



ERSTA
SKÖNDAL
HÖGSKOLA

Institutionen för
vårdvetenskap

Lisa Andersson och Melina Moberg

Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp

Självständigt arbete i vårdvetenskap, 15 hp, VKGV51, HT2015

Kandidatexamen

Handledare: Ragnhild Hedman

Examinator: Britt-Marie Ternestedt

Mer än enkla åtgärder

En litteraturoversikt om hur personer med långvarig smärta beskriver egenvård

More than simple measures

A literature review on how people with chronic pain describe self-management

Sammanfattning

- Bakgrund:** Smärta är en multidimensionell och subjektiv upplevelse som kan drabba alla människor. Smärta är den vanligaste orsaken till uppsökande av sjukvård samt orsakande av funktionsnedsättningar och oförmåga att arbeta. Personer med långvarig smärta måste självständigt utföra en stor del av sin behandling och omvårdnad i form av egenvård. Det ingår i sjuksköterskans uppdrag att uppmuntra och stödja patienter till att utföra egenvård, dock finns ingen entydig definition av begreppet egenvård.
- Syfte:** Att redogöra för hur personer med långvarig smärtproblematik beskriver egenvård.
- Metod:** En litteraturöversikt baserad på tio vetenskapliga artiklar med kvalitativa och kvantitativa ansatser. Artiklarna togs fram via sökningar i databaserna CINAHL Complete och MEDLINE, och var publicerade mellan åren 2005-2015. Artiklarna har analyserats enligt Fribergs analysmetod.
- Resultat:** Resultatet i litteraturöversikten presenterade att personer med långvarig smärta beskrev egenvård som multidimensionell. Egenvård ansågs bestå av personliga förmågor samt mentala och praktiska strategier. Personer med långvarig smärta ansåg även att utbildning och stöd ifrån hälso- och sjukvården var viktigt för utförandet av egenvård.
- Diskussion:** Resultatet har diskuterats utifrån Dorothea Orems omvårdnadsteori om egenvårdsbalans samt vetenskapliga publiceringar. Egenvårdens innebörd för personer med långvarig smärta har jämförts med de olika definitioner av egenvård som tillämpas inom hälso- och sjukvården. Vidare har egenvårdsdefinitionernas betydelse för hälso- och sjukvårdens egenvårdsstödjande insatser diskuterats.
- Nyckelord:** Egenvård, egenvårdsstrategier, långvarig smärta, kroniska sjukdomstillstånd, upplevelser.

Abstract

Background: Pain is a multidimensional and subjective experience that can affect anyone. Pain is the most common reason to seek medical care and is the main cause to disability and inability to work. People with chronic pain need to independently manage a large part of their treatment and care in the form of self-management. One part of the nursing role is to encourage and support patients to perform self-management, however there is no clear definition of the term self-management.

Aim: To illustrate how people with chronic pain describes self-management.

Method: The literature review was based on ten scientific articles, with qualitative and quantitative approaches. The articles were found through searches in the databases CINAHL Complete and MEDLINE, with publication between the years 2005-2015. The articles were analyzed using Friberg's method of analysis.

Results: The literature review showed that people with chronic pain described that self-management was multidimensional. Self-management was considered to involve both personal abilities, mental and practical strategies. People with chronic pain also believed that education and support from healthcare was essential for self-management.

Discussion: The result has been discussed against Dorothea Orem's nursing theory about self-care and relevant scientific publications. The meaning of self-management for people with chronic pain has been compared with various definitions of self-management that are applied in healthcare. Furthermore the definitions of self-management were put in relation to how the healthcare provide supporting self-management interventions.

Keywords: Self-management, self-management strategies, chronic pain, chronic conditions, experiences.

Innehållsförteckning

INNEHÅLLSFÖRTECKNING	4
1. INLEDNING	1
2. BAKGRUND	1
2.1 VAL AV TERMER	1
2.2 SMÄRTA	2
2.2.1 Smärtbedömning	2
2.3 DEN LÅNGVARIGA SMÄRTAN	3
2.4 EGENVÅRD	4
2.5 STÖD OCH UTBILDNING I EGENVÅRD	5
2.6 SJKSKÖTERS KANS ROLL I EGENVÅRDEN	6
2.7 PROBLEMFÖRMULERING	6
3. SYFTE	7
4. TEORETISKA UTGÅNGSPUNKT	7
4.1 OREMS TEORI OM EGENVÅRDSBALANS	8
5. METOD	9
5.1 DATAINSAMLINGSMETOD	9
5.2 URVAL	10
5.3 ANALYSMETOD	10
6. FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	11
7. RESULTAT	11
7.1 HUR PERSONER MED LÅNGVARIG SMÄRTA UPPLIVER EGENVÅRD	11
7.2 STRATEGIER FÖR ATT UTÖVA EGENVÅRD	12
7.2.1 Mentala egenvårdsstrategier	13
7.2.2 Praktiska egenvårdsstrategier	14
7.3 HUR PERSONER MED LÅNGVARIG SMÄRTA UPPLIVER EGENVÅRDSSTÖD	15
8. DISKUSSION	15
8.1 METODDISKUSSION	16
8.2 RESULTATDISKUSSION	17
9. KLINISKA IMPLIKATIONER	20
10. FÖRSLAG TILL FORTSATT FORSKNING	20
11. SLUTSATS	21
REFERENSFÖRTECKNING	22

BILAGA 1. SÖKMATRIS	27
BILAGA 2. MATRIS ÖVER URVAL AV ARTIKLAR TILL RESULTAT	28
BILAGA 3. DOROTHEA OREMS UNIVERSAL SELF-CARE REQUISITES	33

1. Inledning

Under vår sjuksköterskeutbildning har vi stött på problematik kring smärta i både teori och praktik. Vi har mött patienter som uppsöker vård med smärta som primär orsak, men även där smärtan existerar vid sidan av ett sjukdomstillstånd. Vi har uppfattat att fokus kring denna patientgrupp har legat på läkemedelsbehandling och att egenvård hamnat i skymundan. Detta fick oss att undra över varför egenvården inte fick ta en större plats i vårdmötet, samt vilken uppfattning patienten själv hade om egenvård. Vi har i detta arbete valt att fokusera på personer med långvarig smärtproblematik då vi har uppfattat att de utgör en stor patientgrupp som förekommer i alla vårdkontexter. Vi tror att denna patientgrupp besitter viktig kunskap i form av erfarenheter och upplevelser. Denna kunskap bör förmedlas till sjuksköterskor för att bidra till en större förståelse för hur man kan stötta personer med långvarig smärta till egenvård.

2. Bakgrund

Bakgrunden inleds med en redogörelse för de termer som är återkommande genom litteraturöversikten. En presentation av kunskapsläget i det valda ämnet kommer sedan att presenteras och slutligen leda fram till litteraturöversiktens problemformulering.

2.1 Val av termer

Författarna kommer i denna litteraturstudie att använda sig av termen långvarig smärta. Ett medvetet val har gjorts beträffande tillämpning av termen för det fenomen som tidigare benämnts som kronisk smärta, men som på senare tid övergått till benämningen långvarig smärta (Bergh, 2014). Det engelska begreppet *chronic pain* har därför översatts till långvarig smärta. Långvarig smärta klassas idag som ett kroniskt sjukdomstillstånd (Regeringskansliet, 2014). Ett kroniskt sjukdomstillstånd definieras som ett hälsoproblem som kräver löpande skötsel under en period av år eller årtionden (World Health Organization [WHO], 2002). Författarna kommer därav, vid hänvisning till källor som talar om kroniska sjukdomstillstånd, att använda sig av denna mer övergripande term som sålunda inbegriper långvarig smärta. Vid beskrivningar av de personer som studien avhandlar, avser författarna att använda sig av termerna *personer med långvarig smärta* alternativt *de smärtdrabbade*.

2.2 Smärta

Smärta är ett mycket vanligt fenomen som kan drabba alla människor, oavsett ålder, etnicitet och kön (Linton, 2013). Den världsledande organisationen för forskning och klinisk behandling av smärta, The International Association for the Study of Pain [IASP], definierar smärta som: "... en obehaglig sensorisk och känslomässig upplevelse förenad med vävnadsskada, eller hotande vävnadsskada, eller beskriven i termer av sådan skada" (Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU], 2006). Smärta är med andra ord en subjektiv upplevelse som både rymmer känslomässiga och fysiska reaktioner och kan upplevas även i frånvaro av vävnadsskada.

Begreppet *total pain* är ett synsätt på smärta som introducerats av Cicely Saunders, sjuksköterska och grundare till hospiceverksamheten (Bergh, 2014). Total pain beskriver smärta som ett multidimensionellt fenomen där smärta kan orsakas och upplevas ur fyra olika dimensioner; fysisk, psykisk, social och existentiell. Den fysiska dimensionen berör smärtans lokalisering och intensitet medan den psykiska dimensionen berör den emotionella upplevelsen av smärtan. Social smärta berör ensamhet, bristande relationer, avsaknad av delaktighet samt ett påverkat socialt liv. Den existentiella dimensionen berör hopplöshet, meningslöshet samt livsfrågor och religiösa frågeställningar.

En av fem vuxna i Europa bedöms leva med smärta (Allcock, Elkan & Williams, 2007). I Sverige har studier visat på att en lika stor del av befolkningen har smärtproblematik (SBU, 2006). Smärta är både den vanligaste orsaken till uppsökande av sjukvård samt orsakande av funktionsnedsättning och oförmåga att arbeta (Linton, 2013). En europeisk studie har fastställt att 40 procent av de som lever med smärta upplever att smärtan påverkar deras vardagliga aktiviteter (Allcock, et al., 2007). I Skandinavien ligger smärtan till grund för 20-40 procent av primärvårdsbesöken (SBU, 2006). Personer med smärtproblematik upplever sig ofta kränkta och nedprioriterade inom hälso- och sjukvården då deras smärta ifrågasätts och betvivlas (SBU, 2006). Att dessa personer bemöts väl och att deras problematik tas på allvar är avgörande för möjligheten av framgångsrika hälso- och sjukvårdsinsatser.

2.2.1 Smärtbedömning

Fysisk smärta delas in i tre olika klassifikationer; *nociceptiv*, *neuropatisk* och *ideopatisk* (Lundeberg & Norrbrink, 2014). Nociceptiv smärta uppstår när nociceptorer i vävnaden aktiveras. Detta sker vid skador eller hotande skada, vanligast är att smärtan är utlöst av inflammation eller syrebrist. Även smärta från leder, muskler och skelettet klassas som

nociceptiv. Neuropatisk smärta uppstår vid skador eller sjukdom i nervsystemet. Idiopatisk smärta beror på att smärtmekanismen av oklar anledning har förändrats. Detta innebär att vävnad blir extra smärtekänslig och att även ofarlig beröring kan upplevas som smärtsam.

