



Linnéuniversitetet
Institutionen för hälso- och vårdvetenskap

Det är inget fel på dig.

*En systematisk litteraturstudie om hur det är att
leva med Fibromyalgi*



Författare: Emelie Andreasson och
Lina Sjöberg

Program:
Sjuksköterskeprogrammet 180 hp.
Ämne: omvårdnad
Kurskod: 2OM340
Termin: HT 10



Examensarbete Omvårdnad 15 hp

Titel: Det är inget fel på dig.

Författare: Emelie Andreasson och Lina Sjöberg

SAMMANFATTNING: **Bakgrund:** Fibromyalgi är ett kroniskt smärttillstånd som inte uppvisar några kliniska markörer, vilket gör det svårt i mötet med sjukvården och leder ofta till misstroddhet. Syndromet är förknippat med psykiska och fysiska besvär i form av extrem trötthet, smärta och stora begränsningar i det dagliga livet. **Syfte:** Att belysa tillvaron hos män och kvinnor som lever med Fibromyalgi. **Metod:** Systematisk litteraturstudie med 12 kvalitativa artiklar genomförda på män och kvinnor. Tre databaser, Cinahl, Pubmed och PsycINFO, användes för sökandet av artiklar. Artiklarna kvalitetsgranskades efter ett protokoll för bedömning av kvalitativa artiklar. Analysen inspirerades av en innehållsanalys där faktorer som påverkade tillvaron identifierades. **Resultat:** Artiklarna resulterade i två stora kategorier: Lidande och Återfå kontroll. Lidande utgjorde en stor del av de drabbades vardag men genom att lära sig bemästra syndromet och anpassa livet efter detta bidrog det till mindre lidande. **Slutsats:** Lidande och misstroddhet visade sig vara stora påverkande faktorer och sjuksköterskan måste därför vara öppen och lyhörd i mötet med fibromyalgidrabbade.

Nyckelord: fibromyalgi, tillvaro, lidande.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1 BAKGRUND.....	1
1.1 Fibromyalgi.....	1
1.1.1 Symtom och besvär relaterade till fibromyalgi.....	1
1.1.2 Diagnostik.....	2
1.1.3 Behandling.....	2
1.1.4 Träning.....	3
1.1.5 Läkemedel.....	3
1.1.6 Egenvård och alternativ behandling.....	3
1.2 Smärta.....	4
1.2.1 Akut och långvarig smärta.....	4
1.3 Lidande.....	5
1.3.1 Sjukdomslidande.....	6
1.3.2 Vårdlidande.....	6
1.3.3 Livslidande.....	6
1.3.4 Lindra lidande.....	7
2 Problemformulering.....	7
3 Syfte.....	8
4 Metod.....	8
4.1 Sökningsförfarande och urval.....	8
4.2 Kvalitetsgranskning.....	11
4.3 Analys.....	11
4.4 Etiskt resonemang.....	13
5 Resultat.....	13
5.1 Lidande.....	13
5.1.1 Saknad livsglädje.....	13
5.1.2 Begränsning i social och personlig aktivitet.....	14
5.1.3 Inte bli sedd.....	15
5.1.4 Förändrad familjesituation och roller.....	16
5.1.5 Känna sig som någon annan.....	16
5.1.6 Smärta.....	16
5.1.7 Trötthet.....	17
5.2 Återfå kontroll.....	17
5.2.1 Anpassning.....	17
6 Diskussion.....	18
6.1 Resultatsdiskussion.....	18
6.1.1 Lidande.....	18
6.1.2 Förändrad tillvaro.....	21
6.2 Metoddiskussion.....	23
6.2.1 Sökningsförfarande och urval.....	23
6.2.2 Kvalitetsgranskning.....	24
6.2.3 Analysförfarande.....	25
6.2.4 Tillförlitlighet och Överförbarhet.....	25
7 Slutsats.....	26
7.1 Förslag till fortsatt forskning.....	27

Referenslista..... 28

Bilaga 1 – Protokoll för kvalitetsbedömning av kvalitativa artiklar
Bilaga 2 – Artikelmatris

1 BAKGRUND

Fibromyalgi (FM) är ett kroniskt smärtsyndrom som på olika sätt drabbar människor både fysiskt och psykiskt (Paulsson, Danielsson, Larsson & Norberg, 2001; van Wilgen, van Ittersum, Kaptein & van Wijhe, 2008). Karakteristiskt för FM är långvarig och stark smärta i kroppen (Tapper, 2007). År 2007 skrev Nisell och Einhorn (2007) att det fanns ca 180 000 personer i Sverige med FM vilket omfattar ungefär 2 % av Sveriges befolkning. Även om yngre personer kan drabbas av FM är den övervägande delen kvinnor i medelåldern och då ofta i samband med klimakteriet (Tapper, 2007). Enligt Lyngstam (2010) är FM kronisk och spontan utläkning är mycket ovanligt. Ericsson och Ericsson (2002) uppger att trots detta kan tillståndet förbättras efter diagnostisering och behandling.

1.1 Fibromyalgi

I journalerna stod det förr sveda- värk- och brännkärring om de patienter som led av oförklarlig smärta och patienten bedömdes ofta som inbillningssjuk (Tapper, 2007). På grund av oklar etiologi är FM ett svårt tillstånd att både definiera och leva med (Ericsson & Ericsson, 2002) och nyare studier visar fortfarande på någon form av misstroddhet från hälso- och sjukvården när det kommer till patienter med långvarig värk (Madden & Sim, 2006; Egeli, Crooks, Mathesson, Ursa & Marchant, 2008).

1.1.1 Symtom och besvär relaterade till fibromyalgi

Smärta är det främsta symtomet vid FM (Tapper, 2007). Nisell och Einhorn (2007) skriver att smärtan sedan leder till många andra bekymmer såsom dålig sömn, trötthet, huvudvärk. De nämner också liksom Gregersen (2002) att syndromet kan förvärras vid väderväxling, stress, ängslan eller oro.

Tapper (2007) listar också en rad symtom såsom exempelvis morgonstelhet, sömnbesvär, torrhet/känsla i munnen, svettningar eller frossa, kalla händer och fötter, synstörningar och ömhet/värk under fötterna.

Ericsson och Ericsson (2002) skriver att smärta i muskulatur är det övergripande symtomet men också kan förekomma i skelett och leder. Nacke, rygg, skuldergördel samt armar och ben är de mest smärtekänsliga områdena på kroppen vid FM. Muskelsmärta vid

FM utlöses av icke smärtsamma retningar (Nitelius, 2007). Karaktären på smärtan upplevs olika beroende på person men vanliga beskrivningar är en molande, stickande och/eller brännande känsla (Ericsson & Ericsson, 2002). Werner och Strang (2009) skriver att en betydande del av fibromyalgipatienterna lider av extrem trötthet. Detta kan bero på sömnstörningar som gör att de sällan vaknar utvilade. De individer som lider av en mer uttalad FM har besvär i form av frekventa uppvaknanden nattetid. Tröttheten utgör för många ett lika stort funktionshinder som smärtan (Werner och Strang, 2009).

1.1.2 Diagnostik

Det är svårt att sätta diagnos då det inte finns några mätinstrument eller metoder för att varken styrka eller utesluta FM. Diagnossättandet är komplext då symtomen varierar från dag till dag och från individ till individ (Abusdal Gunvaldsen & Natvig, 1997). Det finns dock vissa kriterier som ska uppfyllas för att diagnosen FM ska kunna ges. Dessa innefattar en ospecifik smärta i hela kroppen i minst 3 månader och på minst 11 av 18 tenderpoints (Gregersen, 2002). Enligt Tapper (2007) kartlagde amerikanska reumatologförbundet år 1990 dessa tenderpoints. Tenderpoints är markerade punkter på kroppens över- och underdel, fram- och baksida som smärtar. Vid läkarundersökning används ett medelhårt tryck på dessa punkter för att lokalisera smärtan. Svårighet i att diagnostisera med hjälp av tenderpoints ligger i att punkterna smärtar olika beroende på dagsform. Enligt Tapper (2007) upplever många FM-drabbade en misstroddhet från sjukvården gällande smärtan. I en kvalitativ studie av Maden och Sim (2006) visar resultat på vikten av att få en diagnos satt då det ökar individens förmåga att förstå och bemästra syndromet. Att få en diagnos bekräftar också att något är fel, att individen lider av en sjukdom.

