotande eller aktuell vävnadsskada, och kategoriseras som smärta eller som något annat t.ex. klåda, tryck eller värme. För att kunna göra det krävs det att dessa sinneskategorier i viss mån är definierade. Han påpekar att även om det krävs ett språk för att kategorisera smärtperceptionen kan personer utan språk, t.ex. spädbarn, drabbas av smärtsensationer som resulterar i en otolkad och osymboliserad perception vilket leder till ett lidande.

Haegerstam (2008. s.66-67) skriver att individen på något sätt lär sig att koppla samman synintrycket av en skada med upplevelsen av smärta. Omgivningens reaktioner anses ha en viktig roll i denna process. Barnet lär sig av omgivningen att den sensation som orsakas av ett sår kallas "ont". När samma sensation har sitt ursprung inuti kroppen kategoriserar barnet det som "ont". På det sättet lär sig barnet kategorisera smärtsensationer med hjälp av omgivningen och språket. Emotionella faktorer inverkar på kategoriseringen. Haegerstam (2008. s.68) beskriver ett experiment där psykologistuderanden fick se olika serier av obehagliga, trevliga och neutrala bilder och efter det utsattes för olika temperaturstimuli. Temperaturstimuleringen ansågs intensivare och plågsammare efter att de visats obehagliga bilder.

Andra delen av tolkningen handlar om hur den kategoriserade sensationen symboliseras och hur denna symbolisering påverkas via språket av kulturella och religiösa faktorer. Haegerstam (2008. s.69) definierar symbolisering som "*Den kognitiva process som ger upplevelsen, t.ex. den kategoriserade smärtupplevelsen, en mening, dvs. sätter in den i ett meningsskapande sammanhang.*" Symboliseringen av smärtsensationen gör att den får en betydelse och blir förståelig på ett sätt som stämmer överens med tidigare erfarenheter och passar in i de tolkningsmönster som formats utifrån språkliga, kulturella och religiösa faktorer.

Olika sinnesintryck, t.ex. en obehaglig lukt eller skrämmande ljud, som uppträder tillsammans med smärtsensationen påverkar symboliseringen av sensationen. Emotionella tillstånd, som t.ex. ångest eller oro, påverkar också vilken mening eller innebörd man tillskriver smärtsensationen. Rädsla för t.ex. hjärtinfarkt kan göra att varje lite form av bröstsmärta symboliseras som livshotande. Reaktioner, så som verbala yttranden, kroppsspråk och emotionella yttranden, från personer i den omedelbara omgivningen är



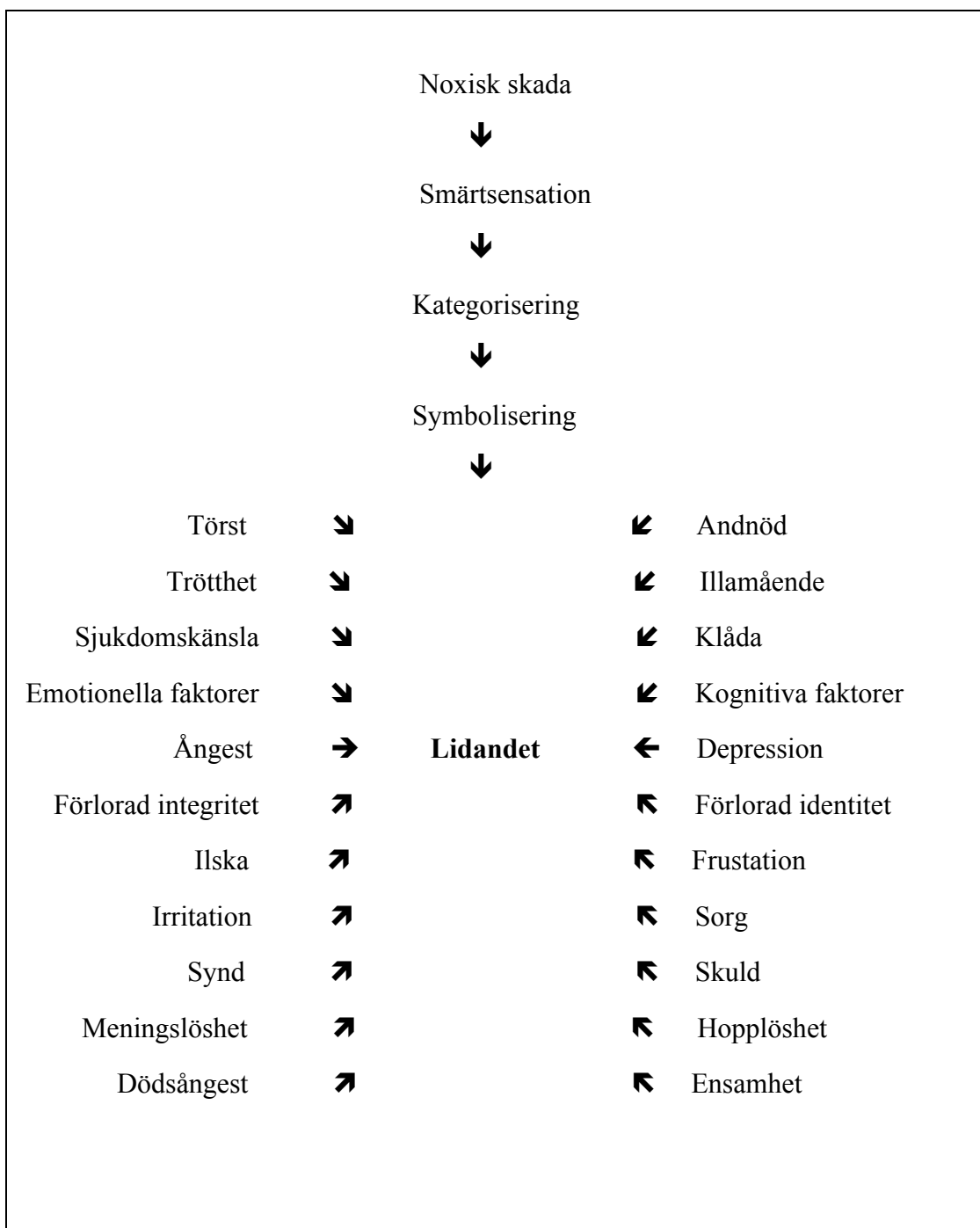
en av de faktorer som har den största påverkan på symboliseringen. (Haegerstam. 2008. s.70-72)

Vår kultur påverkar de mönster som används för att tolka smärtsensationen. Haegerstam (2008. s.72-76) tar upp olika aspekter, så som samhällsaspekter, politiska aspekter, massmediala aspekter, sjukvårdsaspekter och etnokulturella aspekter, som faktorer som påverkar detta tolkningsmönster. Media presenterar populärvetenskapliga forskningsresultat och för att allmänheten skall förstå är de väldigt förenklade. Detta leder till att komplexa fenomen, som smärta, kan uppfattas som väldigt enkla och att de enkelt kan behandlas med någon ny behandlingsmetod. Detta gör att de som är hårt drabbade kan få orealistiska förväntningar som leder till ett ogynnsamt symboliseringsmönster, som i sin tur leder till ökad fokusering på smärtsensationen. (Haegerstam.2008. s.74-75) Religionen kan också påverka hur smärtsensationen symboliseras. Smärta kan t.ex. ses som ett straff för synder man begått eller som en ond ande och i vissa religioner kan man sona sina synder genom att utsätta sig för smärta. (Haegerstam. 2008. s.83)

#### **4.2.2 Lidandet**

Efter att sensationen kategoriserats som smärta och smärtperceptionen blivit symboliserad kommer den tredje delen av perceptionen i Haegerstams (2008. s.97) smärtmodell och den handlar om varför smärta orsakar lidande. Han har använt sig av den amerikanska psykologen Wilbert E. Fordyces definition av lidande, som är *”en negativ affektiv reaktion genererad i högre nervcentra (CNS) orsakad av upplevd smärta eller andra situationer som förlust av kär anhörig, stress, ångest och liknande”*.

Haegerstam (2008. s.98-99) skriver att lidande, och då syftar han på all form av lidande inte bara lidande orsakat av smärta, kan ses som en varningssignal om att någonting är fel på det psykiska och andliga planet och att lidandets uppgift är att motverka apati och likgiltighet. Lidandet sporrar människan att göra goda och nyttiga insatser och till överlevnad. Lidandet kan uppfattas som något destruktivt, men destruktion är också ofta en förutsättning för utveckling, t.ex. dör gamla celler för att ersättas av nya och skelettet bryts ner för att byggas upp igen för att klara större belastningar.



Figur 1. Faktorer som påverkar smärtsensationen och bidrar till det totala lidandet.