Upplevd smärta bör diagnostiseras för att rätt behandlingsåtgärder ska kunna sättas in. Detta görs i form av en genomgång av den smärtdrabbades anamnes samt av de psykosociala konsekvenser som smärtan har gett upphov till (Karlsten, 2014). Det finns hjälpmedel som vid smärtbedömning förenklar för både personen med smärta och vårdpersonal att skapa sig en uppfattning om hur smärtan tar sig till uttryck. Dels kan man använda sig av en smärteckning, vilken består av en bild på en människokropp där den smärtdrabbade kan rita ut vart smärtan sitter och eventuell utstrålning. När den smärtdrabbade ska beskriva hur smärtan upplevs används ofta ord som molande, stickande eller brännande. Utöver detta behövs information om huruvida smärtan kommer och går eller om den är konstant samt om den har förändrats över tid. För att kunna bedöma intensitet på smärtan använder man sig av någon typ av skattningsskala (Karlsten, 2014). Vanligast är VAS (Visual Analogue Scale) där personen med smärta skattar sin smärta på en 10 centimeter lång linjal. Detta genom att peka ut vart på linjen smärtan placeras, längst till vänster innebär ingen smärta alls och längst till höger innebär värsta tänkbara smärta.

Smärtbedömningen kan behöva kompletteras med ytterligare undersökning och utredning för att klassificera tillståndet eller fastställa diagnos (Karlsten, 2014). När det tydliggjorts huruvida smärtan grundats och upplevs ur en fysisk, psykisk, social eller existentiell dimension kan nödvändig symptombehandling sättas in (Augustini, 2014). Dessa symptomlindrande behandlingar kan vara i form av bland annat läkemedel, kuratorsstöd och sjukgymnastik (Karlsten, 2014).

2.3 Den långvariga smärtan

Smärta definieras som långvarig när den har varat i minst tre månader (SBU, 2006). Den långvariga smärtan karaktäriseras av bestående förändringar i vävnad och nervbanor och är därför inte jämförbar med akut smärta som löper över tid.

Även långvarig smärta är multidimensionell och påverkar många aspekter i livet (Gustavsson, 2015). Vardagen förändras, nyorientering krävs och familj, aktiviteter och arbete påverkas. Detta kan framkalla psykiska påfrestningar hos den drabbade, vilket resulterar i att långvarig smärta ofta relateras till låg livskvalitet. Forskning har även påvisat att

livskvaliteten vid långvarig smärta upplevs lägre än vid majoriteten av andra kroniska sjukdomstillstånd (SBU, 2006).

De personer som har långvarig smärta får ofta inte träffa någon specialist, utan hjälps inom primärvården (Gustavsson, 2015). Detta trots att många läkare inom primärvården uppger att denna typ av smärta är ett av de mest svårbehandlade tillstånden. Detta resulterar i att personer med långvarig smärtproblematik tvingas uppsöka vård ofta, där följden blir många möten med olika hälso- och sjukvårdspersonal. Andra kroniska sjukdomstillstånd kan bedömas och diagnostiseras utifrån medicinsk undersökning och provtagning. Smärta kan däremot endast mätas genom att den smärtdrabbade själv förmedlar sin smärtupplevelse till hälso- och sjukvårdspersonalen (SBU, 2006).

2.4 Egenvård

Termen egenvård användes första gången på mitten av 1970-talet som en antydning på patientens delaktighet i sin egen behandling (Creer, 1976, refererad i Armstrong, 2014). Egenvård är ett begrepp som definieras på flertalet olika vis. Enligt Socialstyrelsen är egenvård en ”hälso- och sjukvårdsåtgärd som legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal bedömt att en patient själv kan utföra...” (Hälso- och sjukvårdslagen [HSL], SFS: 1982:763, kap. 2, 1§). Nationalencyklopedin definierar egenvård som ”de åtgärder som den enskilde själv kan vidta vid enkla och vanliga symptom, sjukdomar och skador” (Lundh, u.å.), en definition som även tillämpas av 1177 Vårdguiden. Omvårdnadsteoretikern Dorothea Orem, skaparen till teorin om egenvårdsbalans förklarar egenvård som de aktiviteter som personen tar initiativ till och självständigt utför för att upprätthålla liv, hälsa och välmående (Orem, 1995). Sammanfattningsvis beskrivs egenvård som de aktiviteter som utförs utanför hälso- och sjukvårdsinrättningar och innefattar behandling av sjukdomstillstånd samt hantering av uppkomna symptom (Glasgow, Davis, Funnell & Beck, 2003). Det finns dock inte en entydig förklaring till vad begreppet egenvård betyder (Alderson, Starr, Gow & Moreland, 1999).

Personer med långvarig smärta vistas ofta i hemmet där de självständigt sköter sin behandling och omvårdnad i form av egenvård (Kylberg & Lindell, 2002), med avsikt om ett gott liv trots det kroniska sjukdomstillståndet (Liddy, Blazkho & Mill, 2014). Vid långvarig smärta utför de smärtdrabbade ofta en omfattande egenvård, vilket förutsätter att de erhållit en effektiv patientutbildning för att klara av utförandet (SBU, u.å.). Bristfälliga vårdrelationer och upplevelsen av att information och besked från sjukvården är tvetydliga eller

knapphändiga, är faktorer som försvårar för patienten att genomföra egenvård (Liddy et al., 2014).

2.5 Stöd och utbildning i egenvård

Patientutbildning i egenvård kan antingen ske individuellt i form av stödjande interventioner från hälso- och sjukvårdspersonal eller genom deltagande i generella eller sjukdomsspecifika program i egenvård (SBU, u.å.) I Sverige tillfaller ansvaret för egenvårdsutbildning och egenvårdsstöd hälso-och sjukvården (SOSFS: 2009:6, kap. 1, 2 §). I flertalet andra västerländska länder bedriver frivilligsektorn samhällsbaserade program i egenvård, vilka syftar till öka de deltagandes egenvårdskompetens genom individanpassade insatser från multidisciplinära team (SBU, u.å.). Program i egenvård kan liknas med den vårdprocess som sker inom hälso- och sjukvården med läkarkonsultation, målsättning tillsammans med sjuksköterska, kontakt med fysioterapeut samt planering och uppföljning av åtgärder (Barlow, Wright, Sheasby, Turner & Hainsworth, 2002).

Patientcentrerad egenvårdsutbildning för personer med kroniska sjukdomstillstånd har vetenskaplig evidens för signifikanta förbättringar på flera punkter i personernas liv (Brady et al., 2011; Lorig et al., 1996; Ory et al., 2013; Ritter, Ory, Laurent & Lorig, 2014). I en omfattande treårig forskningsstudie med över 1000 deltagare konstaterades att personer med kroniska sjukdomstillstånd visade betydande förbättringar både medicinskt, känslomässigt och socialt då de fått utbildning och stöd i att utföra egenvård (Lorig et al., 1996). Studien visade även att den självrapporterade allmänhälsan förbättrades liksom effekterna av kognitiv symptombehandling. Även utförd fysisk aktivitet och kommunikation med hälso- och sjukvårdspersonal förbättrades samt att funktionshinder och begränsningar kopplade till sociala aktiviteter minskade, liksom trötthet och ångestrelaterad ohälsa.

Det är även bevisat att personer som erhållit utbildning i egenvård har färre dokumenterade besök inom akut- och öppenvården samt färre och kortare sjukhusvistelser (Ahn et al., 2013, Lorig et al., 1996). Det har därmed konstaterats att undervisning och stöd i att utföra egenvård vid kroniska sjukdomstillstånd resulterar i färre sjukvårdsbesök. Egenvårdsinsatser kan av den anledningen även bidra till stora ekonomiska besparingar, inom ett område som för hälso-och sjukvården är kostsamt (Ahn et al., 2013; Lorig et al., 1996; Rogers, Bury & Kennedy, 2009). En summa som i Sverige uppnår 87,5 miljarder kronor per år, enbart relaterat till långvarig smärta (SBU, 2006).

Vården vid långvarig smärta bör till stor del fokusera på att utbilda, öka kunskap och ge rätt stöd och verktyg för att kunna utföra egenvård (Liddy et al., 2014). Detta då utbildning och stöd i egenvård bevisats öka självkompetens och förmåga till egenvårdsutövning samt förbättra självskattad hälsostatus, i jämförelse med om inga insatser erhållits (Barlow et al., 2002). Det är den smärtdrabbade själv som måste förändra sin livsstil och sitt förhållningssätt till smärtan men vårdprofessionernas rådgivande och stödjande roll är mycket viktig (Magnusson & Mannheimer, 2015).

2.6 Sjuksköterskans roll i egenvården

I sjuksköterskans yrke ingår att främja hälsa och lindra lidande genom att hjälpa patienter till hantering av sitt sjukdomstillstånd (Svensk Sjuksköterskeförening [SSF], 2012). Dessutom är det sjuksköterskans uppdrag att uppmuntra och stödja patienter till att utföra egenvård (Orem, 1995). Forskning har visat att hälso- och sjukvårdspersonal anser det svårt att lyfta ämnet egenvård vid konsultation med patienter (Blakeman, Bower, Reeves & Chew-Graham, 2010). Sjuksköterskor har beskrivit förmedling av egenvårdsstöd som en av de svåraste aspekterna i praktiken, då de upplever sig sakna förmåga att stödja till förändring och egenvårdsutövning. Det ansågs vara en utmaning för sjuksköterskor att vara ansvariga för processen relaterad till egenvård. En del sjuksköterskor tog medvetet avstånd från ämnet vid patientkontakt, då de fasade för att förvärra oro, kränka integritet eller äventyra vårdrelationen. Enligt en studie av Bos-Touwen et al. (2015) utför sjuksköterskor personcentrerad basal omvårdnad som inte involverar planering av egenvård. Däremot brister det personcentrerade synsättet vid egenvårdsplanering, vilken behöver skraddarsys utifrån patientens egen motivation, kapacitet, tankesätt och preferenser.

För att sjuksköterskor ska kunna möta och tillgodose patientens unika önskningar och behov, krävs både riktade vetenskapliga och pedagogiska insatser, för att systematiskt bedöma och stödja patientens förmåga till egenvård (Bos-Touwen et al., 2015). Detta uppnås genom kommunikation och goda, förtroendefyllda vårdrelationer där kärnan är patientens upplevelse och bedömning av sitt tillstånd.

2.7 Problemformulering

Långvarig smärta är ett vanligt kroniskt sjukdomstillstånd som kan drabba alla oavsett kön, ålder och etnicitet. Det är ett tillstånd som väcker känslor och som har flerdimensionella följder för den som drabbats. Många av de som lider av långvarig smärta får idag inte den

vård och det stöd som de behöver. Forskning visar att en viktig del av behandlingen är egenvård, då smärtdrabbade personer tvingas leva med sitt tillstånd i vardagen. Att utföra egenvård som grundats i utbildande och stödjande hälso- och sjukvårdsinsatser har bevisats ha flertalet positiva effekter för personer med smärta. Det finns flera definitioner av egenvård vilka skiljer sig ifrån varandra, emellertid finns ingen vedertagen definition som tydligt är grundad på vad egenvård innebär för de personer som utför den. Sjuksköterskor uppger att de har en bristande förmåga att utföra egenvårdsstöd, vilket leder till att de upplever det svårt och utmanande. Då det ingår i sjuksköterskans uppdrag att uppmuntra och stödja patienter till att utföra egenvård så behövs kunskap om vad de som lever med långvarig smärta uppfattar som egenvård och hur de utför den. Detta för att kunna möjliggöra en personcentrerad vård och stödja egenvård hos den enskilda patienten.