1.1.3 Behandling

Då FM påverkar både vårt psykiska och fysiska välmående är det viktigt att jobba tvärprofessionellt med behandling (Gregersen, 2002). Med tvärprofessionellt menar Ericsson och Ericsson (2002) ett samarbete mellan psykolog, läkare, arbetsterapeut, sjukgymnast och sjuksköterska.

Behandlingen för FM syftar till att lindra de negativa konsekvenser som uppstår ur syndromet (Gregersen, 2002). Tapper (2007) betonar att all behandling oavsett form, måste individanpassas.

1.1.4 Träning

Träning och fysisk aktivitet är en stor del i behandlingen och syftar till att motverka inaktivitet samt öka välbefinnandet. Det är viktigt att tänka på att inte träna för tungt som exempelvis styrketräning utan lugnare träning så som simning och cykling (Nisell & Einhorn, 2007). Tapper (2007) skriver att en smärtad muskel drar ihop sig och förkortas varför det ibland hjälper med enklare stretchövningar för att få avslappnade muskler och därmed lindra smärtan. Gregersen (2002) betonar vikten av individanpassad träning för att inte förvärra symtomen vilket många kan uppleva.

1.1.5 Läkemedel

Lyngstam (2010) skriver att det inte finns någon specifik läkemedelsbehandling mot FM utan denna inriktas mot lindring av symtom. Ofta är det en kombination av olikverkande läkemedel som krävs. Läkemedel som ofta används är paracetamol eller NSAID (non-steroid anti-inflammatory drugs). Antidepressiva läkemedel kan ges då de kan ge ökad sömnkvalité och minska smärtupplevelsen. Detta ges många gånger i kombination av sömntabletter då sömn är viktigt för en persons välbefinnande. Läkemedel tar inte bort smärtan utan ger endast lindring. I en studie gjord av Perrot, Winkelmann, Dukes, Schaefer, Ryan, Chandran, Sadosky och Zlateva (2010) bekräftar individer med FM att det är svårt att få en bra läkemedelsbehandling. Större antalet av deltagarna uppgav att de endast nått en lindrande effekt.

1.1.6 Egenvård och alternativ behandling

För FM-drabbade är det viktigt att undvika tung fysisk belastning och stress då detta kan fungera som symtomutlösande faktorer (Lyngstam, 2010). Stresshanteringskurser och avslappning kan fungera lindrande mot smärtan. Detta är också något som Nisell och Einhorn (2007) förespråkar.

Tapper (2007) skriver om alternativa behandlingar som kan ge viss smärtlindring vid FM. Dessa är bland annat akupunktur, massage, akupressur, tai-chi och qigong. Det finns också en speciellt utformad fibromassage som innebär lättare och mjukare beröring på ömma punkter på kroppen.

1.2 Smärta

Alla har någon gång upplevt smärta. Tillfälligt eller under en längre period är smärta en subjektiv upplevelse som berör såväl fysiskt som psykiskt och skapar oss obehag (Werner & Strang, 2009). International Association for the Study of Pain (IASP) definierar smärta som: "An unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage, or described in terms of such damage" (Merskey & Bogduk, 1994).

Smärta delas in i olika typer beroende på uppkomstmekanism. Vanligaste smärtyper är nociceptiv smärta vilket innebär smärta orsakad av vävnadsskada, kyla, stark värme eller tryck (Ericsson & Ericsson, 2002 & Werner & Strang, 2009). Neurogen smärta uppkommer till följd av skada i det centrala- eller perifera nervsystemet (Werner & Strang, 2009). Sådan skada kan bero på inflammation eller kompression av nerv (Ericsson & Ericsson, 2002). Vid psykogen smärta är psykisk sjukdom ofta orsaken. Det finns en smärtform som kallas idiopatisk smärta där orsaken är okänd. Denna typ av smärta är ofta mycket svår att lindra och kännetecknas av diffus och intensiv smärta (Ericsson & Ericsson, 2002).

1.2.1 Akut och långvarig smärta

Akut smärta är viktig och fungerar som varningssignal för att inte drabbas av skador. På så sätt har den akuta smärtan en betydelsefull funktion i kroppens försvarssystem (Tjølsen, 1997). Nisell och Einhorn (2007) ger exempel på akut smärta som den smärta som uppstår då handen läggs på spisplattan eller när en bok tappas på tån. Werner och Strang (2009) ger andra exempel så som trauma eller operativa ingrepp. Oavsett hur stor

vävnadsskadan är går den akuta smärtan troligen över men kan ibland övergå till att bli långvarig (Werner & Strang, 2009).

Återkommande smärta i mer än 3 månader betecknas som långvarig och uppkommer i många fall utan tillfogad vävnadsskada (Werner & Strang, 2009). I detta fall fungerar inte smärtan längre som en varningssignal (Nisell & Einhorn, 2007). FM är långvarig smärta i muskler och leder (Almås, Valand, Bilicz och Berntzen, 2002). Smärtan kännetecknas av en intensiv och oförklarlig smärta som plågar många människor dagligen och leder till stora besvär samt sänkt livskvalitet i stor utsträckning (Werner & Strang, 2009; Tjølsen, 1997).

Akut och långvarig smärta är viktigt att skilja mellan då orsak och behandling skiljer sig åt (Nisell & Einhorn, 2007).

1.3 Lidande

Vi anser att Katie Erikssons (1994) lidandebegrepp är centralt vid FM då vi tror att de FM-drabbade lider både fysiskt och psykiskt varför Katie Erikssons lidandebegrepp används som teoretisk referensram.

Eriksson (1994) skriver att det är svårt att förklara ordet lidande då det inte finns några direkta synonymer. I dag används ordet ofta synonymt med smärta. Det är viktigt att veta att smärta kan upplevas utan lidande och att ett lidande inte behöver innebära smärta.

Lidandet beskrivs som en kamp mellan den goda -lusten och det onda -lidandet. Lidande är en del av livet, en subjektiv och unik upplevelse. Patienter upplever ibland att deras lidande inte har kunnat lindras. Däremot har de haft tanken om hur detta skulle kunna ha gjorts genom att känna sig vårdad och respekterad. Vidare skriver Eriksson (1994) att patienter är mer rädda för att bli ensamma, övergivna, föraktade och utan sympati än att lidandet i form av exempelvis smärta inte lindras. Det är viktigt att våga möta lidandet (Eriksson, 1994).

Ericsson beskriver olika sorters lidande så som sjukdomslidande, vårdlidande och livslidande (Ericsson, 1994).

1.3.1 Sjukdomslidande

Eriksson (1994) skriver att sjukdomslidande innebär att uppleva lidande i relation till sjukdom och behandling. En vanlig orsak till lidande i samband med sjukdom är smärta som är en del av problematiken vid FM. Eriksson (1994) skriver om själsligt och andligt lidande och menar att detta är det lidande som uppkommer då människan upplever förnedring, skuld och/eller skam i samband med sjukdom och behandling.

1.3.2 Vårdlidande

Tillvaron med FM innefattar inte bara ett lidande orsakat av smärta utan innefattar också ett lidande som orsakas av sjukvården exempelvis genom att inte ta de FM-drabbade på allvar (Egeli, Crooks, Matheson, Ursa & Marchant, 2008). Detta kan med stöd av Eriksson (1994) förstås som ett vårdlidande som enligt Eriksson (1994) innebär det lidande som framkallats ur en vårdssituation. Kränkning av patientens värdighet är en vanlig form av vårdlidande. Enligt Eriksson (1994) innebär kränkning att frånta individen rättigheten att vara människa vilket leder till lidande. Att som vårdpersonal utöva makt över en patient är att åsamka lidande då denna tvingas utföra handlingar den inte skulle gjort med fri vilja och ork. Ett annat sätt är att inte ta patienten på allvar vilket ger denna en känsla av maktlöshet. En bristande förmåga att bedöma patientens behov kan leda till utebliven vård. Detta innebär allt som oftast en kränkning av patientens värdighet. Att medvetet låta bli att utföra omvårdnadshandlingar är icke-vård vilket ofta förknippas med straff. Tydligt blir det då vårdpersonal undviker att ge omsorg till en ”gnällig” patient för att de inte orkar. Fördömelse är en annan form av vårdlidande och hör ofta samman med straff. Fördömelse innebär att vårdaren avgör vad som är bäst för patienten utan att lyssna på dennes vilja (Eriksson, 1994).