(källa: Haegerstam, 2008, s.126)

Smärta orsakar inte alltid lidande och det finns många andra olika faktorer som kan påverka smärtsensationen och bidra till det totala lidande. I figur 1 visas de olika faktorer som kan påverka smärtsensationen och orsaka lidande. Det är viktigt att känna till de

andra orsakerna och ha förståelse för hur de påverkar och bidrar till lidandet, eftersom det oftast kan vara svårt att skilja på de olika orsakerna. Smärta och lidande är inte synonym, men vanligtvis leder smärta till någon form av lidande. Olika negativa emotioner kan öka den somatiska känsligheten, vilket betyder att dessa emotioner kan framkalla smärta och interagera med smärtan. (Haegerstam. 2008. s.103-111)

Smärta orsakar nästan alltid ångest och ångest kan bidra till smärtupplevelsen och öka lidandet. Vid smärta kan osäkerhet om huruvida smärtan kommer att minska eller öka leda till ångest. Ångest kan även orsaka somatiska symtom, så som t.ex. spänningshuvudvärk. Sorg, hopplöshet och ensamhet är existentiella faktorer som orsakar lidande och påverkar smärtupplevelsen. Det finns olika typer av sorg, t.ex. sorg då någon dött och sorg över förlorad hälsa och smärtfrihet, och alla kommer någon gång att drabbas av någon typ av sorg. Hos människor med långvarig smärta är hopplöshet en vanlig orsak till lidande. Ensamhet är också en vanlig orsak till ökat lidande för personer med långvarig smärta.

Äldre människors emotionella och sociala nätverk är oftast begränsat, t.ex. kan maken/makan vara död eller dement, vännerna gamla och sjuka och barn och barnbarn bor långt borta. Detta leder ofta till att det uppstår ett behov av det professionella nätverket, så som t.ex. sjukvården och apotek. (Haegerstam. 2008. s.118-124)

Lidandet skall, på samma sätt som tolkningen, kategoriseras och symboliseras. (Haegerstam. 2008. s.103) Lidandet orsakas sällan av endast en av de olika faktorer, som tidiga- re beskrevs, utan lidandet orsakas och påverkas av en blandning av de olika faktorerna. Ju flera orsaker till lidandet desto svårare att kategorisera dem. Det finns olika faktorer som påverkar kategoriseringen av lidandet, t.ex. språkliga aspekter, emotionella aspekter och psykiska fenomen. (Haegerstam. 2008. s.127-129)

För att kunna skilja åt de olika faktorerna krävs det ett språk och att de olika begreppen är definierade, t.ex. ett barn som inte vet vad ångest är kan inte skilja på smärta och ångest. Även om en individ inte kan skilja på de olika faktorerna betyder det inte att det totala lidandet skulle vara mindre. Haegerstam (2008. s.127-128) skriver att somatiska orsaker till smärta uppfattas, i vår kultur, som mera verkliga än psykiska och det gör att många med långvarig smärta inte vill inse att även olika psykiska faktorer, som t.ex.

ångest och depression, bidrar till deras lidande. På detta sätt påverkas kategoriseringen av emotionella aspekter.

När lidandet har kategoriserats skall det förklaras och sättas in i ett meningsfullt och begripligt sammanhang, dvs. symboliseras. Haegerstam (2008. s.131-132) tar upp två sätt att symbolisera lidandet på. Det första innebär att på alla sätt försöka undvika och förhindra lidande och detta sätt är det som är vanligast i västvärlden. Enligt detta synsätt kan orsaken till lidande identifieras och manipuleras om tillräckligt med resurser finns. Detta kan leda till höga och otåliga förväntningar och att människan vill ha effektiva och omedelbara åtgärder. Detta medför också att det förväntas att sjukvården skall åtgärda lidandet och att det inte finns tålamod till en naturlig självläkning. Det här synsättet ser akut smärta som meningsfullt, då det lär barnet att vara försiktig och akta sin kropp. Det mera långvariga lidandet anses däremot meningslöst. Det andra sättet att symbolisera lidande grundar sig på insikten att allt lidande inte går att förhindra helt.

De olika sätten att symbolisera lidande leder till att människan antingen resignerar eller blir ödmjuk. Resignation leder sällan till någon rehabilitering och bitterhet och förtvivlan följer ofta detta passiva förhållningssätt. Det ödmjuka förhållningssättet innebär att lidande inte knäcker personen och att lidande stärker personen, förutsatt att denne inte upplever negativa emotioner, så som t.ex. bitterhet. (Haegerstam. 2008. s.133)

### **4.3 Yttringen**

Yttringen är det sista steget i smärtmodellen och den handlar om hur lidandet kommuniceras till omvärlden och olika faktorer som påverkar kommunikationen. Haegerstam (2008. s.143-144) delar in kommunikationen av lidandet i emotionell yttring, verbal yttring, kroppsspråk, somatiska reaktioner och övriga uttrycksformer. Den emotionella yttringen är det primitiva språk som det nyfödda barnet använder sig av för att kommunicera sitt lidande, t.ex. genom gråt och skrik. Även vuxna individer med ett utarbetat språk kan i vissa situationer, då lidandet överskridit en viss nivå, använda sig av det emotionella språket, t.ex. i form av gråt, suckande och stönande. Den emotionella yttringen är varken kategoriserad eller symboliserad och även om den är användbar som ett sätt att uttrycka lidande så säger den inget om vad som orsakat den.

Den verbala yttringen, dvs. språket, har flera funktioner som är relevanta för yttringen av lidande. Den första är yttringen och betyder att individen ger uttryck för sina känslor, upplevelser och tankar. Det verbala språket fungerar som en kontaktyta mellan det egna varande och andra människor. Att kunna rikta uppmärksamhet på ett specifikt fenomen eller ting är en annan funktion det verbala språket har. Kommunikation är en tredje funktion språket har och betyder mycket mer än bara överförd information. Människan är en social varelse och kommunikationen ger uttryck för behovet av ömsesidig delaktighet, t.ex. genom att dela en upplevelse med någon. De andra funktionerna handlar om kreativitet. Språket gör det möjligt att tänka i bilder och symboler och gör att människan kan hantera sådana fenomen som inte är gripbara. (Haegerstam. 2008. s. 144-148)

Kroppsspråket står för ungefär hälften av det vi uppfattar i kontakten med andra människor och i kliniska situationer kan det utläsas väldigt mycket från patientens kroppsspråk. Gester, kroppshållning och andra kroppsrörelser som används, ensamt eller tillsammans med emotionella och verbala språket, för att kommunicera ett budskap. Somatiska reaktioner som kommunicerar smärta är t.ex. ökning av både hjärtfrekvens och slagvolym, höjning av blodtryck och tilltagande muskeltonus. Andra uttrycksformer för smärta kan vara att uppsöka en sjukvårdsinrättning, att inta smärtstillande läkemedel och även genom att säga att inga läkemedel lindrar smärtan. En patient med smärta kan säga att inga läkemedel hjälper men samtidigt be om ett recept på smärtstillande läkemedel. Enligt Haegerstam (2008.s.152-156) kan detta bero på att personen har kategoriserat lidandet som orsakat av endast smärta och förbisett andra faktorer och då de smärtstillande läkemedlen inte lindrar allt lidande upplevs läkemedlen sakna effekt. Det är viktigt att komma ihåg att även mottagaren för yttringen av lidande skapar sin egen bild och tolkning av den andra personens smärta och lidande och denna tolkning är påverkad av erfarenheter och kunskaper hos mottagaren. (Haegerstam. 2008. s.150-151)

## **5 METOD**

I detta kapitel kommer jag att förklara hurudan studie jag har gjort. Jag kommer att beskriva hur jag gjort min litteratursökning och vilka mina inklusions- och exklusionskriterier är för denna studie. Jag kommer även att beskriva metoden för analysen av de forskningar jag har tagit med i min litteraturstudie.

## 5.1 Litteraturstudie

Litteraturstudie betyder att forskaren studerar material insamlat och bearbetat av någon annan, dvs. att man använder sig av sekundärdata istället för primärdata. (Jacobsen. 2007. s.112-113) Enligt Jacobsen är litteraturstudie lämplig då det inte är möjligt att själv samla in primärdata, då man vill ta reda på hur andra har tolkat en viss situation eller händelse eller när man vill kartlägga vad människor faktiskt sagt och gjort, t.ex. debatt från riksdagen eller mötesprotokoll.