3. Syfte

Att redogöra för hur personer med långvarig smärtproblematik beskriver egenvård.

4. Teoretiska utgångspunkt

Författarna ska i denna litteraturöversikt diskutera sitt forskningsresultat utifrån ett holistiskt synsätt där individen ses som en odelbar enhet (Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud & Fagerberg, 2003). Då smärta är multidimensionell så är det viktigt med ett holistiskt synsätt vid diskussion av resultatet. Diskussionen ska främst föras med utgångspunkt i omvårdnadsteoretikern Dorothea Orem's teori om egenvårdsbalans (1995), vilken fungerar som en god referensram inom flertalet omvårdnadsområden där vård av personer med kroniska sjukdomstillstånd särskilt framlyfts (Kirkevold, 1992/2000). Teorin om egenvårdsbalans är väl tillämpbar i relation till litteraturöversiktens syfte då den beskriver egenvårdens kärna. Författarna har undersökt hur personer med långvarig smärta beskriver egenvård med förhoppningen om att denna kunskap ska hjälpa sjuksköterskan att på ett bättre sätt ge stöd vid egenvård. Då Orem (1995) lyfter sjuksköterskans roll i egenvården som stödjande så är teorin applicerbar på resultatet.

Vidare ska författarna belysa resultatet utifrån de vårdvetenskapliga konsensusbegreppen hälsa och vårdande. Hälsa, ur ett holistiskt synsätt, är mer än frånvaro av sjukdom (Willman, 2014). Hälsa är istället relaterad till hela människan som är en enhet av kropp, själ och ande. Detta synsätt är idag mera vedertaget än det biomedicinska synsättet som endast berör det fysiska måendet (Hedelin, Jormfeldt & Svedberg, 2014). Vårdande utifrån holismen innebär

således att vårda människan som en helhet. Författarna kommer vid användning av begreppet egenvård avse konsensusbegreppet vårdande.

4.1 Orems teori om egenvårdsbalans

Orem (1995) menar att hälsa är beroende av egenvård och likställer egenvårdsbalans med hälsa. Vid uppnådd egenvårdsbalans har människan både förmågan och viljan att tillgodose sina egenvårdsbehov. Vidare beskriver Orem egenvårdsbalans som en teori för omvårdnad som rör relationen mellan *egenvårdskapacitet* och *egenvårdsbehov*. Egenvårdskapacitet innebär att ha motivation, kunskap och de mentala och fysiska förmågor som behövs för att kunna se sina behov och upprätthålla egenvårdsbalansen. Egenvårdskapacitet är ett mått på att människan handlar medvetet genom reflektion och planering för att kunna utföra målinriktade åtgärder.

Egenvårdsbehov är de behov som är nödvändiga för funktion och hälsa (Orem 1995). Enligt Orem har människan åtta universella behov som alla friska vuxna klarar av att tillmötesgå. De universella behoven avser de behov som är nödvändiga för att vi ska kunna leva, exempelvis födointag, andning, en fungerande elimination och balans mellan aktivitet och vila. En full redogörelse för de universella behoven redovisas enligt Bilaga 3. Utöver de universella behoven så menar Orem att vi har behov som är formade efter vår utveckling och livssituation. Sjukdomstillstånd, kriser och olyckor är alla omständigheter som utmanar människans egenvårdsbalans genom att förutsättningarna för egenvårdskapaciteten förändras och nya egenvårdsbehov uppstår.

Orems teori om egenvårdsbalans bygger på tre underliggande delteorier; *egenvård*, *egenvårdsbrist* och *omvårdnadssystem* (Orem, 1995). Egenvård består av målinriktade och medvetna handlingar som människan gör varje dag för att främja hälsa och välbefinnande. Mognad och kunskap är förutsättningar för att kunna utföra god egenvård. Människan har förmågan att ta hand om sig själv då denne är tänkande, medveten och rationell. När människan inte har den egenvårdskapacitet som behövs för att kunna tillgodose sina egenvårdsbehov så uppstår egenvårdsbrist. Det är vid dessa tillfällen som sjuksköterskan har möjlighet att stötta kapaciteten alternativt kompensera för de brister som finns hos människan. Omvårdnadssystem består av medvetna handlingar som sjuksköterskan utför med mål om egenvårdsbalans hos personen som vårdas. Sjuksköterskan bör ha *omvårdnadskapacitet*, det vill säga förmåga att identifiera egenvårdsbrist hos patienter och att utföra åtgärder som syftar till att stärka patientens egenvårdskapacitet. Detta lär sig sjuksköterskan genom teori och

erfarenhet. Sjuksköterskan ska tillsammans med patienten samverka för att utveckla dennes egenvårdande förmåga. När patienten inte själv kan tillgodose sina behov får sjuksköterskan tillgodose dem.

Sjuksköterskans interventioner kan delas in i tre nivåer; *fullständig*, *delvis* och *stödjande*. Den fullständiga utförs när patienten inte alls kan tillgodose sina egna behov, till exempel om patienten är medvetslös eller ligger i koma. Den delvisa utförs när patienten kan tillgodose de universella behoven, men behöver stöd och kompensation vid ytterligare egenvårdsbehov. Den stödjande interventionen sker när patienten har de fysiska förutsättningarna som behövs för att utföra egenvård men behöver hjälp att utveckla sin kapacitet genom stöd och undervisning.

5. Metod

Författarna har gjort en litteraturöversikt enligt Friberg (2012). Avsikten med litteraturöversikten var att redogöra för det nuvarande kunskapsläget relaterat till det syfte som författarna tillsammans har skapat. Arbetet med litteraturöversikten startade med en strukturerad sökning med sökord kopplade till syftet. Efter applicering av urvalskriterier och genomläsning av artiklar kunde tio relevanta artiklar väljas ut. Dessa har analyserats och sammanställs till ett resultat.

5.1 Datainsamlingsmetod

Vid sökning av vetenskapliga artiklar har författarna använt sig av databaserna CINAHL Complete (Cumulative index to nursing and allied health literature) och MEDLINE, då dessa visade sig ha de mest relevanta utbudet av vårdvetenskapliga och omvårdnadsrelaterade artiklar.

Sökningar begränsades till tidsspannet 2005-2015 samt att de var vetenskapligt granskade. Inga geografiska avgränsningar gjordes och endast artiklar med deltagare över 18 år övervägdes. De sökord som användes var *pain*, *chronic pain*, *chronic illness*, *self-management*, *self care*, *patient experience* och *patient perception*. Sökorden valdes med stöd i Svensk MeSH (Medical subject headings), CINAHL headings och Google translate. Boolesk sökteknik användes vid sökningarna vilket innebar att sökorden fick ett bestämt samband till varandra, detta för att optimera databassökningarna (Östlundh, 2012). De sök-operatorer som användes var AND och OR. De sökningar som ledde till valda artiklar redovisas enligt Bilaga 1.

5.2 Urval

Utifrån titlarna på de artiklar som hittades genom databassökningarna sorterades de relevanta ut. Efter genomläsning av artiklarnas sammanfattningar valdes tio ut, vars resultat ansågs kunna svara på litteraturöversiktens syfte. Sökningarna av vetenskapligt material var främst riktade mot artiklar i kvalitativ form, då litteraturöversiktens syfte är vårdvetenskapligt och belyser den långvarigt smärtdrabbade människans subjektiva upplevelse. Dock resulterade sökningarna även i två kvantitativa artiklar samt två artiklar som använt sig av mixad metod, vilka författarna också ansåg vara relevanta i förhållande till litteraturöversiktens syfte. En redovisning av de artiklar som valdes presenteras enligt Bilaga 2.

5.3 Analysmetod

Författarna började med att noggrant bearbeta texten i de tio artiklar som valts ut till översikten, detta för att lära känna materialet och säkerställa förståelsen. De första genomläsningarna skedde individuellt. Författarna läste sedan gemensamt igenom artiklarna och eventuella frågeställningar angående översättning och innehåll diskuterades och undersöktes. Då engelska inte är författarnas modersmål lades stor vikt vid översättning för att kunna göra en så rättvis tolkning som möjligt.

När både författarna kände sig trygga med texten och artiklarnas innehåll så påbörjades en färgkodning. Färgkodningen syftade till att hitta de nyckelord som var återkommande i respektive artikel. Varje artikel hade efter färgkodningen således ett visst antal nyckelord som tydligt urskildes med hjälp av olika färger. Utifrån detta skapades författarna ett resultatschema. Detta innehöll varje artikels titel, syfte, egna teman samt de nyckelord som författarna kunde identifiera. Resultatschemat skrevs för hand på papper då författarna ansåg att det formatet var lättöverskådligt. Utifrån resultatschemat blev det tydligt att se vilka likheter som fanns mellan artiklarna. Få avgörande skillnader kunde dock hittas. De likheter som hittades målades in i en tankekarta. Med hjälp av tankekartan diskuterades och resonerades författarna kring de identifierade likheterna, upprättade paralleller och skapade kategorier. Utifrån detta kunde till sist tre teman och två tillhörande under-teman identifieras. Dessa presenteras i litteraturöversiktens resultat.

6. Forskningsetiska överväganden

Författarna har strävat mot ett objektivt förhållningssätt. Innan arbetat påbörjades så diskuterade författarnas igenom sin förförståelse i ämnet, detta för att sedan kunna lägga denna åt sidan. Författarna har valt att endast använda sig av vetenskapliga artiklar som har en godkänd etisk granskning. Ett annat krav var att artiklarna var publicerade i en vetenskaplig tidskrift. Detta benämns *Peer Reviewed* och används för att säkerställa artiklarnas vetenskapliga grund (Östlundh, 2012).

7. Resultat

I resultatet presenteras en sammanställd analys över de tio artiklar som valts ut till litteraturöversikten. Tre huvudteman har skapats som svar på syftet, varav ett av dessa teman har två underteman. De teman som har formats är; *Hur personer med långvarig smärta upplever egenvård*, *Strategier för att utöva egenvård* med underteman: Mentala egenvårdsstrategier och Praktiska egenvårdsstrategier, samt *Hur personer med långvarig smärta upplever egenvårdsstöd*.

7.1 Hur personer med långvarig smärta upplever egenvård

Egenvård beskrevs som en aktiv process av lärande (Eaves et al., 2015; Crowe, Whitehead, Gagan, Baxter & Panckhurst, 2010; Kralik, Price & Telford, 2010). Ett lärande om sina fysiska och psykiska reaktioner på sitt smärttillstånd och hur man kunde leva med dessa (Kralik et al., 2010; Kawi, 2014a). Processen var många gånger förenad med att komma till insikt (Eaves et al., 2015; Kawi, 2014a; Nilsen & Anderssen, 2014). En insikt som kunde leda till skiftat fokus, från strävan efter bot till en helhetsförståelse för sin kropp och behovet av att utföra egenvård.