1.3.3 Livslidande

Livslidande innebär det lidande som är relaterat till innebörden av att leva (Eriksson, 1994). Detta kan innefatta både små och stora lidanden som hotar ens mående. Att drabbas av FM innebär stora förändringar i den drabbades tillvaro och påverkar dennes mående (Tapper, 2007). Livslidande är både psykiskt och fysiskt lidande. Det kan

exempelvis bero på smärta som kan förändra människans totala livssituation, vilket smärtan hos FM-drabbade personer gör. Från att känna sig som en hel människa till att känna ett splittrat inre ger en känsla av meningslöshet. Vid en sådan oväntad förändring är det viktigt att människan finner nytt meningssammanhang (Ericsson, 1994).

1.3.4 Lindra lidande

Eriksson (1994) menar att ett lidande som blir förbisett ofta innebär ännu ett lidande för patienten. Genom att bekräfta lidandet i stället för att bortförklara det kan ge lindring. Att skapa en vårdkultur där patienten känner sig vårdad, respekterad och välkommen är ett steg mot att lindra och eliminera onödigt lidande. Att lindra lidande görs genom att undvika kränkning, kritiserande och missbruka makt gentemot patienten. Det hela handlar om att visa patienten respekt och bekräfta dennas värdighet. Små handlingar som exempelvis låna ut en hårborste eller hjälpa till med tandborstning kan ge en människa ny kraft och en känsla av värde. Även det allra svåraste lidande kan lindras genom vänliga ord, en omsorgsfull blick och en uppfylld önskan bekräftar patienten och visar på medlidande (Ericsson, 1994).

2 Problemformulering

Fibromyalgi (FM) är ett kroniskt smärtsyndrom med okänd etiologi (van Wilgen, van Ittersum, Kaptein & van Wijhe, 2008). Tapper (2007) beskriver syndromet som långdraget och med många besvär exempelvis smärta, sömnstörningar och trötthet. Syndromet ger fysiska, psykiska och sociala konsekvenser som till exempel en förändrad vardag där arbete och social gemenskap inte längre kan ses som en självklarhet. FM är ett syndrom som ofta leder till en utmaning i mötet med sjukvårdspersonal eftersom sjukvårdspersonal i flera avseenden har en tendens att inte ta dessa personer på allvar (Egeli et al. 2008). Ett oförstående och ifrågasättande bemötande av sjukvårdspersonal kan bidra till ohälsa hos fibromyalgiker (Tapper, 2007) och i denna kontext kan vårdlidande uppstå. Genom att göra denna studie hoppas vi göra sjukvårdspersonal uppmärksamma på FM-patienters tillvaro vilket skulle kunna bidra till ett minskat lidande för patienterna genom att de FM-drabbade tas mer på allvar.

3 Syfte

Syftet är att belysa tillvaron hos män och kvinnor som lever med fibromyalgi.

4 Metod

Som metod användes systematisk litteraturstudie vilket bygger på vetenskaplig forskning och innebär systematisk sökning, granskning och sammanställning av det valda problemområdet (Forsberg & Wengström, 2003). Artiklarna har kvalitetsgranskats efter Willman, Stoltz och Bahtsevani (2006) protokoll för kvalitetsbedömning av kvalitativ och kvantitativ metod. Dataanalysen inspirerades av Lundman och Hällgren-Graneheims (2008) kvalitativa innehållsanalys som används för att granska och tolka kvalitativa texter.

4.1 Sökningsförfarande och urval

Sökningar har gjorts i tre olika databaser; Cinahl, Pubmed och PsycINFO. Detta är databaser med forskning som inriktar sig på områden inom medicin och omvårdnad (Forsberg & Wengström, 2003). Sökorden formulerades utifrån studiens syfte och dessa har sedan legat till grund för litteratursökningen. I databasen Cinahl användes Suggest Subject terms och i PubMed de rekommenderade MeSH-termerna för en mer inriktad sökning. I PsycINFO användes thesaurus för val av sökord. I Cinahl användes även Explode vilket innebär att något utökad sökning men fortfarande inom Suggest Subject terms område (Willman et al. 2006). I enlighet med Willman et al. (2006) användes thesaurus och MeSH-termer för att få ett korrekt sökord i respektive databas. De sökord som användes var fibromyalgia, quality of life, life experience, attitude to illness, emotions, psychosocial aspects of illness, life change event, nursing och attitudes. Sökorden har först sökts ett i taget och sedan kombinerats genom användning av booleska termen AND. Detta för en så specifik sökning som möjligt gentemot syftet (Forsberg & Wengström, 2003). Vid ett sökresultat som resulterat i 200 titlar eller mindre lästes samtliga titlar. De titlar och abstract som svarade till studiens syfte valdes ut och artiklarna lästes i sin helhet. De artiklar som inte fanns i fulltext beställdes via Linnéuniversitetets studentbibliotek. För att från början säkerhetsställa att hittade artiklar var vetenskapliga användes termen Peer-reviewed i Cinahl och PsycINFO. Då detta inte är

möjligt i PubMed och där det inte framgår tydligt i artikeln har databasen Ulrich's Periodicals använts. Enligt Forsberg och Wengström (2003) och Friberg (2006) ska en vetenskaplig artikel innehålla abstract, syfte, bakgrund, metod, resultat, diskussion och referenser. De ska dessutom vara publicerade på engelska. Endast vetenskapliga, engelskspråkiga artiklar, från år 1998-2010 och som är etiskt granskade valdes ut som data i studien. Axelsson (2008) menar att sekundärkällor sällan är objektiva då resultatet tolkas av annan person och sällan ger tillräckligt med information. Därav har sökningarna resulterat i primärkällor. I studier gjorda på enbart män av Paulson et al. (2001) och Paulson, Danielson och Söderberg (2002) visar resultaten på liknande erfarenheter för män som för kvinnor. Vi har därför valt att inte särskilja män och kvinnor i resultatsdelen Enbart artiklar som behandlar personer med diagnostiserad FM har inkluderats i resultatet. De artiklar som behandlar FM och/eller i kombination annan sjukdom har exkluderats. .

Data kan även hittas genom manuella sökningar som enligt Forsberg och Wengström (2003) innebär att referenslistan i lästa artiklar går igenom och om intressant källa hittas söks denna efter manuellt.

Sökningarna gjordes utifrån artikelns rubrik och författare genom verktyget Google Scholar på tre av artiklarna (nr 3, 7 & 11).

TABELL 1. Presenterade sökord ur databasen Cinahl.

Sökord	Antal Träffar	Lästa Titlar	Lästa Abstract	Lästa Artiklar	Utvalda till Kvalitetsgranskning	Till Resultat (Artikelnummer)
1. Fibromyalgia	2482	0	0	0	0	0
2. Life Experience	9966	0	0	0	0	0
3. Quality of Life	31676	0	0	0	0	0
4. Attitude to Illness	9457	0	0	0	0	0
5. Emotions	34587	0	0	0	0	0
6.	31241	0	0	0	0	0

Psychosocial aspects of illness						
1 AND 2	17	17	10	4	4	2,5,10
1 AND 3	148	148	18	3	1	1
1 AND 4	26	26	20	6	4	2,8,9,12
1 AND 5	118	118	12	1	0	0
1 AND 6	47	47	19	8	4	2,8,9,12

TABELL 2 Presentation av sökningar gjorda i databasen Pubmed.