Det finns olika orsaker till varför det kan vara omöjligt att samla in primärdata, t.ex. kan källorna vara döda, ifall forskningen handlar om en situation som hände för länge sedan. Andra orsaker till att man inte har tillgång till källorna kan vara för att de är personer som inte vill bli intervjuade eller observerade eller att personerna inte har tillstånd att ge informationen till forskaren, t.ex. på grund av tystnadsplikt. (Jacobsen. 2007. s.113-114)

Då man använder sig av sekundärdata får man oftast endast tillgång till resultatet och inte till rådata. Detta betyder att det finns vissa begränsningar för forskaren då någon annan avgjort vilka variabler, enheter och värden som kan studeras. (Jacobsen. 2007. s.115)

Forsberg & Wengström (2008. s.34-35) skriver att göra en systematisk litteraturstudie betyder att systematiskt söka, kritiskt granska och sammanställa litteratur inom ett valt ämne eller problemområde. Syftet med den systematiska litteraturstudien är att göra en sammanfattning av tidigare gjorda empiriska studier och finna beslutsunderlag för klinisk verksamhet. Det finns inga krav på antal studier som bör ingå i en litteraturstudie men man bör sträva efter att inkludera all relevant forskning inom det område man studerar. Genomförande av en systematisk litteraturstudie sker i flera olika steg. Först kommer problemformuleringen, dvs. motivering till varför studien görs, sedan skall forskningsfrågorna och en plan för studien formuleras. Efter det skall sökorden och sökstrategin bestämmas och litteraturen skall identifieras och väljas. Litteraturen skall kritiskt värderas och kvalitetsbedömas innan den inkluderas. Materialet analyseras sedan och diskuteras och olika slutsatser dras utifrån resultatet.

## 5.2 Datainsamlingen

Datainsamling har gjorts genom sökning i olika databaser. Sökningen har skett vid fyra olika tidpunkter och en kombination av olika sökord har använts. Sökorden som använts var: "chronic pain", "pain management", "coping", "elderly" och "nursing". Sökningen har skett i följande databaser: Cinahl (ebSCO), Sage Journals och Academic search elit (Ebsco). Jag läste abstract på de artiklar som verkade passa med min studie. Därefter exkluderades de artiklar som inte passade med syftet för min studie. De artiklar som blev kvar lästes igenom i sin helhet och 10 artiklar inkluderades i min litteraturstudie. En sökning i Google med orden "smärtbehandling" och "hemvård" gjordes och en litteraturstudie inkluderades. Redovisning för min datainsamling presenteras i tabell 1.

*Tabell 1. Datainsamlingen*

<b>Databas</b>	<b>Sökord</b>	<b>Datum</b>	<b>Begränsningar</b>	<b>Träffar</b>	<b>Valda artiklar</b>
Cinahl (Ebsco)	Chronic pain, elderly, pain management	17.5.2012	2000 → Fulltext	7st	3
Sage Journals	Chronic pain, elderly, nursing	20.9.2012			3
Cinahl (Ebsco)	Pain management, Elderly	20.9.2012	2000 → Fulltext	27st	2

Academic search elite (Ebsco)	Pain management, Elderly, Nursing	9.10.2012	2000 → Fulltext	st	2
Google	Smärtbehandling, hemvård	24.10.2012			1

### 5.3 Inklusions- och exklusionskriterier

Mina inklusionskriterier för studierna var att de skall vara skrivna på antingen svenska, finska eller engelska, då dessa är de språk jag behärskar. Studier skrivna på andra språk än dessa har exkluderats direkt. Studier gjorda från år 2000 och framåt har inkluderats, studier gjorda före år 2000 har exkluderats från min studie. Alla studier skall vara tillgängliga i sin helhet utan kostnad, då detta är ett examensarbete. Studierna skall handla om smärta hos äldre individer, 65 år och äldre. Studier som har studerat en viss sorts smärta i olika åldersgrupper har exkluderats, då syftet med min studie inte är att studera en viss typ av smärta utan smärta hos en viss åldersgrupp. Jag prioriterade studier om smärta hos de äldre inom öppna vården men inkluderade även studier som gjorts om äldre boende på olika former av vårdinrättningar och boenden. Inga geografiska begränsningar har gjorts utan studier från alla olika länder har inkluderats ifall de passat med syftet för min studie.

### 5.4 Innehållsanalys

Analysen av material i kvalitativa forskningar är ofta väldigt krävande och kritik har riktats mot att analysen och analysprocessen är oklar och osynlig. Innehållsanalysen är en grundanalysmetod som används inom den kvalitativa forskningen. Innehållsanalysen kan vara antingen induktiv eller deduktiv. I den induktiva innehållsanalysen styr materi-



alet och forskningsproblemet analysen och materialet skall analyseras utan att tidigare observationer, information och teorier styr analysen. Den deduktiva innehållsanalysen utgår ifrån teorier och teoretiska begrepp och materialet analyserar utifrån dessa teorier. Den deduktiva ansatsen strävar till att testa färdiga teorier i praktiken. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen. 2009. s. 133-135) Innehållsanalysen börjar med att forskaren bekantar sig med materialet och läser igenom det flera gånger. Följande steg i processen är förenklande, gruppering och abstrahering. Förenklande betyder att olika ord eller meningar som har betydelse för studien plockas ut ur texten. Gruppering betyder att de olika orden och meningarna jämförs och slås ihop till underkategorier och ges ett beskrivande namn. Abstrahering betyder att underkategorierna slås ihop och bildar huvudkategorier. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen. 2003. s. 28-29)

## **5.5 Presentation av artiklarna**

Jag har i min studie använt mig av 11 forskningsartiklar som handlar om smärta hos de äldre. En litteraturöversikt presenteras i tabell 2. Ålderskriteriet för deltagande i de olika studierna varierade mellan 60 år och äldre till 78 år och äldre. Studierna innefattade både hemmaboende äldre och äldre boende på olika former av vårdhem.

I fem av studierna fokuserade forskarna, genom intervjuer, på de äldres egna upplevelser av sin smärta. fyra av studierna fokuserade på vilka metoder för smärtlindring de äldre helst vill använda sig av, vad som påverkade beslutet och vilka hinder de stötte på då de försöker lindra sin smärta. I en av studierna var fokus på skillnaden mellan de äldres upplevelser och sjukskötarens och annan vårdpersonals bedömning av effekten av olika smärtbehandlingar. En av studierna var en litteraturstudie om betydelsen av sjukskötarens kunskaper om smärta och smärtlindring.

Tabell 2. Litteraturoversikt

Författare, årtal & land	Titel	Syfte	Metod	Resultat
<u>Forskning 1</u> Blomqvist, Kerstin & Edberg, Anna-Karin 2002 Sverige	<i>Living with persistent pain: experiences of older people receiving home care</i>	Undersöka hur äldre med smärta ser sig själv, sin smärta, dagliga livet med smärta och hur de handskas med smärtan	Intervjustudie med 90 äldre personer (75 år och äldre) som led av långvarig smärta	Fyra olika typer av förhållnings-sätt att se på sig själv och smärta. Två av grupperna nöjda trots smärta och två av grupperna missnöjda
<u>Forskning 2</u> Daggleby, Wendy 2000 USA	<i>Elderly hospice cancer patients' descriptions of their pain experiences</i>	Studera och beskriva upplevelser av smärta hos äldre personer med cancer.	Intervjuer med 11 äldre (65år och äldre) personer med framskriden cancer	Två olika typer av smärta identifierades, fysisk och psykisk smärta.
<u>Forskning 3</u> Blomqvist, Kerstin & Hallberg, Ingalill R. 2002 Sverige	<i>Managing pain in older persons who receive home-help for their daily living. Perceptions by older persons and care providers</i>	Studera skillnader mellan de äldres, med långvarig smärta, val av metod för smärtlindring med vårdpersonals administrering av smärtlindringsmetoder. Även skillnader i hur	Intervjuer med 94 äldre personer med långvarig smärta och med 52 personer ur vårdpersonalen.	Vårdpersonalen skattade effekten av de flesta metoder högre än vad de äldre gjorde.

		effektiva de båda grupperna upplever dessa metoder vara har studerats .		
<u>Forskning 4</u> Gudmannsdottir, Gudrun Dora & Halldorsdottir, Sigridur 2009 Island	<i>Primacy of existential pain and suffering in residents in chronic pain in nursing homes: a phenomenological study</i>	Undersöka det väsentliga i de äldres upplevelser av långvarig smärta och lidande.	23 intervjuer med 12 äldre personer med långvarig smärta och boende på tre olika vårdhem på Island. En fenomenologisk metod användes.	De äldre upplevde mycket smärta och lidande i form av förluster av personer, hem, hälsa och självständighet. En försoningsprocess identifierades hos de äldre, där vissa kommit längre och andra verkade ha fastnat i processen och detta påverkade hur de uppfattade smärta och lidande.
<u>Forskning 5</u> Tsai, Yun-Fang., Chu, Tsung-Lan., Lai, Yeur-Hur & Chen, Wen-	<i>Pain experience, control beliefs and coping strategies in Chinese elders with osteoarthritis</i>	Undersöka smärtupplevelser och metoder för smärtlindring hos äldre med osteoartrit Taiwan.	Enkätfrågor till 205 äldre om smärtans lokalisering och intensitet och metoder för	70 % av de äldre led av måttlig eller svår smärta. De hade flera olika smärtlokaliseringar. De flesta äldre använde