Egenvårdens målsättning var att uppnå välmående trots ett svårt tillstånd (Kralik et al., 2010). För personer med långvarig smärtproblematik innebar detta att genom utveckling av både mentala och praktiska strategier och tillämpning av dessa, kunna hantera sin smärta (Blyth, March, Nicholas & Cousins, 2005; Cooper, Smith & Hancock, 2009; Crowe et al., 2010; Eaves et al., 2015; Kawi, 2014a; Kawi, 2014b; Kralik et al., 2010; Lukewich, Mann, VanDenKerkhof & Tranmer, 2015; Merlin, Walcott, Kerns, Bair, Burgio & Turan 2015; Nilsen & Anderssen, 2014). Utifrån sina egna behov och begränsningar behövde dessa strategier och personernas vardagliga rutiner anpassas (Crowe et al., 2010; Kawi, 2014a; Kralik et al., 2010; Merlin et al., 2015). Att göra anpassningar i sitt liv beskrevs som en

förutsättning för att upprätta och bibehålla egenvård (Cooper et al., 2009; Crowe et al., 2010; Eaves et al., 2015; Kawi, 2014a; Kawi, 2014b; Kralik et al., 2010; Merlin et al., 2015; Nilsen & Anderssen, 2014). Deltagare beskrev skillnader i hur anpassningen tog sig i uttryck, hos vissa var anpassningen tankemässig medan andra beskrev den i form av ett förändrat vardagligt beteende. Kloka val återkom i flera studier som en del av anpassningen för att möjliggöra egenvård, detta i form av ett nytt synsätt på sig själv och sin kropp (Eaves et al., 2015; Kawi et al., 2014a; Kralik et al., 2010), samt i form av hälsosamma vanor rörande exempelvis kost och träning (Cooper et al., 2009; Crowe et al., 2010; Eaves et al., 2015; Kawi, 2014a; Kawi, 2014b, Merlin et al., 2015, Nilsen & Anderssen, 2014).

Personer med långvarig smärta beskrev att egenvård innebar att ta eget ansvar (Cooper et al., 2009; Crowe et al., 2010; Eaves et al., 2015; Kralik et al., 2010; Nilsen & Anderssen, 2014). Deltagare beskrev även återtagen kontroll över sin smärta och ordningen i sitt liv som en del i att lära sig egenvård, vilket syftade till att använda sina styrkor snarare än att älta sina funktionsnedsättningar (Eaves et al., 2015; Kralik et al., 2010).

Självförtroende var också en återkommande upplevelse som deltagarna ansåg viktig för möjliggörandet av egenvård (Cooper, et al., 2009; Kralik et al., 2010; Lukewich et al., 2015). Självförtroende i egenvårdsutövning rapporterades i en kvantitativ studie som den främsta underlättande komponenten hos 65 procent av 340 studiedeltagare (222 personer) med långvarig smärta (Lukewich et al., 2015). Personer med smärta i en annan studie berättade att de kände sig självsäkra i att utöva egenvård kortsiktigt men inte långsiktigt, utan tillgång till uppföljande och stödjande insatser (Cooper et al., 2009).

7.2 Strategier för att utöva egenvård

Få personer med långvarig smärtproblematik uppgav att de inte använde sig av några egenvårdsstrategier överhuvudtaget (Blyth et al., 2005; Lukewich et al., 2015). I en kvantitativ studie rapporterade åtta procent av de 340 studiedeltagarna (27 personer) att de inte använde sig av några egenvårdsstrategier alls för att hantera sin smärta. Olika former av egenvårdsstrategier var en nästintill universell metod för att hantera sitt tillstånd, oavsett smärtintensitet (Merlin et al., 2015). En mängd olika tillvägagångssätt användes, där de smärtdrabbade ofta kombinerade olika strategier för att uppnå en tillfredställande egenvård. I en studie med mixad metod av Kawi (2014a) har de 110 studiedeltagarna rapporterat mellan 0-15 olika egenvårdsstrategier, varav ett medelvärde av använda strategier ligger på fem. Vissa personer med långvarig smärta hade av olika anledningar utformat självlärda

egenvårdsstrategier, vilka kunde grunda sig i erfarenhetsbeprövade insatser, tips från andra med lika problematik eller otillräckligt stöd från hälso-och sjukvården (Cooper et al., 2009; Crowe et al., 2010; Kralik et al., 2010; Nilsen & Anderssen, 2014).

7.2.1 Mentala egenvårdsstrategier

Att vara medveten om sina tankar och sin inställning och ta hjälp av dessa för att hantera sin smärta var ett återkommande tema som på olika sätt lyftes i artiklarna (Blyth et al., 2005; Cooper et al., 2009; Crowe et al., 2010; Eaves et al., 2015; Kawi, 2014a; Kawi, 2014b; Kralik et al., 2010; Lukewich et al., 2015; Merlin et al., 2015; Nilsen & Anderssen, 2014).

Hopp och målbilder var viktiga kognitiva faktorer för att kunna utöva egenvård med en smärtande kropp och de hinder som medfördes (Eaves et al., 2015; Kawi, 2014a; Kawi, 2014b; Kralik et al., 2010; Lukewich et al., 2015; Merlin et al., 2015; Nilsen & Anderssen, 2014). Att finna hopp i sin situation var en signifikant del i livet och i utförandet av egenvård (Eaves et al., 2015). Hoppet kunde ändras över tid och rymma nya förväntningar men kunde även skifta till en form av realism. Vanligt hos de smärtdrabbade var ett hopp om bot, minskad smärta eller nya smärtlindringsformer, återgång till arbete, att vara oberoende av hjälp, att kunna ta hand om familj, klara av hushållsbestyr, återuppta socialt liv samt uppleva lycka (Eaves et al., 2015; Kawi, 2014a; Kawi, 2014b; Kralik et al., 2010; Merlin et al., 2015; Nilsen & Anderssen, 2013). Tydlig var en föreställning om att åter få ett ”normalt liv”, vilket återkommande beskrevs som en målbild. (Kawi, 2014a; Kralik et al., 2010; Merlin et al., 2015; Nilsen & Anderssen, 2014). Målbilder och lyckoämnen fungerade stärkande för egenvårdsförmågan då de bringade mening till livet och motiverade de smärtdrabbade, men även distraherade tankar från den upplevda smärtan (Kralik et al., 2010). Lyckoämnena var kopplade till personernas identitet och kunde rymma både glädjande minnen, nutida känslor eller framtida visioner (Kralik et al., 2010; Merlin et al., 2015). Lyckoämnena kunde också bestå av upprätthållna hobbyers eller aktiviteter som var av stor betydelse för personen (Crowe et al., 2010; Nilsen & Anderssen, 2014). Tron var ett exempel på ett sådant lyckoämne, då bönerna distanserade tankarna från smärtan (Merlin et al., 2015). I en studie beskrevs naturen som ett lyckoämne vilken deltagarna hade en nära relation till, då de var uppväxta med att spendera mycket tid utomhus (Nilsen & Anderssen, 2014). Dessa personer upplevde att naturen hade en smärtlindrare effekt.

Acceptans lyftes i flera studier som en copingstrategi (Cooper et al., 2009; Crowe et al., 2010; Eaves et al., 2015; Kawi, 2014a; Kralik et al., 2010; Merlin et al., 2015; Nilsen & Anderssen, 2014). Deltagarna uppgav inte alltid acceptansen som en strategi i sig, trots att den

användes på ett sådant sätt (Crowe et al., 2010). Att acceptera smärtan och sin situation ledde till en styrka som tog sig uttryck i att deltagarna orkade fortsätta med egenvården (Cooper et al., 2009; Crowe et al., 2010; Kawi, 2014a; Merlin et al., 2015). Detta genom att de smärtdrabbade lärde sig att stå ut med smärtan (Cooper et al., 2009; Crowe et al., 2010; Merlin et al., 2015). Genom acceptansen kunde positiva tankar formuleras, vilka ofta var motiverande och beskrevs i form av att man fick göra det bästa utifrån de förutsättningar som man hade och att det hade kunnat vara värre (Crowe et al., 2010; Kawi, 2014a; Nilsen & Anderssen, 2014). Ett annat exempel på vad som skedde när acceptans möjliggjorde positiva tankar, var att deltagarna förutom att acceptera de dåliga dagarna även kunde uppskatta dem som är bättre (Kralik et al., 2010).

Att bli mer realistisk var också ett tema som lyftes i artiklarna (Eaves et al., 2015; Kralik et al., 2010). Denna realism uppnåddes av att man accepterade smärtans natur och insikten om att egenvården var en livslång uppgift, vilket i sin tur ledde till att man inte ställde orealistiska krav på sig själv eller hade orealistiska förhoppningar (Kralik et al., 2010; Eaves et al., 2015). Flera deltagare uppgav att en medvetenhet om sina egenvårdsbehov och en acceptans av sin smärta bidrog till något positivt (Eaves, et al., 2015). Medan andra deltagarna ansåg att acceptansen av smärtan ledde till en besvikelse då de insåg att egenvård innebär ett livslångt engagemang. En deltagare beskrev acceptansen som att få en livslång börda.

7.2.2 Praktiska egenvårdsstrategier

För personer som hade en långvarig smärtproblematik uppgavs läkemedel vara den främsta metoden till hantering av sin smärta (Blyth et al., 2005; Cooper et al., 2009; Crowe et al., 2010; Kawi, 2014a; Kawi, 2014b; Lukewich et al., 2015; Merlin et al., 2015). Läkemedel var den primära strategin och den kompletteras oftast med andra icke-medicinska egenvårdsstrategier (Kawi, 2014a; Lukewich et al., 2015). I en kvantitativstudie angav 76 procent av 340 studiedeltagande (239 personer) att de hanterade sin smärta genom läkemedelsintag (Lukewich et al., 2015). I en annan studie låg procentsatsen på 47 procent av 474 studiedeltagare (223 personer) (Blyth et al., 2005).). Både smärtdrabbade och vårdpersonal uppgav i studier att vården främst erbjöd läkemedel (Crowe et al., 2010; Kawi, 2014a; Kawi, 2014b).

Flera av studiernas resultat visade på att fysisk aktivitet, utöver läkemedelsintag, var den vanligast förekommande egenvårdsstrategin som användes av långvarigt smärtdrabbade personer (Blyth et al., 2005; Cooper et al., 2009; Crowe et al., 2010; Kawi, 2014a; Kawi, 2014b; Merlin et al., 2015; Nilsen & Anderssen, 2014). Det var främst lågintensiv fysisk

aktivitet i form av promenader, simning, cykling, stretching och yoga som utövades. En deltagare beskrev fysisk aktivitet som det enda sättet att hantera smärtan på (Kawi, 2014b). Andra deltagare beskrev att fysisk aktivitet var svårt och krävande och att den under utövandet kunde göra smärtan värre, men att de långsiktiga fördelarna vägde tyngre (Merlin et al., 2015).

Att använda sig av kalla omslag eller värme för att lindra smärta var vanligt återkommande (Blyth et al., 2005; Cooper, et al. 2009; Crowe et al., 2010; Kawi, 2014a). Att smärtlindra med värme kunde antingen göras med hjälp av värmekuddar (Crowe et al., 2010) eller genom en dusch eller ett bad (Blyth et al., 2005; Crowe et al., 2010). Värmen fungerade även avslappande och bidrog till vila.

Vila rapporterades även i flera av studierna som att vara vanligt förekommande (Blyth et al., 2005; Cooper et al., 2009; Crowe et al., 2010; Kawi, 2014a; Kawi, 2014b; Merlin et al., 2015). Vila användes för att balansera upp för energikrävande aktiviteter (Crowe et al., 2010). Att hushålla med sin energi för att kunna skapa en balans mellan vila och aktivitet var en strategi som kallades pacing (Crowe et al., 2010; Kralik et al., 2010; Merlin et al., 2015).