Sökord	Antal Träffar	Lästa Titlar	Lästa Abstract	Lästa Artiklar	Utvalda till Kvalitetsgranskning	Till Resultat (Artikelnummer)
1. Fibromyalgia	4744	0	0	0	0	0
2. Life Change Event	15966	0	0	0	0	0
3. Nursing	500 221	0	0	0	0	0
4. Quality of Life	83 437	0	0	0	0	0
1 AND 2	33	33	5	1	0	0
1 AND 3	36	36	8	0	0	0
1 AND 4	94	94	22	5	3	1, 4, 6

TABELL 3 Presentation av sökningar gjorda i PsycINFO

Sökord	Antal Träffar	Lästa Titlar	Lästa Abstract	Lästa Artiklar	Utvalda till Kvalitetsgranskning	Till Resultat (Artikelnummer)
1. Fibromyalgia	621	0	0	0	0	0
2. Attitudes	151 231	0	0	0	0	0
3. Quality of Life	15547	0	0	0	0	0
4. Life Experience	14758	0	0	0	0	0

5. Nursing	13998	0	0	0	0	0
1 AND 2	16	16	5	3	1	1
1 AND 3	31	31	6	2	1	1
1 AND 4	3	3	1	1	1	9
1 AND 5	3	3	3	0	0	0

4.2 Kvalitetsgranskning

Genom kvalitetsgranskning av artiklar läggs fokus på hur studien har genomförts samt hur forskaren har kommit fram till resultatet (Friberg, 2006). Kvalitetsgranskningen för kvalitativa artiklar har gjorts utifrån Willman, Stoltz och Bahtsevani (2006) protokoll för kvalitetsbedömning av kvalitativa studier (Bilaga 1). Varje JA svar gav en poäng och varje NEJ och VET EJ svar gav noll poäng. I den kvalitativa granskningen kunde 19 poäng totalt erhållas. Dessa delades sedan in i 3 lika stora delar där 0-6 poäng var låg kvalitet, 7-12 var medel kvalitet och 13-19 var hög kvalitet. Poängen för varje artikel räknades samman och klassificerades sedan som hög, medel eller låg kvalitet. För varje svar har ett motiverande resonemang skrivits. De artiklarna som graderades till medel eller hög kvalitet inkluderades i studien. Granskningen av en kvantitativ studie gjord av Perrot et al. (2010) resulterade i låg kvalitet och exkluderades från studien. Granskningen resulterade i 11 artiklar med hög kvalitet och 1 artikel med medel kvalitet. Sammanlagt har sökningarna resulterat i 24 artiklar varav 13 valdes ut till kvalitetsgranskning. Till resultatet valdes 12 artiklar ut som numrerades 1-12 och sammanställdes i en artikelmatris (Bilaga 2).

4.3 Analys

Analysen inspirerades av Lundman och Hällgren-Graneheims (2008) innehållsanalys vilken används för att granska och tolka texter. Analysen är gjord utifrån en induktiv ansats vilket innebär att texten lästes och analyserades förutsättningslöst (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2008). Initialt lästes analysenheterna i alla artiklar individuellt för att få en helhetsbild och därefter fördes en gemensam diskussion om artiklarnas resultat.

Detta kallas forskningstriangulering vilket enligt Forsberg och Wengström (2003) innebär att två eller fler forskare, i samma studie, är engagerade i insamlandet av data och analys. Sedan lästes resultatet ytterligare en gång där de meningsenheter som svarade upp till vårt syfte identifierades och antecknades. Meningsenheterna ligger till grund för analysen och innebär meningsbärande del av texten som utgörs av meningar och ord som med sitt innehåll och sammanhang hör ihop (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2008). Reflektion och diskussion angående meningsenheterna fördes och de försågs med olika färger beroende på dess huvudsakliga innehåll. De fördes sedan in i datorn och sammanställdes med likvärdiga meningsenheter. Därefter kondenserades meningsenheterna vilket innebar att de kortades ner och gjordes mer lätthanterliga men utan att förlorat sitt huvudsakliga innehåll (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2008). Den kondenserade texten abstraherades, kodades, analyserades och delades slutligen in i underkategorier och kategorier (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2008) relaterade till skillnader och likheter i meningsenheterna. Det var två kategorier som identifierades: Lidande och Återfå kontroll. Dessa kategorier har legat till grund för resultatets huvudrubriker. Underkategorierna har legat till grund för underrubrikerna.

TABELL 4: Exempel ur analysförfarandet.

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori
Inte det liv jag förväntade mig att leva... känsla av att inte vara en hel person...känsla av att vara totalt värdelös...känsla av uppgivenhet...fast i ohållbar situation...	Livet är inte som förväntat, inte hel person, totalt värdelös, uppgiven, ohållbar situation, livet är slut och förstört, sänkt livskvalitet, inte	Livet inte som förväntat, livet saknar mening, känner skuld och frustration, hatar livet	Saknad livsglädje	Lidande

4.4 Etiskt resonemang

Etik är en viktig del i vetenskaplig forskning och alla forskningsprojekt ska ha ett godkännande från etisk kommitté (Forsberg & Wengström, 2003). Därav är alla inkluderade artiklar i denna studie etiskt granskade. För två av artiklarna där det inte framkom något etiskt resonemang kontaktades författarna via e-post. De ställdes frågan om artikeln var granskad av etisk kommitté. I båda fallen var artiklarna godkända och inkluderades först då i studien. Forsberg och Wengström (2003) menar att alla inkluderade artiklar ska redovisas samt alla resultat presenteras oavsett om det stöder forskarens åsikt eller inte. Artiklarna i denna studie är redovisade i artikelmatris (bilaga 2) samt referenslista (s 29). Inga resultat har förbisetts. Meningsenheter har under inga omständigheter modifierats, gjorts om eller uteslutits för att enkelgöra resultatsskrivandet. All text har lästs förutsättningslöst för att alla delar ska få ta lika stor plats i resultatet utan att på något sätt försöka vinkla detta. I diskussioner har båda författarna varit noga med att inte analysera sönder materialet eller på något sätt förändra dess kontext. Det är enkelt att snabbt sympatisera med dessa patienter och det är lätt att fokus hamnar på de negativa aspekterna. För att undvika detta har det noggrant setts till att all data finns med i resultatet.

5 Resultat

5.1 Lidande

5.1.1 Saknad livsglädje

Efter insjuknande av FM upplevde många individer en förändring i livssituationen och att de inte längre levde de liv de hade förväntat sig (Mannerkorpi, Kroksmark & Ekdahl, 1999; Hallberg & Carlsson, 1998). Många upplevde en identitetsförändring i att inte längre känna sig som den person de var när de var friska och många upplevde en känsla av att inte längre vara hel som person (Cudney, Butler, Weinert & Sullivan, 2002; Paulson, Danielson & Söderberg, 2002). Att inte längre ha kontroll över sin kropp och livssituation och att behöva anpassa livet efter syndromet utgjorde en känsla av att ha förlorat ett funktionellt liv (Cudney et al. 2002; Cunningham & Jillings, 2006; Råheim & Håland, 2006; Söderberg & Lundman, 2000). Livet passerade förbi och bestod mestadels av smärta vilket gjorde att meningen med livet minskade och hat inför livet och

syndromet utvecklades hos vissa individer (Cudney et al. 2002; Hallberg & Carlsson, 1998; Mannerkorpi et al. 1999). Livskvalitén försämrades och känslor av att vara totalt värdelös, uppgiven och fast i en ohållbar livssituation uppkom (Cudney et al. 2002; Mannerkorpi et al. 1999; Råheim & Håland, 2006).

5.1.2 Begränsning i social och personlig aktivitet

Aktivitetsnivån sjönk i takt med att syndromet utvecklades och många fritidsaktiviteter fick bytas ut mot färre och mer inaktiva (Arnold, Crofford, Mease, Burgess, Palmer, Abetz & Martin, 2008; Hallberg & Carlsson, 1998; Lempp, Hatch, Carville & Ernest, 2009; Söderberg, Lundman & Norberg, 1999). Lättare aktiviteter så som simning och cykling var viktiga att utföra på grund av att det psykiska måendet förbättrades. Detta gav en känsla av att vara som alla andra och ökade också självkänslan (Mannerkorpi et al. 1999). Tyngre och mer muskelkrävande aktiviteter var inte att föredra då det gav ihållande smärta och kunde leda till flera dagars sängliggande (Cudney et al. 2002; Paulson et al. 2002). Däremot ansågs det viktigt att ändå utföra de aktiviteter som ansågs roliga trots att det ofta innebar mycket smärta kommande dagar (Söderberg & Lundman, 2000).

Att inte kunna utföra önskade aktiviteter var för många svårt att acceptera och gav en känsla av bitterhet, irritation, frustration och för vissa individer en känsla av utanförskap (Arnold et al. 2008; Cudney et al. 2002; Mannerkorpi et al. 1999; Söderberg & Lundman, 2001). Minsta aktivitet så som att borsta tänderna kunde leda till total utmattning och att inte kunna kliva upp ur sängen på morgonen på grund av smärta och stelhet upplevdes deprimerande (Cunningham & Jillings, 2006; Paulson et al. 2002). Detta visade på vikten av att försöka spara energi till, för individen, viktigare aktiviteter (Söderman et al. 1999).