Jen 2008 Taiwan			smärtbehandling. De äldre delades in i grupper enligt smärtintensitet, lindrig, måttlig eller svår smärta	farmakologiska smärtlindringsmetoder
<u>Forskning 6</u> Higgins, Isabel 2005  Australien	<i>The experience of chronic pain in elderly nursing home residents</i>	Undersöka upplevelser av äldre personer med långvarig smärta som bor på vårdhem.	Intervjuer med 13 äldre boende på tre olika vårdhem.	De äldre upplevde mycket smärta och kände sig bortglömda av vårdpersonalen. Trots detta klagade de sällan utan stöd ut med smärtan och ansåg den vara en självklarhet p.g.a. hög ålder.
<u>Forskning 7</u> Lansbury, Gwenda 2000  Australien	<i>Chronic pain management: a qualitative study of elderly people's preferred coping strategies and barriers to management</i>	Undersöka vilka metoder för smärtlindring de äldre föredrar och vad för hinder de möter då det försöker lindra sin smärta.	Intervjustudie med 6 fokusgrupper och 12 enskilda intervjuer med äldre personer med långvarig smärta	De vanligaste metoderna för smärtlindring var sådana de kunde använda själv och innefattade både fysiska och kognitiva element. Läkemedel och fysioterapi var de

				minst föredragna metoderna. De äldre ville vara delaktiga i deras behandling
<p><u>Forskning 8</u></p> <p>Ross, Margaret M., Carswell, Anne., Hing, Malcolm., Hollingworth, Gary &amp; Dalziel, William B.</p> <p>2001</p> <p>Kanada</p>	<p><i>Seniors' decision making about pain management</i></p>	<p>Undersöka de äldres beslutsfattande angående smärtbehandling.</p>	<p>Intervjuer med sju fokusgrupper med totalt 50 äldre och även frågeformulär till alla de äldre som deltog i fokusgrupperna.</p>	<p>De äldre använde sig av kognitiva metoder så som distraktion och att ignorera smärtan. De använde sig också av fysisk aktivitet, värme och läkemedel. Familjen och vänner spelade en viktig roll i beslutsfattande av smärtlindringsmetoder.</p>
<p><u>Forskning 9</u></p> <p>Tse, Mimi MY., Pun, Sandra PY &amp; Benzie, Iris FF</p> <p>2005</p> <p>Kina</p>	<p><i>Pain relief strategies used by older people with chronic pain: an exploratory survey for planning patient-centred intervention</i></p>	<p>Undersöka vilka metoder för smärtlindring de äldre med smärta i Hong Kong använde sig av och hur ofta de använde sig av receptfria metoder och hur effektiva de upp-</p>	<p>Intervjustudie med 44 äldre boende på ett vårdhem i Hong Kong.</p>	<p>Många hade upplevt svår eller måttlig smärta under senaste 3 månaderna. Få hade använt sig av receptbelagda läkemedel och vanligaste metoderna bestod av receptfria meto-</p>

		levde dessa.		der, så som massage och salvor. Majoriteten upplevde dessa som effektiva.
<p><u>Forskning 10</u></p> <p>Torvik, K., Kaasa, S., Kirkevold, Ö &amp; Rustöen, T.</p> <p>2009</p> <p>Norge</p>	<p><i>Pain in patients living in Norwegian nursing homes</i></p>	<p>Beskriva smärta och användning av smärtstillande läkemedel hos äldre personer boende på vårdhem i Norge.</p>	<p>307 äldre deltog och dessa delades i två grupper utifrån kognitiv förmåga. De som kunde svara själv på frågor ställda av forskarna och i den andra gruppen svarade en nära vårdare för patientens del.</p>	<p>I gruppen som själv svarade visade resultatet att ju bättre kognitiv förmåga desto mera smärta och strakare smärtlindrande läkemedel. En stor del av de äldre hade ingen smärtmedicinering trots rapporterad smärta.</p>
<p><u>Forskning 11</u></p> <p>Lundin, Alice &amp; Persson, Angeliqa</p> <p>2007</p> <p>Sverige</p>	<p><i>Kunskapens betydelse för omvårdnadsarbetet vid smärta och smärtbehandling för äldre patienter</i></p>	<p>Belysa på vilket sätt kunskap och kunskapsbrist påverkar omvårdnaden av äldre personer med smärta.</p>	<p>En litteraturstudie av 12 artiklar.</p>	<p>Sjukskötare upplever bristande kunskaper om smärta, smärtbehandling och smärtomvårdnad.</p>

## **5.6 Genomförande av analysen**

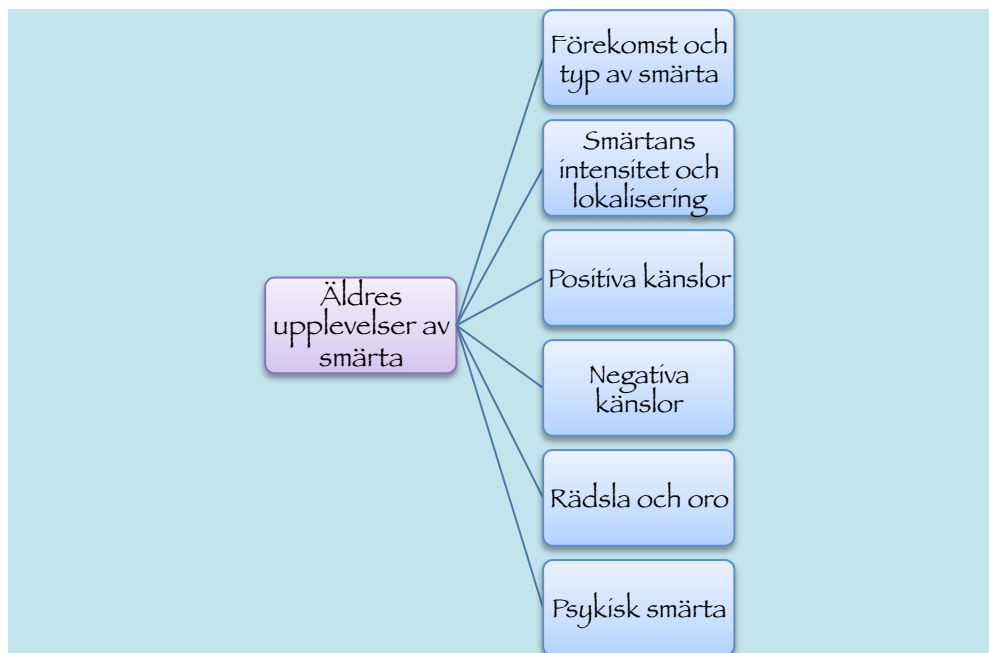
Utifrån forskningsfrågorna har tre huvudgrupper framkommit. Dessa tre huvudgrupper är: De äldres upplevelser av smärta, metoder för smärtlindring och vårdarens roll i lindrandet av smärta. Forskningsartiklarna har sedan lästs igenom i sin helhet flera gånger. Nyckelord och viktiga meningar plockades ut genom att strykas under. Olika färger användes för att dela in materialet enligt de tre huvudgrupperna. Till gruppen de äldres upplevelser av smärta användes grön färg, till metoder och strategier för smärtlindring användes röd och för gruppen vårdarens roll i lindrandet av smärta användes gul färg. De olika nyckelorden och meningarna skrevs sedan på skilda dokument och lästes sedan igenom flera gånger. Utifrån dessa meningar och ord bildades sedan underkategorier.

## **6 RESULTAT**

Jag kommer i det här kapitlet att presentera resultatet av min innehållsanalys. Analysen ledde till 12 underkategorier och tre huvudkategorier.

### **6.1 De äldres upplevelser av smärta**

I analysen av forskningsartiklarna, med fokus på de äldres upplevelser, framkom det sex olika kategorier: förekomst och typ av smärta, smärtans intensitet och lokalisering, positiva känslor, negativa känslor, rädsla och oro och psykisk smärta.



Figur 2. Äldres upplevelser av smärta med underkategorierna.