7.3 Hur personer med långvarig smärta upplever egenvårdsstöd

I studier beskrev deltagare att egenvårdens intention var att förena kunskap om sig själv och sin livskontext med sjukvårdens kunskap om smärta och dess behandlingsmöjligheter (Crowe et al., 2010; Kralik et al., 2010). Att ha tillgång till sjukvård, att förstå den kunskap och information som vården förmedlat samt att ha en god vårdrelation uppgavs alla vara faktorer som underlättade utförandet av egenvård vid långvarig smärta (Kawi, 2014a; Lukewich, et al., 2015). Samtidigt visade en studie att majoriteten av deltagarna inte hade en regelbunden kontakt med vården, men flera av dem upplevde att sjukvårdspersonal spelade en viktig roll i deras egenvård (Crowe et al., 2010). Flera deltagare beskrev att de inte fick tillräckligt med stöd från vården för att kunna utforma ett fungerade liv med smärta som en ständig följeslagare (Cooper et al., 2009; Nilsen & Anderssen, 2014). I en kvantitativ studie uppgav 97,5 procent av 340 deltagare (332 personer) att andra vårdprofessioner än sjuksköterskans var den mest egenvårdsstödjande (Lukewich et al., 2015).

8. Diskussion

Diskussionen kommer att inledas med en metoddiskussion där författarna går igenom och värderar vald metod, urvalsförfarande och analys som har använts. Styrkor och svagheter i

arbetsutformningen lyfts och resulterar i en presentation av slutgiltiga ställningstaganden av studieformat, tillvägagångssätt, sökprocess och analysarbete. Vidare följer en resultatdiskussion där författarna diskuterar det resultat som sammanställts utifrån vald teoretisk utgångspunkt samt annan relevant vetenskaplig publicering.

8.1 Metoddiskussion

En litteraturöversikt användes för att möjliggöra en bred överblick av det nuvarande forskningsläget i det valda ämnet. Litteraturöversikten resulterade i en redogörelse för hur personer med långvarig smärta beskrev egenvård, ett ämne som är relativt obeforskat, särskilt i Sverige.

Författarna valde att främst söka efter artiklar med kvalitativ ansats, men att inte utesluta artiklar med kvantitativ ansats. Detta grundade sig i att syftet med litteraturöversikten var att beskriva egenvårdens innehåll, vilken kunde innefatta känslor, personliga erfarenheter, tankar, åsikter och idéer. Författarnas ståndpunkt var att detta kunde beskrivas både i kvalitativa studier, men också mätas i kvantitativ forskning. Ett beslut togs i att beakta alla långvariga smärttillstånd, förutom de smärttillstånd där cancer var den bakomvarandra orsaken. Detta då vården av patienter med cancer har en särskild utformning både beträffande symptomlindring och behandlingsmöjligheter. Likaså beslutades att studier där deltagare hade flera sjukdomstillstånd än långvarig smärta inte skulle uteslutas. Detta då långvarig smärta kan drabba alla människor och vara antingen primär eller existera vid sidan av en annan diagnos. De medvetna valen resulterade i studier där deltagarna hade olika långvariga smärttillstånd.

Författarna anser att de breda inklusionskriterierna givit en vid bild av egenvårdsaspekten vid långvarig smärta. Dock finns en medvetenhet om att en mängd olika smärttillstånd och subjektiva erfarenheter ligger till grund för resultatet av litteraturöversikten. Detta bör beaktas om resultatet tillämpas i klinisk verksamhet. Relevanta sökord var viktiga för att optimera litteraturöversiktens resultat. Engelskan har två ord för egenvård, *self-management* och *self care*, båda orden användes i databassökningarna. Self-management visade sig dock vara den lämpligaste översättningen i relation till litteraturöversiktens syfte, då den innefattade flera aspekter av egenvård.

En av de artiklar som valt ut till översikten, skriven av Merlin et al. (2015) saknade redovisning av etiskt godkännande, dock hade tidskriften som publicerat artikeln omfattande etiska krav på sina publikationer. Slutligen ledde sökningarna till tio valda artiklar, vilka saknade geografiska avgränsningar. De artiklar som valts kommer ifrån USA, Canada, Nya

Zeeland, Australien och Norge. Dessa länder har en sjukvårdsstandard som kan ses ha likheter med den svenska. Antalet valda artiklar anses ha varit i lagom mängd på grund av att resultaten har varit omfattande och analysen av dessa tidskrävande. En medvetenhet finns om att resultatet hade kunnat se annorlunda ut om en annan mängd artiklar hade valts, eller om endast artiklar med en kvalitativ ansats hade använts. Samarbetet mellan författarna har fungerat bra och har präglats av ett respektfullt förhållningssätt gentemot varandras idéer och arbetssätt.

8.2 Resultatdiskussion

Enligt Orem (1995) är egenvård en målinriktad och medveten handling och består av de aktiviteter som individen självständigt utför för att upprätthålla sin egen hälsa. Denna förklaring kommer nära in på hur personer med långvarig smärta själva beskrev egenvård och kan upplevas lättolkad och applicerbar. Men för att kunna använda sig av Orems definition av egenvård så krävs en djupförståelse för den verkliga betydelsen av aktiviteter och hälsa, för personer med långvarig smärta. I litteraturöversiktens resultat förklarades egenvård som aktiva beslut vilka kännetecknades av anpassning och eget ansvar som kombinerades med mentala och praktiska strategier i form av drivkraft och faktiskt utförande. Denna upplevelse av egenvård har stora likheter med en studie av Newman, Steed och Mulligan (2004) vilken beskrev att egenvård kännetecknas av ett omfattande eget ansvar för personer med ett kroniskt sjukdomstillstånd. Detta oavsett om egenvården bestod av läkemedelsintag, preventiva insatser eller livsstilsförändringar. Orem (1995) menar att det är alla människors rätt att vårda sig själv för att bevara sin hälsa, men hon lyfter även att denna rättighet medför ett betydande ansvar inför sig själv.

Resultatet i litteraturöversikten lyfte att personer med långvarig smärta utövade egenvård för att uppnå välmående trots sitt smärttillstånd, där välmående beskrevs som mer än enbart frånvaro av smärta. Smärtreducering, förmågan att hantera befintlig smärta, förmågan att utföra vardagliga aktiviteter samt ett upprätthållet socialt liv beskrevs i termer av hälsa. Orem (1995) beskriver hälsa som ständigt föränderlig och nära knuten till människans förmåga att värna om sin integritet och vårda sig själv i den livskontext man befinner sig i. Hälsa beskrivs som en upplevelse av helhet där välbefinnande kan erfaras både ur en fysisk, psykologisk och social dimension.

Egenvårdsbalans kan likställas med hälsa och nås när människan har en god egenvårdskapacitet, det vill säga den vilja, kunskap och de mentala och fysiska förmågor som

krävs för att tillgodose sina egenvårdsbehov (Orem, 1995). I litteraturöversikten var acceptans, hopp och motivatorer i form av målbilder och lyckoämnen återkommande, vilka vi upplever var förknippade med personernas vilja. En acceptans för sitt långvariga smärttillstånd var förbundet med styrka och optimism inför att utföra egenvård. Viljan föreföll även styrkt av personliga mål och lyckoämnen som ofta relaterades till adekvat smärtlindring och en fungerande vardag. Viljan främjade även den fysiska förmågan att utföra egenvård hos personer med långvarig smärta, exempelvis vid utförandet av fysisk aktivitet som smärtade men gav långsiktiga fördelar. De förmågor som Orem (1995) lyfter som förutsättningar för egenvårdskapacitet anser vi kan relateras till de mentala och praktiska egenvårdsstrategier som litteraturöversiktens resultat visar att personer med långvarig smärta använde sig av. Även kunskap är en förutsättning för egenvårdskapacitet, vilken bygger på utbildande och stödjande insatser ifrån hälso- och sjukvården (Orem, 1995).

Enligt Orem (1995) sker sjuksköterskans interventioner i tre olika nivåer, varav den *stödjande* sker när patienten fysiskt kan utföra egenvård, men behöver kunskap och undervisning. I litteraturöversiktens resultat framgick det att personer med långvarig smärta såg utbildning och stöd som en viktig del i egenvården. Sjuksköterskans interventioner har enligt Orem (1995) som uppgift att stärka egenvårdskapaciteten hos sina patienter. Därtill ingår det i sjuksköterskans arbete att hjälpa patienter till att hantera sitt sjukdomstillstånd (SSF, 2012). Trots detta kunde man i litteraturöversiktens resultat urskilja att deltagarna inte upplevde tillräckligt med stöd ifrån vården, att vården främst erbjöd läkemedel och att sjuksköterskor inte heller uppgavs vara den vårdprofession som var mest stödjande i egenvården. I en svensk studie som undersökt sjuksköterskors roll vid egenvårdsinterventioner, framkom det att sjuksköterskor brast i att ge ett personcentrerat egenvårdsstöd (Österlund Efraimsson, Klang, Larsson, Ehrenberg & Fossum, 2009). Sjuksköterskors fokus var främst medicinskt orienterat och riktat mot fysisk problematik hos patienten. Den förlagda tiden till att tala om psykosociala aspekter var begränsad och det var ovanligt att sjuksköterskor förde motiverande samtal och använde sig av öppna frågor.

Det är anmärkningsvärt att personer med långvarig smärta upplever hälso-och sjukvårdens funktion som bristfällig, en upplevelse vars orsak vi anser är viktig att utreda. En möjlig anledning till detta kan vara att hälso- och sjukvården och personer med långvarig smärtproblematik har olika syn på egenvård. De definitioner av egenvård som finns beskriver egenvård som enkla åtgärder vilka individen självständigt kan utföra. Dessa definitioner anser vi består av en förenklad och avskalad syn på egenvård. I litteraturöversiktens resultat framkom det tydligt att personer med långvarig smärta såg egenvård som ett komplext

begrepp som berörde både kropp själ och ande. Egenvården beskrevs som en varaktig och mödosam uppgift som inverkade på både fysiska, psykiska och sociala beteenden. Detta överensstämmer med en studie gjord av Lorig, Halsted och Holman (2003), vilken lyfter att egenvård är en omfattande och livslånga uppgift med en särskilt betydande roll vid kroniska sjukdomstillstånd. Barlow et al. (2002) definierade i sin översiktsartikel egenvård som förmågan att hantera de symptom, behandlingar, fysiska och psykosociala konsekvenser samt livsstilsförändringar som uppstår när man lever med ett kroniskt sjukdomstillstånd. Även Newman et al. (2004) tydliggjorde att egenvård var mer än enkel följsamhet till behandlingsriktlinjer, eftersom den dessutom innehöll en psykologisk och social del kring hanteringen av det kroniska sjukdomstillståndet.