Den konstanta närvaron av FM försämrade förmågan att engagera sig i och delta i spontana aktiviteter (Cunningham & Jillings, 2006; Lempp et al. 2009). FM gjorde det svårt att planera aktiviteter i förväg på grund av att smärtan ofta dök upp utan förvarning och snabba förändringar i dagsformen såsom att må bra ena sekunden för att i nästa sekund inte kunna gå, gjorde det svårt att planera två saker på samma dag (Lempp et al. 2009; Paulson et al. 2002; Söderberg, et al. 1999; Cunningham & Jillings, 2006;

Mannerkorpi et al. 1999). Därför togs en dag i taget, ibland minut för minut för att orka med (Paulson et al. 2002). Tröttheten och smärtan utgjorde en begränsning i att det blev svårt att gå ut och ha roligt samt att delta i sociala aktiviteter så som att ha gäster hemma (Crooks, 2006; Lempp et al. 2009; Mannerkorpi et al. 1999). En sådan enkel sak som att öppna dörren och svara i telefonen undveks vissa dagar då det var tillräckligt att ta hand om sig själv (Paulson et al. 2002). Ovannämnda faktorer påverkade relationer och gjorde det svårt att behålla vänner (Crooks, 2006; Cunningham & Jillings, 2006).

5.1.3 Inte bli sedd.

En rädsla för att bli kallad gnällig och behandlas annorlunda gjorde att smärtan inte vågade uttryckas och symtomen hölls inombords (Cudney et al. 2002; Paulson et al. 2002). Att inte känna sig bra nog och respekterad som människa upplevdes hota den egna integriteten (Söderberg et al. 1999).

Misstroddhet var vanligt och tröttheten och smärtan upplevdes ofta av människor i omgivningen som inbillning ("det sitter i huvudet"), vilket gjorde att de FM-drabbade inte blev tagna på allvar (Hallberg & Carlson, 1998; Sturge-Jacobs, 2002; Söderberg et al. 1999). Upplevelsen av att människor i omgivningen pratade bakom ryggen på dem var vanlig, att vänner och kollegor tittade skeptiskt på dem och egentligen inte lyssnade på hur de mådde var också vanligt (Lempp et al. 2009; Paulson et al. 2002; Sturge-Jacobs, 2002). Syndromets osynlighet var svårt att möta då individerna på utsidan såg friska ut men på insidan kände sig tvärtom (Cunningham & Jillings, 2006; Lempp et al. 2009; Sturge-Jacobs, 2002). Vissa FM-drabbade upplevde att ingen kunde förstå och se smärtan och därför kändes den av vissa FM-drabbade inte berättigad (Sturge-Jacobs, 2002; Hallberg & Carlsson, 1998).

Många FM-drabbade personer upplevde tvivel från sjukvårdspersonal när de sökte vård vilket efterhand bidrog till en tvekan att söka vård (Hallberg & Carlsson, 1998; Söderberg et al. 1999). Upplevelsen av att vårdpersonal varken tog den sökande eller sjukdomen på allvar samt att ingen ville förstå eller bry sig var vanliga (Hallberg & Carlsson, 1998, Lempp et al. 2009; Cunningham & Jillings, 2006). Främsta orsaken till detta var att

smärtupplevelserna inte hade någon etiologi och de drabbade blev ofta runtskickade till olika professioner (Hallberg & Carlsson, 1998; Sturge-Jacobs, 2002). Att det inte fanns någon medicinsk kunskap om och behandling för FM var frustrerande för de drabbade (Cunningham & Jillings, 2006). Ofta hade många behandlingar provats och smärtstillande tabletter hade sällan eller begränsad effekt vilket gjorde att många olika kombinationer prövades (Hallberg & Carlsson, 1998; Sturge-Jacobs, 2002). Detta gav känslan av att vara ett vandrande apotek (Cudney et al. 2002).

5.1.4 Förändrad familjesituation och roller

Rollförändringar inom familjen var en vanlig konsekvens av FM (Råheim & Håland, 2006; Hallberg & Carlsson, 1998). Större ansvar lades på familjen vad gällde bland annat hushållssysslor vilket ofta ledde till ett beroende av partnern (Arnold et al. 2008; Råheim & Håland, 2006). Detta påverkade äktenskapet och kunde ibland leda till skilsmässa (Lempp et al. 2009). De FM-drabbade upplevde ofta att det var svårt för familjen och framför allt för barnen att förstå deras syndrom vilket av individen upplevdes göra väldigt ont och bidrog till en känsla av skuld gentemot familjen (Cunningham & Jillings, 2006; Lempp et al. 2009; Råheim & Håland, 2006; Mannerkorpi et al. 1999; Råheim & Håland, 2006). Ett fåtal upplevde starkt stöd från familjen (Hallberg & Carlsson, 1998; Lempp et al. 2009; Råheim & Håland, 2006).

5.1.5 Känna sig som någon annan

FM innebar, för individerna, att alltid behöva kämpa mot en okontrollerbar kropp och att alltid behöva ta medveten kontroll över varje rörelse för att kunna utföra denna. Det var tröttsamt att ofta behöva ge upp på grund av att orken tog slut. Ofta var kroppen stel och långsam och upplevdes som den värsta fiende (Råheim & Håland, 2006). Tilliten för kroppen försvann och kroppen upplevdes både som gammal och som någon annans (Lempp et al. 2009; Råheim & Håland, 2006 & Sturge-Jacobs, 2002).

5.1.6 Smärta

Smärta upptog stor plats och upplevdes ta över hela tillvaron utan att egentligen ha ett syfte (Sturge-Jacobs, 2002; Hallberg & Carlsson, 1998; Råheim & Håland, 2006). Den

var omöjlig att hantera och uppslukade både energi, uppmärksamhet och intresse från de drabbade (Hallberg & Carlsson, 1998; Råheim & Håland, 2006). Sällan var smärtan frånvarande och dök ofta upp utan förvarning (Sturge-Jacobs, 2002; Cudney et al. 2002; Söderberg et al. 1999; Råheim & Håland, 2006; Mannerkorpi et al. 1999 & Paulson et al. 2002). Den konstanta närvaron av smärtan påverkade både psykiskt, fysiskt och ekonomiskt på grund av exempelvis sjukskrivning. Smärtan invaderade hela kroppen och utgjorde stora begränsningar som avgjorde individers förmåga att utföra aktiviteter (Lempp et al. 2009 & Sturge-Jacobs, 2002). Inte sällan kunde individerna själva förstå deras smärta och all deras styrka och energi gick åt till att uthärda denna (Cudney et al. 2002; Sturge-Jacobs, 2002 & Råheim & Håland, 2006).

5.1.7 Trötthet

Den extrema tröttheten upplevdes av en del som det värsta symtomet och hur den genom att vara konstant närvarande påverkade hela livet (Arnold et al. 2008; Crooks, 2006; Cudney et al. 2002; Sturge-Jacobs, 2002; Söderberg et al. 1999). Ibland har det visat sig att smärtan och tröttheten upplevdes lika begränsande och står i relation till sömnkvalitén (Arnold et al. 2008; Söderberg et al. 1999). Otillräcklig sömn ledde till smärta och därför spelade en god natts sömn roll i hur vardagen klarades av och vila blev därför en stor del av livet (Cudney et al. 2002; Cunningham & Jillings, 2006; Arnold et al. 2008). Det var inte enbart tröttheten som upplevdes som jobbig, det var den störda nattsömnen och hur de trots trötthet inte kunde sova (Cunningham & Jillings, 2006 & Cudney et al. 2002). Smärtan gjorde det också svårt att hitta en bra position att sova i (Cudney et al. 2002). Tröttheten kom smygande när den minst anades och förmedlade en känsla av att hjärnan var inkapslad i bomull (Sturge-Jacobs, 2002).