### 6.1.1 Förekomst och typ av smärta

De vanligaste orsakerna till smärta uppgavs vara muskuloskeletala sjukdomar (5,6,7,8,9,10), kardiovaskulära tillstånd, så som stroke och angina pectoris (7,9,10), cancer (2,10) och frakturer (10). Förekomsten av smärta varierade i de olika forskningarna. 84 % av de äldre hade smärta under intervjutillfället (7) och i en annan av forskningarna rapporterade 51 % smärta vid datainsamlingstillfället och 67,5 % uppskattades ha smärta (10). Under de tre föregående månaderna hade 80 % av de äldre upplevt smärta (9)

### 6.1.2 Smärtans intensitet och lokalisering

De vanligaste lokaliseringarna för smärta var ryggen (1,2,5,9) benen (1,9), båda eller bara ena knä (5,9), armarna (1) och över hela kroppen (9). Det var vanligt att de äldre hade flere olika lokaliseringar för smärtan (2,5,6). Resultaten för smärtans intensitet varierade i de olika forskningarna. Mellan 30-55 % uppgav att de led av mild smärta, 31-43 % upplevde måttlig smärta och 14-27 % upplevde svår smärta (5,8,9).



### **6.1.3 Positiva känslor**

Olika positiva känslor och attityder till smärtan var att de äldre upplevde sig stolta över att de klarade sig själva trots smärta (1,4). De upplevde att de inte klagade i onödan (1,4,6,8) och kände sig positiva och nöjda med tillvaron (1,4). De hade förtroende för familjen och vårdpersonalen och upplevde att de fick den hjälp de behövde och vågade fråga om hjälp då de upplevde att de behövde (1,4). Många såg smärtan som något som var att förvänta och att det bästa var att inte fokusera för mycket på smärtan utan ignorera den (4,6,8). Några av de äldre upplevde att smärtan var ett tecken från Gud att deras tro testades och att de stod ut med smärtan och inte klagade var ett sätt för dem att betyga sin tro (6). Smärtan sågs även som ett sätt att sona sina synder (6).

### **6.1.4 Negativa känslor**

Många negativa känslor kring smärtan och smärtupplevelsen beskrevs också av de äldre. De upplevde känslor av missnöjdhet, besvikelse, sorgsenhet (1), uppgivenhet och de hade en passiv attityd mot smärta och smärtbehandling (1,4). De äldre upplevde att ingen förstår hur det känns att leva med den smärta de hade (1) och att familj och vårdpersonal inte bryr sig tillräckligt (1,4). De upplevde sig även bortglömda (4,6) och undanstoppade på vårdhem(4).

### **6.1.5 Rädsla och oro**

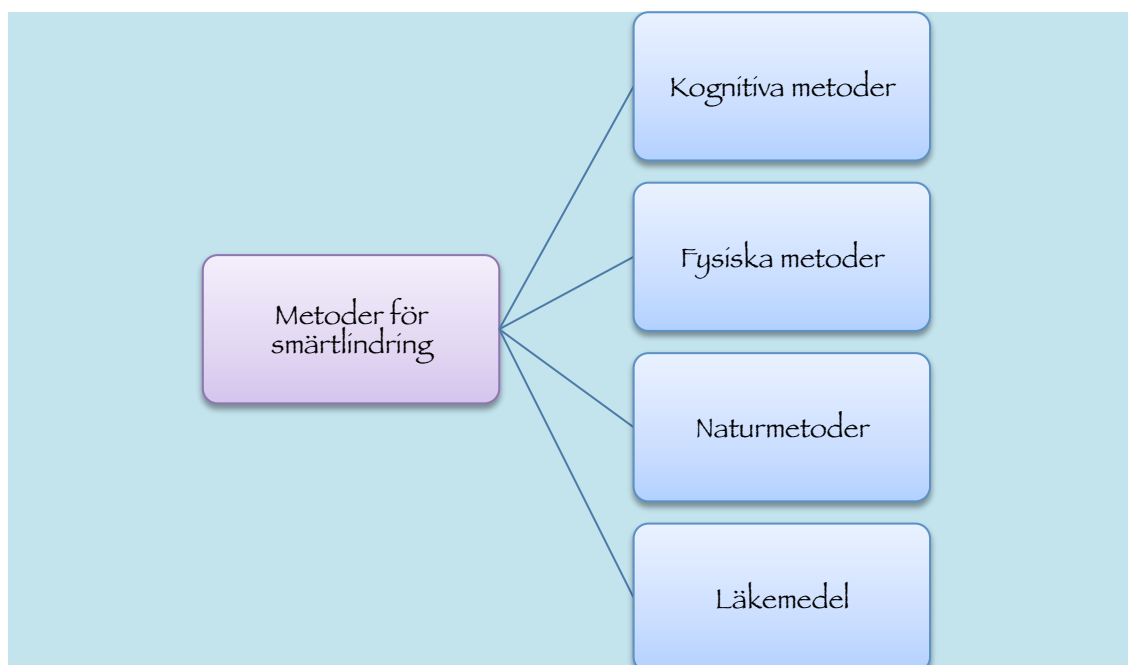
De äldre kände oro och rädsla över att inte bli trodd då de berättade om sin smärta(1,4). En del av de äldre gömde sin smärta och ville inte be om hjälp då de var rädda för att uppfattas som gnälliga (1,4). Några äldre kände även oro och irritation inför framtiden, då de upplevde att de inte kunde lita på att få hjälp vid behov och bli trodda på av vårdpersonal (1). Många kände en stor oro över att förlora sin självständighet, bli beroende av andras hjälp och bli en börda för andra (1,2,4,7,8). Dessa rädslor hindrade många av de äldre att visa sin smärta (1,4,7,8). Smärtans intensitet varierade kraftigt hos en del av de äldre och det ledde till att de kände oro och osäkerhet över hur kraftig smärtan kommer att vara olika dagar (6).

### 6.1.6 Psykisk smärta

Psykisk smärta identifierade av en del av de äldre (2,4) och beskrevs som den värsta smärtan och orsakades av olika förluster (2). Olika förluster i livet som de äldre beskrev var förlust av nära och kära personer (4), förlust av sitt hem (4) och förlust av sin hälsa och sin självständighet (2,4). Många av de äldre hade förlorat en nära person till dem och förlusten av sin partner var en av de största orsakerna till psykisk smärta (4). Förlust av hälsan och fysiska funktioner upplevdes av de äldre vara en stor orsak till psykisk smärta (2,4). Vetskapen, hos några av de äldre, om att de snart skulle dö orsakade mycket psykisk smärta (2). En av de äldre hade tappat sin tro och upplevde att det oskadade psykisk smärta (2).

## 6.2 Metoder för smärtlindring

Det material som under analysen placerades under huvudgruppen metoder för smärtlindring kategoriserades och det uppstod fyra kategorier. Dessa var kognitiva metoder, fysiska metoder, naturmetoder och läkemedel.



Figur 3. Metoder för smärtlindring med underkategorier

### **6.2.1 Kognitiva metoder**

Kognitiva metoder för smärtlindring som föredrogs av de äldre var att ignorera smärtan, distraktion och att fokusera på någonting annat (1,2,3,5,7,8,9). Att ignorera smärtan innefattade att lära sig att leva med smärtan, att inte ge upp, att tänka positivt och inte låta smärtan ta över och vinna. Annat de tog upp var att vara medveten om sina egna begränsningar, anpassa aktivitet enligt förmåga, ta en dag i taget och fokusera på det som var roligt. Distraktion innefattade att lyssna på musik, ägna sig åt någon hobby och göra saker som upplevdes som trevliga. I några studier ansåg de äldre att distraktion och avslappning var de mest effektiva kognitiva metoder för smärtlindring (3,8).

### **6.2.2 Fysiska metoder**

Vila var en metod för smärtlindring som de äldre använde sig av (1,3,5,8,9). I en studie kom det fram att ungefär hälften använde vila som en metod för smärtlindring och att 10 % av dem upplevde det som effektivt (8). De äldre i en studie tyckte att vila var den mest effektiva fysiska metoden för smärtlindring (3). Nackdelar med vila ansågs av en del äldre vara stelhet efter vilan (1)

Fysisk aktivitet som en metod för smärtlindring ansågs av de äldre vara en effektiv metod (1,2,3,4,8). Till fysisk aktivitet räknades promenader, hushållssysslor, ändring av kroppsställning (1,2,3,8), cykling, matlagning, trädgårdsarbete, att stretcha, simma, var ute i friska luften och komma ut ur hemmet (8). Fysisk aktivitet ansågs var effektiv då det var roligt och det resulterade i att träffa andra människor (8). I en studie var fysisk aktivitet en metod för smärtlindring som inte gärna användes även om de äldre upplevde att daglig fysisk aktivitet, så som promenader, hade en positiv inverkan på deras hälsa. Några av orsakerna var att det inte hörde till deras vanliga livsstil, att de var rädda för att falla och att de upplevde att olika andra sjukdomar hindrade dem från fysisk aktivitet (7). Andra nackdelar med fysisk aktivitet ansågs vara att de äldre inte kunde utföra den fysiska aktiviteten p.g.a. rädsla för att falla eller p.g.a. olika grundsjukdomar (7,8)

En del av de äldre använde sig av olika former av stödbandage och skenor (1,3). Nackdelen med dessa metoder var att de äldre inte kunde använda dem själv och att de kunde vara obekväma och hindra olika sorters aktivitet (3).