Låt oss anta att sjuksköterskan har en bild av att egenvård är ett sätt att uppnå hälsa på utifrån ett biomedicinskt perspektiv, genom att till exempel självständigt sköta sina läkemedelsintag, motionera kontinuerligt och äta en balanserad kost. Samtidigt kan den smärtdrabbade uppleva att egenvård är flerdimensionell och att hälsa upplevs ur ett holistiskt perspektiv, vilket berör hela människans existens. När sjuksköterskor endast förhåller sig till Socialstyrelsens definition, där egenvård anses vara en ”hälso- och sjukvårdsåtgärd som legitimerad sjukvårdspersonal bedömt att en patient kan utföra ...” (SFS: 1982:763, kap. 2, 1§), så är det troligt att problematiken kring bristande egenvårdsstöd grundar sig i olika föreställningar om vad egenvård innebär. Detta då socialstyrelsens definition får egenvård att framstå endast som åtgärder, samt att det är hälso- och sjukvårdspersonal som bedömer vad en patient kan utföra som egenvård, inte patienten själv. I en studie av Been-Dahmen, Dwarswaard, Hazes, van Staa och Ista (2015) framkom det att sjuksköterskor hade olika syn på egenvård samt att de tillämpade egenvårdsstöd som var förenligt med sin personliga föreställningar om sin, respektive patientens roll vid egenvårdsinsatser.

Då personer med långvarig smärta beskrivit egenvård som flerdimensionell krävs det att sjuksköterskor utgår ifrån samma holistiska synsätt för att kunna bistå med ett adekvat egenvårdsstöd. Ett vidgat synsätt och större förståelse för begreppet egenvård kan även bidra till att sjuksköterskor upplever större självförtroende vid egenvårdsstöd, ett område där de ansett sig sakna verktyg och strategier. Den nya patientlagen som trädde i kraft i januari 2015 förtydligar att ”en patients medverkan i hälso- och sjukvården genom att han eller hon själv utför vissa vård- eller behandlingsåtgärder ska utgå från patientens önskemål och individuella förutsättningar” (Patientlagen, SFS: 2014:821, kap. 5, 2 §). Detta kräver att hälso-och sjukvårdspersonal i mötet med en person som lever med långvarig smärta och är i behov av

egenvård, först och främst gör sig införstådda med vad egenvård innebär för den unika personen.

9. Kliniska implikationer

Utifrån litteraturöversiktens resultat bör sjuksköterskor reflektera kring egenvård och bli mer medvetna om dess komplexitet. För trots att upplevelsen av egenvård är subjektiv så finns många likheter och få skillnader i hur egenvård upplevs och utförs av personer med långvarig smärta. När sjuksköterskor får en större förståelse för att egenvård är en personlig upplevelse som berör den smärtdrabbade personens alla dimensioner, så kan ett personcentrerat stöd upprättas. Resultatet bör användas som en hjälp i att förstå egenvård, snarare än som en applicerbar vårdåtgärd. Forskning visar att sjuksköterskor inte är trygga i att utföra egenvårdsstöd och anser sig sakna de kvalifikationer som krävs. Denna litteraturöversikt bidrar med kunskap som hjälper sjuksköterskor att utveckla ett självförtroende och en förmåga att bemöta personer med långvarig smärta i behov av egenvård.

10. Förslag till fortsatt forskning

I Sverige finns relativt lite forskning om upplevelsen av egenvård vid långvarig smärta och andra kroniska sjukdomstillstånd. Internationellt är detta ett forskningsområde som fått mycket uppmärksamhet, framförallt vid forskning kring generella eller sjukdomsspecifika program i egenvård. Då program i egenvård inte är etablerade i Sverige behövs forskningsfokus läggas på de former av egenvårdsstöd som erbjuds inom hälso- och sjukvården. Författarna anser därav att fortsatt forskning i Sverige bör omfatta; egenvårdens innebörd för personer med långvarig smärta samt hur de upplever stöd i egenvård från hälso- och sjukvården. Dessutom bör forskning bedrivas som syftar till att lyfta sjuksköterskors syn på egenvård och dess innebörd. Forskning bör även omfatta sjuksköterskors syn på sin stödjande roll och deras behov av kompetensutveckling relaterat till egenvårdsstöd.

Utifrån denna forskning skulle evidensbaserade egenvårdsinsatser inom den svenska hälso- och sjukvården kunna utvecklas. Likaså kan framtida forskning peka i riktning mot att en etablering av specifika program i egenvård bör införas även i Sverige. Detta likt hur flertalet andra västerländska länder idag bedriver framgångsrik utbildning och stöd i egenvård.

11. Slutsats

Denna litteraturöversikt har färgats av förståelsen för att smärtupplevelser är subjektiva och översiktens resultat visar att även upplevelsen av egenvård är subjektiv. Resultatet presenterar således den personliga innebörden av egenvård, skildrad av personer som lever med långvarig smärta. Utöver upplevelsen av egenvård bistår även litteraturöversiktens resultat med en grundläggande kunskapsbas om vilka egenvårdsstrategier som generellt föredras, hur de utförs och varför. Det framkommer att både mentala och praktiska egenvårdsstrategier används. Mentala egenvårdsstrategier beskrevs främst som hopp och acceptans, medan läkemedelsintag och fysisk aktivitet var de vanligaste förekommande praktiska egenvårdsstrategierna. Personer med långvarig smärta förknippade utförandet av egenvårdsstrategierna med personliga förmågor, såsom att ta eget ansvar för sin egenvård, att göra anpassningar i sitt liv samt att ha självförtroende i att utföra egenvård. Att få kunskap och stöd från hälso- och sjukvården uppgavs vara viktigt för egenvårdsutövandet. Hälso- och sjukvårdspersonal ansågs vara betydelsefulla, dock brast de i sin stödjande roll. Personer med långvarig smärta har i denna litteraturöversikt beskrivit egenvård som en process av lärande om sig själv i sin livkontext. De lyfter att egenvård handlar om att använda sig av strategier för att hantera de multidimensionella följder som deras kroniska sjukdomstillstånd gett upphov till.

Referensförteckning

*= Artiklar som använts i resultatet

- Alderson, M., Starr, L., Gow, S., & Moreland, J. (1999). The Program for Rheumatic Independent Self-Management: A Pilot Evaluation. *International Journal of Clinical Rheumatology*, 18(4), 283-292. doi: 10.1007/s100670050103
- Allcock, N., Elkan, R., & Williams, J. (2007). Patients referred to a pain management clinic: Beliefs, expectations and priorities. *Journal of Advanced Nursing*, 60(3), 248-256. doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04400.
- Ahn, S., Basu, R., Smith, M.L., Jiang, L., Lorig, K., Whitelaw, N., Ory, M.G. (2013). The impact of chronic disease self-management programs: healthcare savings through a community-based intervention. *BMC Public Health*, 6(13), 1141. doi: 10.1186/1471-2458-13-1141.
- Armstrong, D. (2014). Actors, patients and agency: a recent history. *Sociology of Health & Illness*, 36(2), 163–174. doi: 10.1111/1467-9566.12100.
- Augustini, S. (2014). Smärta vid cancer. I A. Rhodin (Red.), *Smärta i klinisk praxis* (s. 161-173). Lund: Studentlitteratur.
- Barlow, J., Wright, C., Sheasby, J., Turner, A., & Hainsworth, J. (2002). Selfmanagement approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient Education and Counseling*, 48, 177–87. Hämtad från databasen CINAHL Complete.
- Been-Dahmen, J., Dwarswaard, J., Hazes, J., van Staa, AL., & Ista, E. (2015). Nurses' views on patient self-management: a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 71(12), 2834–2845. doi: 10.1111/jan.12767
- Bergh, I. (2014). Smärta. I A-K. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder, hälsa och ohälsa* (2.uppl., s. 421-437). Lund: Studentlitteratur.
- Blakeman, T., Bower, P., Reeves, D., Chew-Graham, C. (2010). Bringing self-management into clinical view: a qualitative study of long-term condition management in primary care consultations. *Chronic Illness*, 6, 136-150. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/1742395309358333>
- *Blyth, F.M., March, L.M., Nicholas, M.K., & Cousins, M.J. (2005). Self-management of chronic pain: a population-based study. *International Association for the Study of Pain*, 113, 285-292. doi: 10.1016/j.pain.2004.12.004
- Bos-Touwen, I., Dijkamp, E., Kars, M., Trappenburg, J., De Wit, N., & Schuurmans, M.(2015). Potential for Self-Management in Chronic Care: Nurses' Assessments of Patients. *Nursing Research*, 64(4), 282-290. doi:10.1097/NNR.0000000000000103
- Brady, T.J., Murphy, L., Beauchesne, D., Bhalakia, A., Chervin, D., Daniels, B., & O'Colmain, B. (2011). *Sorting through the evidence for the Arthritis Self-Management program and the Chronic Disease Self-Management program, Executive Summary of*

- ASMP/CDSMP meta-analyses*. Hämtad 3 november, 2015, från Centers for Disease Control and Prevention, <http://www.cdc.gov/arthritis/docs/asmp-executive-summary.pdf>.
- *Cooper, K., Smith, B.H., & Hancock, E. (2009). Patient's perceptions of self-management of chronic low back pain: evidence for enhancing patient education and support. *Physiotherapy*, 95, 43-50. doi: 10.1016/j.physio.2008.08.005
- *Crowe, M., Whitehead, L., Gagan, M.J., Baxter, D., & Panckhurst, A. (2010). Selfmanagement and chronic low back pain: a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 66(7), 1478-1486. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05316.x
- Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud, B-O., & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- *Eaves, E.R., Sherman, K.J., Ritenbaugh, C., Hsu, C., Nichter, M., Turner, J.A., & Cherkin, D.C. (2015). A qualitative study of changes in expectations over time among patients with chronic low back pain seeking four CAM therapies. *BMC Complementary & Alternative Medicine*, 15(12). doi: 10.1186/s12906-015-0531-9
- Friberg, F. (2012). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats* (2. uppl., s.133-143). Lund: Studentlitteratur.
- Hedelin, B., Jormfeldt, H., & Svedberg, P. (2014). Hälsobegreppet- synen på hälsa och sjuklighet. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadensgrunder – perspektiv och förhållningssätt* (2.uppl., s.361-382). Lund: Studentlitteratur.
- Glasgow, R.E., Davis, C.L., Funnell, M.M., & Beck, A. (2003) Implementing practical interventions to support chronic illness self-management. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 29(11), 563–74. Hämtad från databasen CINAHL Complete.
- Gustavsson, A. (2015). Problemets omfattning och kostnader. I S. Magnusson & C. Mannheimer (Red.), *Långvarig smärta: Behandling och rehabilitering* (2. uppl., s.15). Lund: Studentlitteratur.
- Karlsten, R. (2014). Smärtdiagnostik. I A. Rhodin (Red.), *Smärta i klinisk praxis* (s.37-41). Lund: Studentlitteratur.
- *Kawi, J. (2014a). Chronic Low Back Pain Patients' Perceptions on Self-Management, Self Management Support, and Functional Ability. *Pain Management Nursing*, 15(1), 41-50. Hämtad från databasen CINAHLComplete.
- *Kawi, J. (2014b). Influence of self-management and self-management support on chronic low back pain patients in primary care. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 26, 664-673. doi: 10.1002/2327-6924.12117
- Kirkevold, M. (2000). *Omvårdnadsteorier- Analys och utvärdering* (2. uppl.). (K. Larsson Wentz, övers.). Lund: Studentlitteratur. (originalarbete publicerat 1992).