5.2 Återfå kontroll

5.2.1 Anpassning

Smärtan och tröttheten bidrog till svårigheter att arbeta (Cunningham & Jillings, 2006). Att ha ett arbete och gå till upplevdes dock av väldigt många som en meningsfull del av livet och många uttryckte en stark önskan om att kunna fortsätta arbeta trots smärta och

trötthet (Mannerkorpi et al. 1999 & Lempp et al. 2009). Att ha ett heltidsarbete tog mycket av kvinnornas energi, men oftast yttrades ändå en önskan om att få fortsätta jobba heltid (Mannerkorpi et al. 1999; Paulson et al. 2002). Detta var i många fall svårt och arbetstiden fick minskas allteftersom (Arnold et al. 2008).

Gemensamt för att klara av vardagen var vikten av stöd och en positiv attityd både från sig själv och från omgivningen (Cunningham & Jillings, 2006). Livet anpassades efter syndromet och det uttrycktes ofta en önskan om att kunna vara självständig så länge som möjligt (Mannerkorpi et al. 1999; Söderberg et al. 1999). Detta fungerade för en del genom att ignorera smärtan, genom vila och fysisk aktivitet (Mannerkorpi et al. 1999). Att slutligen få en diagnos gav stor lättnad och bekräftelse för både personen och dennas smärta vilket minskade lidandet (Hallberg & Carlsson, 1998).

6 Diskussion

6.1 Resultatsdiskussion

Syftet med studien var att belysa tillvaron hos män och kvinnor som lever med FM.

Resultatet visar på att lidande är en stor del av de FM-drabbades upplevelsevärld. Detta lidande bestod bland annat av identitetsförändringar, att inte längre ha kontroll över sin kropp och att meningen med livet minskade. En annan viktig påverkan var begränsningarna i det dagliga livet som upplevdes av väldigt många FM-drabbade personer (Cudney et al. 2002; Paulson et al. 2002; Cunningham & Jillings, 2006; Råheim & Håland, 2006; Söderberg & Lundman, 2000; Hallberg & Carlsson, 1998). Arnold et al. (2008), Hallberg och Carlsson (1998), Lempp et al. (2009) och Söderberg et al. (1999) menar att detta bland annat innebar minskade fritidsaktiviteter och spontanitet vilket frambringade negativa känslor. En orsak till lidande var den misstroddhet många FM-drabbade upplevde i mötet med vården. Vi anser att Erikssons (1994) lidandebegrepp är centralt vid FM då det visat sig att FM-drabbade personer lider både fysiskt och psykiskt.

6.1.1 Lidande

Resultatet visar på att människor med FM utsätts för olika former av lidande. Erikssons (1994) lidandebegrepp sjukdomslidande, vårdlidande och livslidande anser vi tydligt går

att utläsa ur studiens resultat och anses nästan helt ofrånkomliga vid den här typen av sjukdom. Minskat lidande kunde ses då de FM-drabbade återfick en del av sin förlorade kontroll. Detta gjordes bland annat genom att få diagnos och på så sätt få bekräftelse för sina besvär (Hallberg & Carlsson, 1998).

Sjukdomslidande innebär enligt Eriksson (1994) det lidande som upplevs i relation till sjukdom och behandlig. Skuld och skam är känslor som visat sig uppkomma på grund av syndromet av olika anledningar, till exempel i relation till familjen (Mannerkorpi et al. 1999; Råheim & Håland, 2006). Det är negativa känslor som vi anser är direkt kopplade till ett sjukdomslidande då dessa känslor inte hade upplevts utan syndromet. Begreppen skuld och skam återfinns också i Erikssons (1994) tankar om sjukdomslidande. Ett tydligt exempel på sjukdomslidande är då den FM-drabbade inte hade kontroll över sin kropp vilket Råheim och Håland (2006) beskrev, liksom att kroppen ofta var stel och långsam samt upplevdes av individen som en fiende. Den konstanta smärtan innebar ett sjukdomslidande då den inte fullt ut går att behandla och patienten tvingades leva med smärta dygnet runt. Med stöd av Erikssons (1994) teori stärks detta genom att smärta kan orsaka sjukdomslidande. Vi tror att en tillvaro full med smärta inger en känsla av hopplöshet. Detta på grund av att Hallberg och Carlsson (1998) och Råheim och Håland (2006) i sina studier beskrev hur smärtan upplevdes ta över hela tillvaron samt hur den slukade både energi, uppmärksamhet och intresse från den FM-drabbade.

Studier av Arnold et al. 2008; Crooks. 2006; Cudney et al. 2002; Mannerkorpi et al. 1999 och Sturge-Jacobs, 2002 visade att många FM-drabbade levde olyckligt och upplevde stort lidande i sin vardag vilket kan ses som en tydlig parallell till Erikssons (1994) teori om livslidande. Livslidande innebär det lidande som är relaterat till innebörden av att leva (Eriksson, 1994). Många FM-drabbade upplevde identitetsförändring, att inte längre vara en hel person, minskad livsmening samt känslan av att vara totalt värdelös och uppgiven (Cudney et al. 2002; Paulsson et al. 2002; Hallberg & Carlsson, 1998; Mannerkorpi et al. 1999 & Råheim & Håland, 2006). Eriksson (1994) menar att gå från en hel person till ett splittrat inre ger en känsla av meningslöshet och det är viktigt att då finna ett nytt meningssammanhang. Vi tror att detta är svårt då man lever med FM eftersom vardagen

är så pass begränsad och det kan vara svårt att hitta ett nytt meningssammanhang. Därför tror vi också att det är svårt att komma ur sitt livslidande.

Den misstroddhet som många FM-drabbade upplevde i mötet med sjukvården (Hallberg & Carlsson, 1998; Söderberg et al. 1999; Lempp et al. 2009 & Cunningham & Jillings, 2006) anser vi kunna härleda till ett vårdlidande. Sjukdomslidande och livslidande anser vi tillskillnad från vårdlidande vara svåra att undgå. Enligt Eriksson (1994) är vårdlidande onödigt och bör undvikas. Detta tror vi kan göras genom att sjukvårdspersonal bemöter och behandlar den FM-drabbade med respekt, sympati och omsorg. Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, SFS: 1982:763) ska vården ges med respekt för alla människors lika värde samt för den enskilde människans värdighet. Vården ska också ges till samtliga människor på lika villkor och målet är att uppnå god hälsa. Eriksson (1994) menar att kränkning av individens värdighet är en vanlig form av vårdlidande och innebär att frånta individen rätten att vara människa. Vi anser att sjuksköterskan måste ha detta i åtanke när denna vårdar patienter med FM såväl som andra patienter. Därför är det viktigt att sjuksköterskan har god kunskap om smärta och hur denna påverkar individen. Finns inte denna kunskap hos sjuksköterskan tror vi det är lätt att situation av kränkning uppstår. I många möten med sjukvården har de FM-drabbade upplevt sig missförstådda och utan omsorg från vårdpersonal (Hallberg & Carlsson, 1998; Lemp et al. 2009; Cunningham & Jillings, 2006). Detta har skapat ett tvivel mot hälso- och sjukvården samt en tveksamhet till att söka vård (Hallberg & Carlsson, 1998; Söderberg et al, 1999).

Sjukdomslidande och livslidande är lidanden som är svårt att undvika till skillnad från vårdlidande som vi precis som Eriksson (1994) till stor del anser vara ett onödigt lidande. Eriksson (1994) menar att sjuksköterskan kan lindra det onödiga lidandet och att skapa ett bra vårdmöte genom att respektera och bekräfta individens lidande. Enligt ICN's etiska kod (2007) är två av sjuksköterskans grundläggande ansvarsområden att befrämja hälsa och lindra lidande.

Egeli, Crooks, Matheson, Ursa, och Marchant (2008) har forskat på hur FM-drabbade upplevde sjukvården och hur de ansåg att den kunde förbättras. Ett klart faktum var att många upplevde ett negativt möte. De FM-drabbade beskrev i studien hur läkare

nedvärderade deras upplevelse av syndromet och reagerade negativt. De upplevde också att läkarna inte tog sig tid till att utforska behandlingsalternativ och många vägrade ge ut recept på smärtstillande läkemedel. Många gånger saknade läkarna kunskap om FM och var ofta ovilliga att diskutera syndromet och intresse för att sätta diagnos saknades ofta. Här går att dra paralleller till vår egen studie då vårt resultat visar på liknande erfarenheter och upplevelser. Hallberg och Carlsson (1998), Lempp et al. (2009) och Cunningham och Jillings (2006) visade i sina studier att många FM-drabbade upplevde att vårdpersonalen inte tog dem och deras syndrom på allvar samt att ingen ville förstå dem.