### 6.2.3 Naturmetoder

Olika former av huskurer (7), massage (1,5,7,9) och salvor (7,9) användes som metoder för smärtlindring. Till huskurer räknades bl.a. olika förändringar av kosten, som t.ex. vitlök, vitaminer, grapefrukt och whiskey, och koppararmband. De äldre var osäkra på huruvida metoderna var effektiva eller inte, men metoderna ansågs vara ofarliga och värda att prova (7). Olika former av salvor, som t.ex. smärtstillande kräm (7,9), tigerbalsam och hästliniment (7), användes ensamt och i samband med massage som metod för smärtlindring. Massage och olika salvor ansågs av de äldre väldigt effektiva metoder för behandling av smärta. I en studie var användningen av olika smärtstillande salvor och olja den mest använda metoden för smärtlindring. Över hälften använde massage och/eller smärtstillande salva/olja (9).

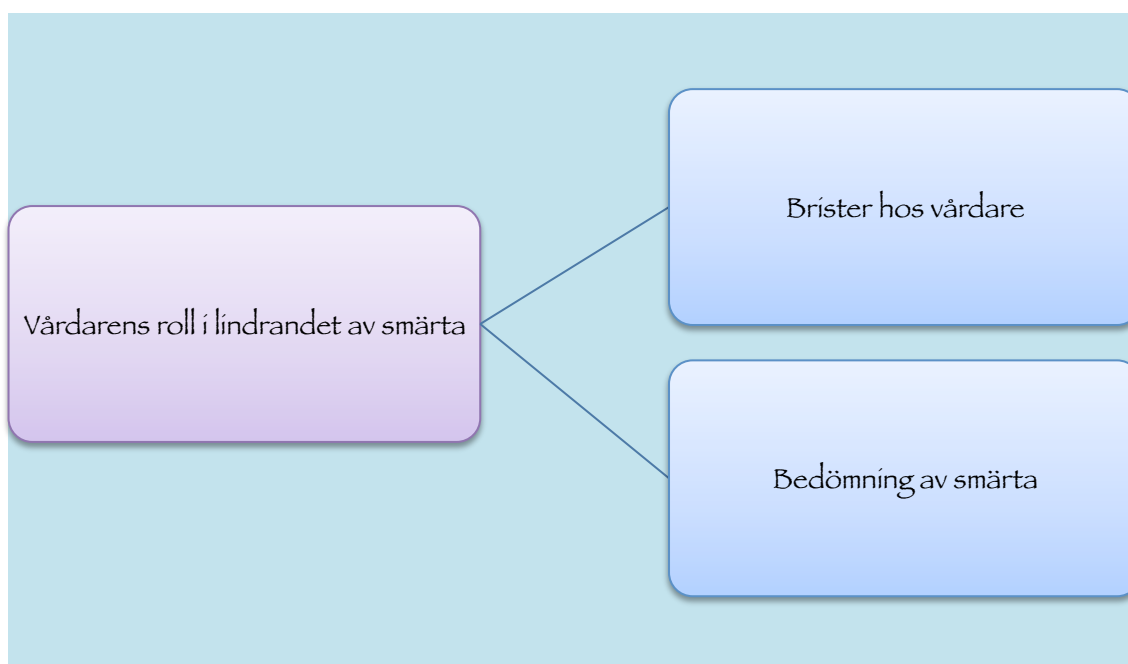
Användning av värme på olika sätt var en metod för smärtlindring som användes av de äldre (1,3,7,8). Användning av värme skedde genom bad eller dusch (1,8), varma filter och kläder (1,3), varmvattensflaskor (3) och värmedynor (1,8). Nyttan av användning av värme var att de äldre upplevde att det var avslappnande och de kunde använda sig av metoden när som helst (8).

### 6.2.4 Läkemedel

De flesta av de äldre använde, hade använt eller hade vid behov någon form av läkemedel (1,2,3,5,7,8,9). Till läkemedel räknades receptbelagda smärtstillande läkemedel, receptfria smärtstillande läkemedel (1,2,3,5,7,8,9), antidepressiva och olika läkemedel för behandling av olika sjukdomar, som t.ex. Parkinsons och osteoporos (1). Väldigt många äldre upplevde en motvilja mot att använda olika läkemedel då de upplevde att läkemedlen hade besvärliga bieffekter (1,2,7,8), de äldre var rädda för att bli beroende (7,8) och att de glömde att ta dem (8). Andra orsaker varför de äldre inte vill ta läkemedel var för att de upplevde att de inte hade effekt (2,3,7,8) eller att effekten kom gradvis (2). I en studie upplevde ¼ del av de äldre, som använde läkemedel som metod för smärtlindring, att de inte hade effekt (3).

## 6.3 Vårdarens roll i lindrandet av smärta

Den tredje huvudgruppen handlar om vilken roll vårdaren har i lindrandet av smärta och vad som påverkar detta. I analysen framkom det två undergrupper och dessa är: brister hos vårdaren och bedömning av smärta.



Figur 4. Vårdarens roll i lindrandet av smärta med underkategorier

### 6.3.1 Brister hos vårdaren

Sjukskötaren hade en ganska passiv roll i de äldres berättelser om sin smärta och smärtbehandling. Sjukskötaren beskrevs nästan endast som en person som kommer med läkemedel och inte som en person som aktivt deltar i smärtbehandlingen (4). De äldre upplevde att vårdare inte frågade om deras smärta (1,11) och att de inte brydde sig tillräckligt om deras smärta (1,6,7). De äldre upplevde även att vårdpersonalen inte hade tid att lyssna på dem. Tidigare erfarenheter av att inte få hjälp med smärtan trots att de bett om hjälp, orsakade att de äldre inte pratade om sin smärta och bad om hjälp (7). En del äldre upplevde att vårdpersonal hade för bråttom då de gav information eller behandling diskuterades och de äldre önskade få mera tid att ta in all information (7). Kunskapsbrist om farmakologisk behandling och liten erfarenhet av smärtbehandling

framkom i en studie. Andra brister som framkom hos vårdaren var missuppfattningar om äldre och smärta. Dessa var att vårdare ansåg att smärta är en del av åldrande och att äldre behärskar och tolererar mera smärta än yngre (11).

### **6.3.2 Bedömning**

Vårdarna och de äldre värderar smärta olika och vårdare underskattar de äldres smärta och det orsakar brister i smärtbedömningen (11). Tidigare negativa upplevelser(11) och olika rädslor (1,4,7,8,11) kan leda till att de äldre gömmer sin smärta och därmed försvårar bedömningen av smärtan. God kommunikation mellan vårdare och den äldre är en viktig del för att kunna göra en adekvat smärtbedömning (7,11).

Vårdarna skattade effekten av smärtstillade läkemedel vara mera effektiv än de äldre upplevde (3). Vårdarnas bedömning av fysiska metoder för smärtlindrande överensstämde med de metoder de äldre upplevde vara effektiva. Bedömningen av effekten av kognitiva metoder för smärtlindring visade på skillnader mellan vårdarna och de äldre. Vårdare skattade effekten av metoden ”prata om smärtan med en förstående person” som mera effektiv än de äldre (3).

## **7 DISKUSSION**

Utifrån analysen av de forskningsartiklar som ingick i min litteraturstudie och mina forskningsfrågor bildades tre huvudgrupper: De äldres upplevelser av smärta, metoder för smärtlindring och sjukskötarens roll i lindrandet av smärta. Mina forskningsfrågor för studien var: Vad bör vårdaren veta om de äldres smärtupplevelser, vilka metoder för smärtlindring föredrar de äldre med smärta och vad kan vårdaren göra för att lindra smärta hos de äldre.