- *Kralik, D., Price, K., & Telford, K. (2010). The meaning of self-care for people with chronic illness. *Nursing and Healthcare of Chronic Illness*, 2, 197-204. doi: 10.1111/j.1752-9824.2010.01056.x
- Kylberg, U., & Lidell, E. (2002). Förord. I U. Kylberg & E. Lidell (Red.), *Omvårdnad vid långvariga sjukdomstillstånd* (s. 13-16). Lund: Studentlitteratur.
- Liddy, C., Blazkho, V., & Mill, K. (2014). Challenges of self-management when living with, multiple chronic conditions: systematic review of the qualitative literature. *Canadian Family Physician*, 60, 1123-1133. Hämtad från databasen PubMed.
- Linton, S. J. (2013). *Att förstå patienter med smärta* (2. uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Lorig, K., Stewart, A., Ritter, P.L., Gonzalez, V., Laurent, D., & Lynch, J. (1996). *Outcome Measures for Health Education and Other Health Care Interventions*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Lorig, K., Halsted, R., & Holman, M.D. (2003). Self-Management education: History, Definition, Outcomes, and Mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 26(1), 1-7. Hämtad från databasen PubMed.
- *Lukewich, J., Mann, E., VanDenKerkhof, E., & Tranmer, J. (2015). Self-management support for chronic pain in primary care: a cross-sectional study of patient experiences and nursing roles. *Journal of Advanced Nursing*, 71(11), 2551-2562. doi: 10.1111/jan.12717
- Lundeberg, T., & Norrbrink, C. (2014). Klassifikation av smärta. I C. Norrbrink & T. Lundeberg (Red.), *Om smärta - ett fysiologiskt perspektiv* (2.uppl., s. 51-77). Lund: Studentlitteratur.
- Lundh, B. (u.å.). Egenvård. I *Nationalencyklopedin*. Hämtad 2 november, 2015, från <http://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/l%C3%A5ng/egenv%C3%A5rd>
- Magnusson, S., & Mannheimer, C. (2015). Smärta och smärtbehandling. I S. Magnusson & C. Mannheimer (Red.), *Långvarig smärta: Behandling och rehabilitering* (2. uppl., s. 17-35). Lund: Studentlitteratur.
- *Merlin, J.S., Walcott, M., Kerns, R., Bair, M.J., Burgio, K.L., & Turan, J.M. (2015). Original Research Article Pain Self-Management in HIV-Infected Individuals with Chronic Pain: A Qualitative Study. *Pain Medicine*, 16, 706-714. Hämtad från databasen MEDLINE.
- Newman, S., Steed, L., & Mulligan, K. (2004). Self-management interventions for chronic illness. *The Lancet*, 364 (9444), 1523-1537. Hämtad från databasen PubMed.
- *Nilsen, G., & Anderssen, N. (2014). Struggling for a normal life: Work as an individual selfcare management strategy among persons living with non-malignant chronic pain. *IOS Press*, 49, 123-132. Hämtad från databasen MEDLINE.
- Orem, D. E. (1995). *Nursing: Concepts of practice* (5. uppl.). St. Louis: Mosby, Inc.

- Ory, M.G., Ahn, S., Jiang, L., Smith, M.L., Ritter, P.L., Whitelaw, N., & Lorig, K. (2013). Successes of a national study of the Chronic Disease Self-Management Program: meeting the triple aim of health care reform. *Medical Care*, 51(11), 992-998. doi: 10.1097/MLR.0b013e3182a95dd1
- Regeringskansliet. (2014). *Nationell strategi för att förebygga och behandla kroniska sjukdomar*. Stockholm: Regeringskansliet. Från <http://www.regeringen.se/rapporter/2014/02/s2014.005/>
- Ritter, P.L., Ory, M.G., Laurent, D.D., Lorig, K. (2014). Effects of chronic disease self management programs for participants with higher depression scores: secondary analyses of an online and a small-group program. *Transnational Behavioural Medicine*, 4(4), 398-406. doi: 10.1007/s13142-014-0277-9.
- Rogers, A., Bury, M., & Kennedy, A. (2009). Rationality, rhetoric, and religiosity in health care: the case of England's Expert Patients Programme. *International Journal of Health Services*, 39(4), 725-747. doi: 10.2190/HS.39.4.h
- SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Hämtad 2 november, 2015, från Socialstyrelsen, <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2009-6>
- SFS 2014:821. *Patientlagen*. Hämtad 26 november, 2015, från Riksdagen, http://www.riksdagen.se/sv/DokumentLagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientlag-2014821_sfs-2014821/?bet=2014:821
- SOSFS 2009:6. *Bedömning av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård*. Hämtad 2 november, 2015, från Stockholm Socialstyrelsen, <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2009-6/>
- Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2006). *Metoder för behandling av långvarig smärta: En systematisk litteraturöversikt* (SBU-rapport, nr 177). Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.
- Statens beredning för medicinsk utvärdering. (u.å.). Patientutbildning i grupp vid livslånga sjukdomar. Hämtad 26 november, 2015, från Statens beredning för medicinsk utvärdering, <http://www.sbu.se/sv/Publicerat/Kommentar/Patientutbildning-i-grupp-vid-livslanga-sjukdomar/>
- Svensk sjuksköterskeförening. (2012). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Från <http://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/Publikationer/Etik/ICNs-Etiska-kod-for-sjukskoterskor/>
- Willman, A. (2014). Hälsa och välbefinnande. I A-K. Edberg & H. Wijk. *Omvårdnadens grunder – hälsa och ohälsa* (2. uppl., s. 37-50). Lund: Studentlitteratur.
- World Health Organization. (2002). *Innovative Care for Chronic Conditions: building blocks for action: global report*. Genève: World Health Organization. Från <http://www.who.int/chp/knowledge/publications/icccglobalreport.pdf>.

Österlund Efraimsson, E., Klang, B., Larsson, K., Ehrenberg, A., & Fossum, B. (2009).
Communication and Self-management education at nurse-led COPD clinics in primary
health care. *Patient Education and Counseling*, 77, 209-217. doi:
10.1016/j.pec.2009.03.033

Östlundh, L. (2012). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats* (2. uppl., s.
57-79). Lund: Studentlitteratur.

Bilaga 1. Sökmatrix

Databas	Sökord	Antal träffar	Begränsningar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Valda artiklar till resultat, se bilaga 2.
CINAHL Complete	"Chronic pain" AND self-management OR "self care" AND "Patient experience"	159	Peer – review 2005-2015	11	6	Blyth et al. (2005) Crowe et al. (2010) Lukewich et al. (2015) Merlin et al. (2015)
CINAHL Complete	Kawi	12	Peer - review 2005-2015 Author	6	3	Kawi, J. (2014a) Kawi, J. (2014b)
CINAHL Complete	"Chronic pain" AND self-management OR "self care" AND "patient perception"	149	Peer – review 2005-2015	4	1	Cooper et al. (2009)
MEDLINE	"Chronic pain" AND "self care"	249	2005-2015	7	3	Eaves et al. (2015) Nilsen & Anderssen (2014)
CINAHL Complete Sekundärsökning	"The meaning of self-care for people with chronic illness"	1	Peer-review 2005-2015	1	1	Kralik et al. (2010)

Bilaga 2. Matris över urval av artiklar till resultat

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod (Urval och datainsamling, analys)	Resultat
Blyth, M. F., March, M. L., Nicholas, K. M., & Cousins, J. M.	Self-management of chronic pain: a population-based study	2005, Australien, Pain	Att utreda specifika hypoteser relaterade till personer med långvarig smärta. De variabler som undersöktes var egenvårdsstrategier, demografiska och kliniska egenskaper hos egenvårdsutövarna samt samband mellan egenvårdsstrategier, smärtrelaterad funktionsnedsättning och hälso- sjukvårds användande.	Metod och datainsamling: Kvantitativ metod har använts där data har samlats in via telefonintervjuer. Urval: Ett randomiserat urval av hushåll ringdes upp. Av 2092 tillfrågande så uppnådde 474 kriterierna för deltagande, som var att vara 18 år eller äldre samt lida av långvarig smärta. Analys: Deskriptiv analys har använt. Dataprogrammet Stata Release 6.0 användes vid kategorisering.	Resultatet i studien presenterade två typer av egenvårdsstrategier. Passiva och aktiva strategierna. De passiva strategierna var de som främst rapporterades. De deltagare som uppger att de enbart använder sig av aktiva strategier uppger fyra gånger mindre smärtrelaterade funktionsnedsättningar och kan oftast relatera sin smärta till en speciell skada. Dessa personer använder dessutom mindre läkemedel, gör färre smärtrelaterad vårdbesök och har ett lägre antal sjukskrivningar. Fysisk aktivitet, läkemedelsintag, vila och att använda värme eller kyla var de vanligaste rapporterade egenvårdsstrategierna.
Cooper, K., Smith, H. B., & Hancock, E.	Patients' perceptions of self-management of chronic low back pain: evidence for enhancing patient education and support	2009, USA Physiotherapy Journal	Att undersöka om fysioterapi har underlättat för personer med långvarig ländryggssmärta att utföra egenvård efter avslutad behandling. Samt personernas uppfattning kring huruvida de är i behov av fortsatt egenvårdsstöd.	Metod och datainsamling: Kvalitativ metod med semistrukturerade intervjuer. Urval: 25 personer av 140 tillfrågade valde att delta. Av dessa var 20 kvinnor och fem män i åldrarna 18-65 år. Analys: Kvalitativ dataanalys användes. Genom tematisk analys kunde teman identifieras och samband uppfattas.	Resultatet i studien presenterade att deltagarna hade skilda uppfattningar om egenvård. De flesta egenvårdsstrategierna som användes av deltagarna var självlärd och hade inte förskrivits av fysioterapeuten. Ett flertal av deltagarna upplevde ett stort behov av stöd och uppföljning av fysioterapeut även efter avslutad behandling.
Crowe, M., Whitehead, L., Gagan, J. M.,	Self-management and chronic low back pain: a	2010, Nya Zeeland, Journal of Advanced Nursing	Att lyfta egenvårdsstrategier utförda av personer med långvarig ländryggssmärta,	Metod och datainsamling: Kvalitativ metod med semistrukturerade intervjuer.	Resultatet i studien visade att de tre vanligast använda egenvårdsaktiviteterna var att ta läkemedel, att använda sig utav värme och att