Egelis et al. (2008) studie visade också att ett fåtal FM-drabbade hade upplevt ett bra möte med sjukvården främst på grund av att läkaren visade intresse för vad de drabbade hade att säga samt tog sig tid för frågor. Detta anser vi är ett bra och enkelt exempel på hur vårdlidande kan minskas utan speciellt stor ansträngning och resurskapacitet.

De FM-drabbade i studien fick berätta om vad de ansåg behövde förbättras i mötet med vården. De tre viktigaste rekommendationerna var att sjukvårdspersonalen lyssnade, var uppdaterade i forskning och behandlingsalternativ samt utgjorde ett stöd för de drabbade genom att visa empati, sympati och förståelse. Här ställde vi oss frågan ”Varför är det så svårt att bara lyssna på sina patienter?” Det står tydligt och klart i den legitimerade sjuksköterskans kompetensbeskrivning (2005) från Socialstyrelsen att sjuksköterskan ska kommunicera och föra en dialog med patienten. Detta ska ske på ett respektfullt, lyhört och empatiskt sätt. Sjuksköterskan ska uppmärksamma och möta patienten i dennes lidande och sjukdom samt lindra detta genom lämpliga åtgärder. Sjuksköterskan är också ålagd att följa de författningar och riktlinjer som satts upp. Med detta som bakgrund anser vi att sjuksköterskan och även övrig vårdpersonal bör kunna hjälpa och stötta den FM-drabbade och i den mån det är möjligt lindra dennes lidande.

6.1.2 Förändrad tillvaro

Enligt vårt resultat förändrades och försämrades tillvaron markant hos de personer som lever med FM. Vi anser att ett tydligt exempel är de begränsningar i det dagliga och sociala livet som många beskriver (Cudney et al. 2002; Arnold et al. 2008; Lempp et al.

2009; Hallberg & Carlsson, 1998; Mannerkorpi et al. 1999, Söderberg och Lundman, 2000; Cunningham & Jillings, 2006; Crooks, 2006 & Paulson et al. 2002). Det kunde exempelvis vara den nedsatta förmågan att delta i aktiviteter vilket för många var svårt att acceptera och resulterade i en känsla av bitterhet, irritation, frustration och för vissa en känsla av utanförskap (Arnold et al. 2008; Cudney et al. 2002; Mannerkorpi et al. 1999, Söderberg och Lundman, 2000. En annan stor förändring av tillvaron var oförmågan att fortsätta arbeta vilket ofta inte kunde göras på grund av smärtan och tröttheten. Asbring (2001) finner i sin studie att många individer upplever en känsla av isolering när de inte längre var förmögna att arbeta. Hon skriver vidare att många personer drar sig undan och undviker att delta i aktiviteter på grund av trötthet och smärta. Detta tror vi leder till den ensamhet som Gregersen (2002) beskriver att FM-drabbade personer ofta känner. Vi anser att sjuksköterskan ska vårda utifrån livsvärldsperspektivet som enligt Dahlberg och Segesten (2010) innebär att vårdaren har en öppenhet inför patientens sätt att hantera och förstå sin sjukdom samt hur denna påverkar. Det är viktigt att se hela patienten och även den ensamhet de upplever i relation till sin sjukdom genom att visa sympati och respekt. Enligt Eide och Eide (2009) påverkar det som händer den enskilda individen i en familj även resten av familjen. Det är därför viktigt att tänka på att även människorna runt omkring den FM-drabbade påverkas av FM negativa inverkan. Söderberg, Strand, Haapala och Lundman (2002) har i sin studie beskrivit mäns upplevelse av att leva med en FM-drabbad partner. Tidigare var det ofta kvinnan som gjorde mycket hushållsarbete men efter diagnosen fick mannen ta över mer och mer. Detta gjorde att även männen blev begränsade i sitt liv genom att de satte familjen framför sina egna fritidsaktiviteter. Männen beskrev också ett ändrat förhållande till släktingar och vänner som hade svårt att förstå sig på den drabbades sjukdom. På detta vis anser vi att männens och familjernas tillvaro förändras. Det är därför viktigt att som sjuksköterska ta hela familjens upplevelse i beaktande och ta dem på allvar och bekräfta dem för att minska lidandet Söderberg, Strand, Haapala och Lundman (2002).

Det finns alltså ett tillstånd som inte har några kliniska avvikelser eller markörer och som påverkar människors liv mer än vad vi har kunnat föreställa oss. Patienter med FM går att möta överallt i vården oavsett sjukvårdskontext. FM är ett viktigt ämne då sjukdomen är

svår att få erkänd och som nyutexaminerade sjuksköterskor anser vi att det är vårt ansvar att inte falla in i gamla banor och därför måste vi själva stå för en del av förändringen avseende attityden gentemot FM. Det känns främmande för oss, som studenter, att inte tro på patientens ord. Detta strider mot vad vi lär oss under utbildningen om patienters integritet, självbestämmande och trovärdighet.

6.2 Metoddiskussion

6.2.1 Sökningsförfarande och urval

Databaserna Cinahl, Pubmed och PsycINFO inriktas mot medicin- och omvårdnadsområden (Forsberg & Wengström, 2003) och har därför valts för artikelsökning. Tre databaser användes för att få fram så många artiklar som möjligt och för att undvika bortfall. Sökningarna har gjorts med MeSH termer och thesaurus för att få en mer inriktad sökning mot syftet och har sedan kombinerats. Kombination av sökningar ger ett bredare utbud av artiklar inom det valda området (Forsberg & Wengström, 2003). Genom detta sätt att söka information gavs ett begränsat och relevant antal artiklar för fortsatt urval till resultat. Vid sökning av artiklar har termen peer-reviewed använts i databaserna Cinahl och PsycINFO. Då detta inte är möjligt i Pubmed har i stället databasen Ulrich's Periodicals använts. Detta tillvägagångssätt innebär att vi från början säkerhetsställt vetenskapligheten hos de artiklar som vi var osäkra på. Sökorden och kombinationerna av dessa har formulerats utifrån studiens syfte för att komma detta så nära som möjligt. Sökningsresultaten svarade upp till syftet och ansågs ge bra artiklar. En brist i sökstrategin var att samma sökord och kombinationer inte användes i alla databaser vilket kan ha lett till missade artiklar. Ytterligare en brist var att sökordet lidande – suffering, inte inkluderades i sökningarna. Det anses som en brist på grund av att FM i litteraturen ofta förknippas med olika former av lidande. I efterhand har detta kollats i Cinahl och ansågs inte ge några ytterligare träffar varför resultat inte har reviderats. Många artiklar kombinerar FM och annan sjukdom, ofta kroniskt smärtsyndrom eller kronisk trötthetssyndrom. Dessa artiklar är medvetet exkluderade på grund av att vår studie endast är inriktad på FM. Då det både kroniskt smärtsyndrom och kroniskt trötthetssyndrom ingår i sjukdomsbilden så har dessa områden ändå belysts men endast

om artikeln har haft fokus på FM. I resultatet har inte män och kvinnor behandlats separat vilket kan ha gjort att erfarenheter och upplevelser specifikt för exempelvis männen inte framkommit tydligt. Att vi har valt artiklar med både män och kvinnor i olika åldrar kan enligt Lundman och Hällgren-Graneheim (2008) ge ett bredare utbud av perspektiv och erfarenheter.

Vid ett sökresultat som resulterat i 200 titlar eller mindre har samtliga titlar lästs. Utifrån relevanta titlar har abstract lästs och utifrån dessa har artiklar valts ut. Denna strategi har gett ett brett underlag och kan ha minskat risken för bortfall av viktiga artiklar.

Sökningarna begränsades till åren 1998-2010. Detta för att få en bred men samtidigt aktuell sökning. Forsberg och Wengström (2003) skriver att data även kan hittas genom manuella sökningar. Detta innebär att referenslistan i lästa artiklar går igenom och om intressant källa hittas söks denna efter manuellt. Genom detta söksätt inkluderades ytterligare två artiklar (nr 3 & 11) i studien, vilka annars inte skulle ha upptäckts.