### **7.1 De äldres upplevelser**

Den första forskningsfrågan var vad vårdaren bör veta om de äldres upplevelser av smärta. I analysen framkom det att de äldre ofta lider av smärta och att intensiteten varierar. Vanligaste orsakerna till smärta hos de äldre var muskuloskeletal smärta, kardiova-

skulära tillstånd, cancer och frakturer. De äldre hade ofta flera olika smärtlokaliseringar. I analysen av de äldres upplevelser av sin smärta framkom både positiva och negativa känslor. En del av de äldre kände sig stolta över att de klarade sig själv trots smärta och anpassade aktiviteter efter förmåga och försökte att inte fokusera på smärtan, medan andra upplevde mera negativa känslor som missnöjdhet och besvikelse. Några av de äldre såg smärtan som ett sätt att sona sina synder eller att Gud testade deras tro genom smärtan. Haegerstam (2008) skriver att emotioner påverkar tolkningen av smärtsensationen. Negativa emotioner leder ofta till en ökning av fokusering på smärtan och gör att den blir mera intensiv, medan positiva emotioner leder till distraktion och därmed upplevs smärtsensationen inte lika stark. Han skriver också att religiösa faktorer kan påverka tolkningen av smärtsensationen.

Många av de äldre ansåg att smärta och hög ålder hör ihop och smärta var någonting de förväntade sig att lida av men det fanns olika attityder till detta. En del av de äldre ansåg att eftersom smärtan var att förvänta i deras ålder var det bäst att inte fokusera på den och låta den få en för stor del i deras liv medan andra upplevde att eftersom smärtan var att förvänta var det ingen idé att ens försöka få smärtlindring och de kände uppgivenhet. Båda dessa synsätt kan leda till att de äldre inte ber om smärtlindring eller berättar om sin smärta. Rädsla och oro för att förlora sin självständighet, bli beroende av andra och att bli en börda för andra var känslor som många av de äldre upplevde och en orsak varför de äldre inte ville berätta om sin smärta. Haegerstam skriver att olika rädslor och oro kan påverka hur en person symboliserar smärtan och att ångest, sorg, ensamhet, hopplöshet och förlorad identitet påverkar det totala lidandet.

Det är viktigt för vårdpersonal som vårdar äldre personer att känna till dessa faktorer då de påverkar huruvida de äldre berättar om sin smärta. De äldre var också rädda att förlora sin självständighet och det är därför viktigt att de äldre känner sig delaktiga i vården och att beslut om olika behandlingar och liknande inte tas över deras huvuden. Smärtan som de äldre upplevde var inte alltid fysisk utan även psykisk smärta framkom i analysen av studierna och olika förluster ansågs vara orsaken till psykisk smärta. Den psykiska smärtan går inte att behandla med smärtstillande läkemedel och den bidrar till det totala lidandet.

## 7.2 Metoder för smärtlindring

Min andra forskningsfråga var vilka metoder för smärtlindring föredrar de äldre. Analysen visade att de äldre föredrar metoder som de själva kommit fram till och som de själva kan använda sig av. Kognitiva metoder, så som distraktion och att ignorera smärtan var väl använda metoder som upplevdes som effektiva av de äldre. Vila var den fysiska metod för smärtlindring som upplevdes som mest effektiv av många äldre, men metoden hade även vissa nackdelar. Stelhet och styvhet efter vila räknades som biverkningar av metoden. Många äldre använde också olika varianter av massage och olika salvor. Olika huskurer, som t.ex. olika livsmedel och förändringar i dieten var också metoder som nämdes. Nackdelen med dessa metoder var att de äldre inte alltid hade råd med de smärtstillande salvor och oljor de upplevde hade effekt. Fysisk aktivitet nämdes också, men många av de äldre upplevde att även om metoden var effektiv använde de sig inte så ofta av den, av olika anledningar. Dessa anledningar var att de var rädda för att falla, att de inte kunde p.g.a. olika sjukdomar eller att fysisk aktivitet inte hörde till deras livsstil.

Olika läkemedel användes av de äldre som smärtlindringsmetod, men många var motvilliga att använda sig av den här metoden. Olika orsaker som kom fram var att läkemedel hade mycket biverkningar som upplevdes vara väldigt besvärliga, att de äldre var rädda för att bli beroende och att de upplevde att läkemedlen inte hade effekt. Några nämnde även att de inte kunde inta alkohol ifall de tog läkemedlen och avstod därför. Många av de äldre som använde läkemedel som smärtlindringsmetod upplevde ändå att det var en ganska effektiv metod. I de flesta fallen använde de äldre olika kombinationer av både farmakologiska och icke-farmakologiska metoder för att lindra smärtan. Valet av metoder kunde variera beroende på dagen och smärtintensiteten.

Haegerstam (2008) skriver att en del personer kan kategorisera hela lidandet som orsakat av smärta och ser inte att andra faktorer kan vara delorsak till lidandet, t.ex. ångest, ensamhet och sorg. De förväntar sig då att smärtstillande läkemedel skall lindra allt lidande och då en del av lidandet kvarstår upplever personen att läkemedlet inte har effekt. Dessa personer ber ofta ändå om ett recept på smärtstillande läkemedel vilket skulle tyda på att de ändå upplever att smärtstillande läkemedel har någon effekt. Många av de äldre i materialet jag analyserade använde någon form av smärtstillande läkemedel



Det är viktigt att vårdare känna till vilka metoder de äldre föredrar och att de känner till även de ickefarmakologiska metoderna. I en studie framkom det att de äldre tyckte att fysisk aktivitet var en effektiv metod men att de inte kunde använda sig av den metoden av olika anledningar. Det är viktigt att all vårdpersonal är medvetna om de hinder som finns för de äldre vid användning av olika metoder för smärtlindring.

### **7.3 Vårdarens roll**

Min sista forskningsfråga var vad vårdare kan göra för att lindra lidandet hos de äldre med smärta. I analysen framkom det olika brister hos vårdaren. De äldre upplevde inte att sjukskötaren hade en aktiv och väsentlig roll i lindrandet av smärta och valet av metod för smärtlindringen. Det framkom att en del av de äldre upplevde att sjukskötaren endast var en person som kom med läkemedel och inte en person med en aktiv roll i själva behandlingen av smärtan.

Några av de äldre upplevde att vårdarna inte förstod deras smärta och önskade att de skulle fråga mera om deras smärta. En del av de äldre upplevde även att vårdarna har allt för bråttom och de äldre önskade mera tid för att ta in all information. I några studier framkom att de äldre upplevde att vårdpersonal överlag är väldigt ointresserade av de äldres smärta och andra hälsoproblem. Det var en orsak till att de äldre inte ville prata om sin smärta eller be om hjälp. Analysen visade också att de äldre upplevde olika rädslor som ibland hindrade dem från att be om hjälp eller berätta om sin smärta och andra hälsoproblem. God kommunikation mellan sjukskötaren och den äldre framkom som en viktig del av för att kunna göra en adekvat smärtbedömning. Sjukskötare bör ha en mera aktiv roll i smärtbehandlingen och bör avsätta tid för att prata om smärta och smärtbehandling med de äldre.

Kunskapsbrist hos sjukskötare angående farmakologisk behandling vid smärta hos äldre kom också fram i analysen. Denna kunskapsbrist yttrade sig genom att sjukskötare inte vågade ge hela den dos smärtstillande som var ordinerat. Olika attityder till smärta hos vårdarna påverkade bedömningen och behandlingen av smärta hos de äldre och i analysen framkom också att vårdarna underskattade de äldre smärtupplevelse och överskattade effekten av smärtstillande läkemedel och metoden ”prata med någon om smärtan”

jämfört med vad de äldre upplevde. Det behövs mera kunskap om de äldres smärta och smärtlindring hos sjukskötarna och de bör vara insatta i de smärtlindringsmetoder de äldre föredrar.

## 8 KRITISK GRANSKNING

Patel & Davidson (2011, s. 102-109) skriver att i kvantitativa forskningar att begreppet validitet betyder huruvida studien faktiskt undersöker det som var meningen att undersöka och reliabilitet betyder huruvida det har skett på ett tillförlitligt sätt. I kvalitativa forskningar har begreppen validitet och reliabilitet ganska samma betydelse och därför används oftast endast begreppet validitet. Validiteten omfattar hela forskningsprocessen i kvalitativa studier. I datainsamlingen handlar t.ex. validiteten om huruvida forskaren har samlat in sådant material som gör att forskaren kan göra en trovärdig tolkning av den studerades livsvärld. Validiteten handlar också om ifall de olika tolkningarna faktiskt tillför kunskap om det studerade.

Brister i min litteraturstudie, som påverkar validiteten är att en del av studierna är genomförda i början av 2000-talet och är således över 10 år gamla. Jag upplever ändå att det som kom fram i de lite äldre forskningarna även kom fram i de nyare. Jag har också ett ganska litet antal forskningar och det påverkar också validiteten. Orsaken till detta var att jag begränsade datasökningen till artiklar som fanns tillgängliga i fulltext. Ett försök att hitta relevanta artiklar som inte var tillgängliga i fulltext gjordes, men inga av dessa hittades. En annan faktor som påverkar validiteten för studien är att inga geografiska begränsningar gjordes. Kulturen ser olika på olika ställen i världen och detta kan påverka hur personer kategoriserar, symboliserar och uttrycker smärtupplevelsen. Vilka metoder för smärtlindring som används och finns tillgängliga i de olika länderna kan variera och resultaten för studier från Asien kanske inte stämmer överens med hur det är i Finland. Alla forskningsartiklar, utom en, var skrivna på engelska och då engelska inte är mitt modersmål kan jag ha gjort felaktiga översättningar.