Baxter, D., & Panckhurst, A.	qualitative study		samt hur deras vårdpersonal uppfattade sin roll i att underlätta egenvården.	<p>Urval: 64 deltagare med smärta som varit i minst 12 veckor. 22 personer ur vårdpersonal valdes ut till studien med kriteriet att de blivit föreslagna av någon av de smärtdrabbade deltagarna.</p> <p>Analys: Innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman genomfördes. Kategorierna kodades manuellt av en erfaren analytiker.</p>	utföra fysisk aktivitet. Deltagarna vittnade om att träning förvärrade smärtan i det korta perspektivet, men att det i längden var smärtlindrande. De flesta angivna träningsformerna var lågintensiva. Resultatet lyfte också mentala egenvårdsstrategier, som att avleda sitt fokus från smärta genom aktiviteter som man gillar. Deltagarna i studien angav hobbies, att umgås med närstående och att lyssna på musik som denna typ av aktiviteter. Även copingstrategier användes av deltagarna.
Eaves, R. E., Sherman, J. K., Ritenbaugh, C., Hsu, C., Nichter, M., Turner, A. J., & Cherkin C. D.	A qualitative study of changes in expectations over time among patients with chronic low back pain seeking four CAM therapies	2015, USA, BMC Complementary and Alternative Medicine	Att se vad deltagare, som genomgår icke-medicinsk smärtbehandling, har för förväntningar på behandlingen och hur dessa förväntningar förändras under behandlings gång.	<p>Metod och datainsamling: Kvalitativ metod med semistrukturerade intervjuer</p> <p>Urval: 64 personer som sökt icke-medicinsk behandling (yoga, massage, kiropraktor, akupunktur) för långvarig smärta deltog i studien. Av dessa var 48 kvinnor och 16 män. Två fokusgrupper skapades där den ena gruppen skulle påbörja behandling/ precis påbörjat behandling och den andra gruppen skulle avsluta behandling/ redan avslutat behandling.</p> <p>Analys: Materialet har analyserats och teman har framtagits genom mixad metod.</p>	Resultatet i studien visade att förväntningarna skiftade under loppet av behandlingen. Fokus låg till en början på smärta och bot men skiftade till att handla om en förståelse för behovet av egenvård. Deltagare i alla fyra terapiformer uppgav ökad förståelse och acceptans av smärtan och insikt i det egna ansvaret för sin egen hälsa. Resultatet visade även att den ökade kunskapen om behovet av att utföra egenvård ledde till både positiva och negativa känslouttryck hos deltagarna. Resultatet presenterade två teman som sammanfattar hur deltagarnas förväntningar har förändrats. <ol style="list-style-type: none"> 1. Bli mer realistisk 2. Realism kontra hopp; olika tankar kring acceptans av smärta och egenvårdsstrategier.
Kawi, J.	Chronic low Back pain patients' perceptions on	2014a, USA, Pain Management Nursing	Att beskriva hur personer med långvarig ländryggssmärta uppfattar sin egenvård,	<p>Metod och datainsamling: Mixad metod användes. Datainsamling gjorde som en</p>	Resultatet lyfte teman utifrån syftets tre inriktningar: <ol style="list-style-type: none"> 1. Uppfattning av egenvård

	self-management, self-management support and functional ability		egenvårdsstöd och sina funktionsmöjligheter.	del av en större studie som undersökte både kvalitativa och kvantitativa data. Kvalitativ data presenteras i denna artikel. Insamlingen gjordes via öppna frågor relaterade till studiens syfte. Urval: Kriterierna för deltagande var att vara 18år eller äldre samt ha en diagnostiserad icke-malign långvarig ländryggssmärta. 110 deltagare rekryterades via två smärtcenter. Analys: Kvalitativ och kvantitativ innehållsanalys genomfördes.	Deltagarna lyfte framförallt läkemedelsintag som en del av egenvård, men även att det handlade om att upprätthålla fysiskt aktivitet samt ta kloka beslut och göra livsstilsförändringar. 2. Uppfattning av egenvårdsstöd Resultatet visade att deltagarna ansåg att den främsta hjälp de fick var läkemedel, men att egenvårdsstöd också handlade om emotionellt stöd och uppmuntran. 3. Uppfattning av funktionsmöjligheter Deltagarna var rädda att bli sämre och att de skulle missa viktiga händelser i livet. De hoppades på bättring men accepterade smärtan.
Kawi, J.	Influence of self-management and self-management support on chronic low back pain patients in primary care	2014b, USA, Journal of the American Association of Nurse Practitioners	Att undersöka egenvård, egenvårdsstöd och andra smärtrelaterade variabler vid långvarig ländryggssmärta.	Metod och datainsamling: En tvärsnittsstudie med mixad metod. Fem självskattningsinstrument relaterade till egenvård, egenvårdsstöd, vård vid kroniska tillstånd, funktionsmöjligheter och mental hälsa användes. Dessa kompletterades med öppna frågor relaterade till syftet. Urval: 120 deltagare rekryterades vid fyra primärvårdskliniker. Analys: Deskriptiv, statistisk analys utfördes. Kvalitativ analys har använts på svaren från de öppna frågorna.	Resultatet i studien visade att 54 % av deltagarna skulle använda mindre läkemedel om de hade verktygen för att utföra en god egenvård. 50,8% uppgav att de skulle besöka vården mer sällan och 60 % uppgav att de skulle utföra mer fysisk aktivitet. Resultatet visade att deltagarna hade förhoppningar om att tillståndet ska bli bättre, att de skulle bli smärtfria och kunna komma ut mer och att det fanns mer effektiv smärtlindring. Deltagarna menade att egenvård handlade om kloka val och livsstilsförändringar. Läkemedel och lågintensiv träning var de egenvårdsstrategier som var vanligast återkommande bland deltagarna.
Kralik, D., Price, K., & Telford, K.	The meaning of self-care for people with chronic illness	2010, Australien, Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness	Att lyfta hur män och kvinnor som lever med kroniska sjukdomstillstånd beskriver innebörden av egenvård.	Metod och datainsamling: Kvalitativ longitudinell metod. Mailkonversationer genomfördes under 21 månader	Resultatet i studien visade att patienter med långvarig smärta beskrev egenvård som en process i vilken man testade sig fram till vilka strategier som bäst lindrar ens fysiska och

				<p>inom grupper med deltagare</p> <p>Författare deltog i mailkonversationerna för att bibehålla fokus på syftet.</p> <p>Urval: 30 kvinnor och 12 män i åldern 21-65år delades in i tre email-grupper. En grupp med män och två grupper med kvinnor.</p> <p>Analys: Kvalitativ innehållsanalys gjordes. De teman som skapades fick sedan godkännas av studiedeltagarna.</p>	<p>psykiska symptom på smärtan.</p> <p>Resultatet visar att deltagarna ansåg att egenvård inte bara var att utföra strategier utan även innefattade planering, utformning och anpassning av hela det vardagliga livet.</p> <p>Resultatet presenterade fyra teman.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Upptäcka sig själv genom egenvård 2. Att lära genom egenvård 3. Återfå en känsla av ordning 4. En ny syn på framtiden
Lukewich, J., Mann, E., VanDerKerkhof, E., & Tranmer, J.	Self-management support for chronic pain in primary care: a cross-sectional study of patient experiences and nursing roles	2015, Kanada, Journal of Advanced Nursing	Att beskriva egenvård utifrån individer med långvarig smärta samt utifrån sjuksköterskor som utför egenvårdsstöd inom primärvården.	<p>Metod och datainsamling: Kvantitativ tvärsnittsstudie genom utskick av frågeformulär. Formulären rörde vilka faktorer som försvårar/underlättar för att utföra egenvård/egenvårdsstöd. Personerna med långvarig smärta fick även lista de strategier som de använde sig av.</p> <p>Urval: Brev skickades till ett randomiserat urval av 1504 möjliga representanter för patienturvalet. 340 personer valdes ut då de uppfyllde kriterierna, vilka var upplevd konstant eller intermittent smärta i minst 12 veckor. 354 sjuksköterskor inkluderades i studien efter att de svarat på ett utskick som randomiserat skickades ut till 1911 sjuksköterskor.</p> <p>Analys:</p>	<p>Läkemedel var den främsta metoden till hantering av smärta. Icke-medicinsk behandling, exempelvis fysisk aktivitet, rapporterades vara den näst vanligaste åtgärden. Deltagarna skattade självförtroende som den viktigaste förmågan för att kunna hantera smärta, följt av vårdrelationer, stöd från närstående, tillgång till hälsojourer samt förmåga att förstå hälsoinformation. Hinder för att utföra egenvård rapporterades vara rädsla för ökad smärta, smärtintensitet samt nedstämdhet och depression. Få såg sjuksköterskan som den som utförde mest egenvårdsstöd.</p> <p>Sjuksköterskorna skattade tidsbrist, att de inte kan skriva recept på läkemedel samt brist på utrymme och utrustning vara bland de främsta faktorerna som försvårade utförandet av egenvårdsstöd.</p>

				Materialet analyserades genom det statistiska datorprogrammet SPSS version 22.	
Merlin, S. J., Walcott, M., Kerns, R., Bair, J. M., Burgio, L. K., & Turan J. M.	Pain self-management in HIV-infected individuals with chronic pain: A qualitative study	2015, USA, Pain Medicine	Att undersöka redan förekommande egenvårdsstrategier hos HIV-smittade personer med långvarig smärta.	<p>Metod och datainsamling: Kvalitativ metod med djupgående intervjuer. Öppna frågor skapades utifrån de ämnen som författarna ville studera.</p> <p>Urval: De 25 deltagarna var alla HIV-smittade och led av långvarig smärta.</p> <p>Analys: Tematisk analysmetod i tre steg användes.</p>	<p>Resultatet i studien genererade nio teman utifrån de egenvårdsstrategier som deltagarna använde sig av:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fysisk aktivitet 2. Positivt tänkande 3. Avslappning 4. Avledning 5. Bön 6. Spendera tid med närstående samt socialt stöd 7. Undvika fysiska och sociala aktiviteter 8. Läkemedelsbehandling 9. Användning av substanser, exempelvis alkohol eller droger <p>Deltagarna strävande efter, vad de själva ansåg var, ett normalt liv och använde sig av egenvårdsstrategier där de själva kunde justera och planera sina dagliga rutiner.</p>
Nilsen G., & Anderssen, N.	Struggling for a normal life: Work as an individual self-care management strategy among persons living with non-malignant chronic pain	2014, Norge, IOS Press	Att undersöka hur patienter med långvarig, icke-malign smärta hanterar sitt tillstånd.	<p>Metod och datainsamling: Kvalitativ metod med öppna och djupgående intervjuer där deltagarna uppmantras till att prata fritt kring upplevelsen av sitt tillstånd.</p> <p>Urval: 20 deltagare rekryterades via ett smärtcentrum. Tio kvinnor och tio män med en medelålder på 42.7 år.</p> <p>Analys: Dataanalys genomfördes enligt fenomenologiska-hermeneutiska metod.</p>	<p>Resultatet i studien visade att den främsta motivationen för egenvård var förhoppningen om att kunna återgå till ett normalt liv. Det normala livet karaktäriserades främst av att ha ett arbete.</p> <p>Andra motivationer var att umgås med närstående, djur och upprätthålla hobbies i form av till exempel trädgårdsarbete.</p> <p>Studien genererade fyra teman kopplade till egenvård.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Leva med långvarig smärta i patienten miljö. 2. När ingen behandling hjälper. 3. Fysisk aktivitet och träning som en strategi. 4. Flytta fokus bort från smärtan.

Bilaga 3. Dorothea Orem's universal self-care requisites

1. The maintenance of a sufficient intake of air.
2. The maintenance of a sufficient intake of water.
3. The maintenance of a sufficient intake of food.
4. The provision of care associated with elimination process and excrements.
5. The maintenance of a balance between activity and rest.
6. The maintenance of a balance between solitude and social interaction.
7. The prevention of hazards to human life, human functioning, and human well-being.
8. The promotion of human functioning and development within social groups in accord with human potential, known human limitations, and the human desire to be normal.

(Orem, 1995, s. 191-192).