## 9 ETISKA REFLEKTIONER

Jag har i min litteraturstudie följt Arcadas riktlinjer för god vetenskaplig praxis. Till dessa riktlinjer hör bl.a. att iaktta ärlighet, omsorgsfullhet och noggrannhet i utförande av studien, dokumenteringen och presentationen av resultatet. Andra riktlinjer är att ta hänsyn till andra forskare och deras arbete och att ta hänsyn till etiken inom yrkesområdet. Att planera, genomföra och rapportera studien detaljerat och enligt de krav som vetenskaplig fakta kräver hör också till dessa riktlinjer.

Det finns tre kategorier av avvikelser från god vetenskaplig praxis och dessa är etisk ovarsamhet, försummelse och oredlighet. Etisk ovarsamhet handlar om slarv eller okunskap och betyder att en student inte följt direktiv eller riktlinjer eller inte visat korrekt beteende vid forskning och studier. Försummelse handlar om grov vårdslöshet i utförande av arbetet. Till den sista kategorin hör olika former av fusk, så som fabricering, förfalskning, plagiering och stöld. Fabricering betyder att presentera påhittade observationer, förfalskning betyder att presentera eller bearbeta materialet så att det förvrängs eller att utelämna för slutresultatet väsentlig fakta. Användning av någon annans text eller forskningsplan i eget namn kallas plagiering. Stöld betyder att olovligt använda någons forskningsidé, litterära eller konstnärliga verk. (Arcada. 2002)

Jag har noggrant och omsorgsfullt dokumenterat och beskrivit alla olika skeden i min studie. Jag har gjort korrekta källhänvisningar. Jag har redovisat för min datainsamling och analysen av materialet. Jag har inte manipulerat eller utelämnat väsentliga delar av forskningsresultatet.

## KÄLLOR

Bravell, Marie Ernst. 2011, *Äldre och åldrande Grundbok I gerontologi*, Gothia förlag AB, 378s.

Bravell, Marie Ernst & Ericsson. 2011. I: Bravell, Marie Ernst. 2011, *Äldre och åldrande Grundbok I gerontologi*, Gothia förlag AB, 378s.

Dahl. 2011. I: Bravell, Marie Ernst. 2011, *Äldre och åldrande Grundbok I gerontologi*, Gothia förlag AB, 378s.

Forsberg, Christina & Wengström, Yvonne. 2008, *Att göra systematiska litteraturstudier –värderingar, analys och presentation av omvårdnadsforskning*, 2 uppl., Stockholm: Natur och kultur, 216s.

Haegerstam, Glenn. 2008, *Smärta – ett mångfacetterat problem*, Lund: Studentlitteratur, 239s.

Haegerstam, Glenn. 2007, *Smärta hos äldre*, Lund: Studentlitteratur, 269s.

Hall-Lord, Marie Louise. 2007. I: Jakobsson, Ulf. *Långvarig smärta*, Lund: Studentlitteratur, 222s.

Jacobsen, Dag Ingvar. 2007, *Förståelse, beskrivning och förklaring - introduktion till samhällsvetenskaplig metod för hälsovård och socialt arbete*, Lund: Studentlitteratur, 316s.

Jakobsson, Ulf. 2007, *Långvarig smärta*, Lund: Studentlitteratur, 222s.

Jansson, Wallis & Almqvist, Britt. 2011, *Gerontologi och geriatrik*, Stockholm: Liber AB, 416s.

Kankkunen, Päivi & Vehviläinen-Julkunen, Katri. 2009. *Tutkimus hoitotieteessä*, Helsingfors: WSOY, 213s.

Latvala, Eila & Vanhanen-Nuutinen, Liisa. 2003. I: Janhonen, Sirpa & Nikkonen, Merja. 2003. *Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä*, 2 uppl., Helsingfors: WSOY, 300s.

Norrbrink, Cecilia & Lundberg, Thomas. 2010, *Om smärta –ett fysiologiskt perspektiv*, Lund: Studentlitteratur, 181s.

Patel, Runa & Davidson, Bo. 2011, *Forskningsmetodikens grunder –Att planera, genomföra och rapportera en undersökning*, 4 uppl., Lund: Studentlitteratur. 149s.

Strang, Peter & Werner, Mads. 2012. I: Werner, Mads & Leden, Ido. 2010, *Smärta och smärtbehandling*, 2 uppl., Stockholm: Liber AB, 647s.

Werner, Mads & Leden, Ido. 2010, *Smärta och smärtbehandling*, 2 uppl., Stockholm: Liber AB, 647s.

## **ELEKTRONISKA KÄLLOR**

Arcada. 2002. *God vetenskaplig praxis i studier vid Arcada*, Tillgänglig: [http://studieguiden.arcada.fi/webfm\\_send/481](http://studieguiden.arcada.fi/webfm_send/481) Hämtad: 3.11.2012

Brochet, Bruno. Michel, Philippe. Barberger-Gateau, Pascale . Dartigues Jean-Francois. 1998, *Population-based study of pain in elderly people: a descriptive survey*, I: Age and ageing 27: s.279-284 Tillgänglig: Cinahl (Ebsco) Hämtad : 21.9.2012

Blomqvist, Kerstin & Edberg, Anna-Karin. 2002, *Living with persistent pain: experiences of older people receiving home care*, I: Journal of Advanced Nursing, 40(3) s. 297-306 Tillgänglig: Cinahl (Ebsco) Hämtad: 17.5.2012

Blomqvist, Kerstin & Hallberg, Ingalill R. 2002, *Managing pain in older persons who receive home-help for their daily living. Perceptions by older persons and care providers*, I: Scandinavian Journal of Caring Science: 16 s. 319-328 Tillgänglig: Cinahl (Ebsco) Hämtad: 20.9.2012

Daggleby, Wendy. 2000, *Elderly hospice cancer patients' descriptions of their pain experiences*, I: American Journal of Hospice & Palliative Care: 17(2) s. 111-117 Tillgänglig: Sage Journals Hämtad: 20.9.2012

Gudmannsdottir, Gudrun Dora & Halldorsdottir, Sigridur. 2009, *Primacy of existential pain and suffering in residents in chronic pain in nursing homes: a phenomenological*

study, I: Scandinavian Journal of Caring Science: 23 s. 317-327 Tillgänglig: Cinahl (Ebsco) Hämtad: 17.5.2012

Higgins, Isabel. 2005, *The experience of chronic pain in elderly nursing home residents*, I: Journal of Research in Nursing: 10(4) s. 369-382 Tillgänglig: Sage Journals Hämtad: 20.9.2012

IASP. Tillgänglig: <http://www.iasp-pain.org/Content/NavigationMenu/GlobalYearAgainstPain/20062007PaininOlderPersons/default.htm> Hämtad : 1.11.2012

Lansbury, Gwenda. 2000, *Chronic pain management: a qualitative study of elderly people's preferred coping strategies and barriers to management*, I: Journal of Disability and Rehabilitation :22(1/2) s. 2-14 Tillgänglig: Cinahl (Ebsco) Hämtad: 17.5.2012

Ross, Margaret M., Carswell, Anne., Hing, Malcom., Hollingworth, Gary & Dalziel, William B. 2001, *Seniors' decision making about pain management*, I: Journal of Advanced Nursing: 35(3) s. 442-451 Tillgänglig: Academic Search Elite (Ebsco) Hämtad: 9.10.2012

Torvik, K., Kaasa, S., Kirkevold, Ö & Rustöen, T. 2009, *Pain in patients living in Norwegian nursing homes*, I: Palliative Medicine: 23 s.8-16, Tillgänglig: Sage Journals Hämtad:

Tsai, Yun-Fang., Chu, Tsung-Lan., Lai, Yeur-Hur & Chen, Wen-Jen. 2008, *Pain experiences, control beliefs and coping strategies in Chinese elders with osteoarthritis*, I: Journal of Clinical Nursing :17 s. 2596-2603, Tillgänglig: Hämtad:

Tse, Mimi MY., Pun, Sandra PY & Benzie, Iris FF, 2005, *Pain relief strategies used by older people with chronic pain: an exploratory survey for planning patient-centred intervention*, I: Journal of Clinical Nursing: 14 s. 315-320 Tillgänglig: Academic Search Elite (Ebsco) Hämtad: 9.10.2012