Forsberg och Wengström (2003) menar att resultatet av studier förstärks och förbättras genom användning av både kvalitativa och kvantitativa artiklar. Diskussioner har förts kring att studien inte innehåller någon kvantitativ artikel och huruvida detta påverkar trovärdigheten. Då syftet med studien var att belysa tillvaron har detta ansetts svårt att göra med en kvantitativ studie men dessa har dock inte exkluderats på grund av dess metod. Det fanns få kvantitativa artiklar som behandlade FM och innehållet i dessa har inte helt ansetts spegla vårt syfte. Risk fanns därför att resultatet inte läses förutsättningslöst. Den kvantitativa artikel som hittats och kvalitetsgranskats ansågs ha låg kvalitet och exkluderades därför.

6.2.2 Kvalitetsgranskning

Kvalitetsgranskningen är gjort utifrån Willman et.al (2006) bedömningsunderlag för kvalitativa studier för att öka trovärdigheten i litteraturstudien. Bedömningsunderlaget ansågs vara tydlig och gav en bra grund för granskning av studiernas kvalitet.

Artikelgranskningen genomfördes tillsammans av båda författarna. Oklarheter diskuterades för att få en ökad samstämmighet vilket ansågs som en kvalitetssäkring. Vid granskningen gav varje JA svar en poäng och varje NEJ och VET EJ svar noll poäng. I den kvalitativa granskningen kunde 19 poäng totalt erhållas. Dessa delades sedan in i 3

lika stora delar där 0-6 poäng gav låg kvalitet, 7-12 gav medel kvalitet och 13-19 gav hög kvalitet. Willman et al. (2006) menar att frågorna vid poängsättning kan över eller undervärderas. En brist i poängsättningen kan därför vara om alla frågor är värda samma poäng? Detta har diskuterats och efter övervägande och genomgång av frågorna bestämdes alla frågor vara lika mycket värda. Om annan kvalitetsgranskningsmall hade använts hade poängsättning eventuellt blivit annorlunda.

6.2.3 Analysförfarande

Enligt Lundman och Hällgren-Graneheim (2008) riktar sig forskning mot att hitta ny kunskap. De menar vidare att det ofta finns plats för tolkningar då det inte bara finns en sanning. Vi har försökt minska risken för feltolkning genom att artiklarna har lästs förutsättningslöst vilket har lett till att alla resultat uppmärksammas och inget resultat har förbisetts. Att använda forskartrianglering som metod har gjort att varje artikels resultat är väl genomarbetat och uttömt (Forsberg & Wengström, 2003). Valda meningsenheter har diskuterats och förts samman med andra liknande meningsenheter och de vars innebörd varit detsamma har förts samman till en gemensam. En brist i detta skulle kunna ha varit att vissa meningsenheter har flyttats ur sin kontext. Försök att undvika detta har gjorts genom att meningsenheternas egentliga kontext har jämförts mot varandra innan sammanslagning. Meningsenheterna fick olika färger beroende på deras innebörd och delades in i tillfälliga kategorier vilket gjorde att arbetet med kondensering, kodning och kategorisering blev lättare och tydligare. Genom att arbeta på detta sätt där stor vikt lagts vid meningsenheterna ansågs resultatet blivit väl genomarbetat. Kategorierna Lidande och Återfå kontroll har framkommit naturligt efter meningsenheternas innebörd och kändes därför som självklara rubriker i resultatsdelen. Underkategorierna har på liknande sätt används som underrubriker.

6.2.4 Tillförlitlighet och överförbarhet

Enligt Forsberg och Wengström (2003) ökar tillförlitligheten i resultatet om texten är skriven ärligt, fördomsfritt och bortsedd från förutfattade meningar och fördomar. Detta görs genom att beskrivningen av det valda fenomenet är innebördsrikt och utgörs av det väsentliga i artiklarnas resultat, olika delar integreras och bildar en ny helhet. Resultatet

ska vara tydligt och strukturen enkel att följa. Insamlad data ska lyftas fram och göras tydlig. Med alla dessa punkter i åtanke har vi gjort en grundlig meningsuppbyggnad utifrån utvalda artiklars resultat som sedan sammanställts och bildat en ny helhet. Vi anser att tillförlitligheten i vår studie är hög då författarna har gjort hela arbetet tillsammans utan uppdelning. Detta finner vi även stöd för i Lundman och Hällgren-Graneheim (2008) som menar att resultatets tillförlitlighet ökar då författarna tillsammans läst och gått igenom allt material samt gemensamt arbetat med analysen.

Vi anser att vi har tillräckligt många artiklar för att få ett trovärdigt resultat. Artiklarna är från Sverige, Norge, Storbritannien, Kanada och USA vilket kan anses något begränsande och eventuellt minska överförbarheten. Detta tror vi främst skulle bero på kulturella skillnader om hur smärta och familjeroller uppfattas och efterlevs. Då fem av artiklarna i studien är gjorda i Sverige anser vi att vårt resultat går att generalisera till män och kvinnor i Sverige. Detta främst av den anledning att de olika studierna, även de från andra länder, inte skiljer sig markant från varandra.

Då samtliga artiklar är skrivna på engelska finns en möjlighet att översättningen från engelska till svenska i vissa fall har blivit otydlig. I dessa fall har en noggrann diskussion mellan författarna gjorts med hjälp av ordbok och översättningsverktyg.

Forskningsprocessens alla delar anses vara tydligt beskrivna vilket skapar gynnsamma förutsättningar för repeterbarheten.

Vi anser att vårt resultat vad framförallt gäller den förändrade tillvaron går att överföra till andra patientgrupper. Som sjukvårdspersonal är det viktigt att ha detta i åtanke att tillvaron kan förändras vid långsvariga sjukdomstillstånd och denna studie visar på vikten av att vara mottaglig för detta. Den misstroddhet som personer med FM möter samt den erfarenhet de har av att leva med kronisk sjukdom tror inte vi är ovanligt hos personer med andra kroniska sjukdomstillstånd. Uppgivenheten och skammen som det obehandlingsbara tillståndet kan bära med sig skapar ofta tvivel gentemot den drabbade, både av närstående och av sjukvårdspersonal.

7 Slutsats

Fibromyalgi är ett syndrom som för många innebär ett stort lidande, både psykiskt som fysiskt. Ett framträdande lidande vid FM är ett onödigt lidande- ett vårdlidande.

Tröttheten och smärtan påverkar de drabbade hårt och deras tillvaro förändras radikalt (Hallberg & Carlsson, 1998; Sturge-Jacobs, 2002). Relationer till vänner och familj försämras ofta, känslor av skam och skuld framträder och uppe på detta groer en misstroddhet från omgivningen (Mannerkorpi et al. 1999; Råheim & Håland, 2006). Misstroddheten bottnar i den osynlighet som syndromet innebär då det varken finns några kliniska prover eller sjukdomstecken att skåda (Sturge-Jacobs, 2002; Hallberg & Carlsson, 1998). Som sjuksköterska är det viktigt att se till hela människan och dennes lidande för att kunna ge lindring. De drabbade önskade själva i första hand att vårdpersonal lyssnar med respekt för vad de har att säga (Egeli et al. 2008) och därmed går viss del av vårdlidandet att lindra.

7.1 Förslag till fortsatt forskning

Resultatet i vår studie visar på att människor med FM finner vårdssituationer besvärliga på ett eller annat sätt. Intressant skulle vara att veta hur sjukvårdspersonalen upplever mötet med de FM-drabbade och varför syndromet är så svårt att ta på allvar. Vi anser att det finns gott underlag om hur de FM-drabbade själva upplever sin tillvaro. Av resultatet i denna studie förstår vi att syndromet bör lyftas upp och belysas mer, dock utifrån andra synvinklar än just de drabbades. Dessa synvinklar kan vara utifrån sjukvårdspersonal och familj. Vi anser att det vore intressant om sjukvårdspersonal kunde berätta om sina upplevelser av att vårda en FM-drabbad individ och vart i mötet det brister. Det skulle vara intressant att se hur och på vilket sätt eventuella meningsskiljaktigheter uppstår. Detta bör göras genom kvalitativa intervjuer på sjukvårdspersonal med tidigare vårderfarenhet av FM. Genom samma forskningsprocess skulle det vara intressant att se hur anhöriga ställer sig till sjukvården samt hur mycket stöd anhöriga till FM-drabbade får.

Referenslista

- Abusdal Gunvaldsen, U. & Natvig, B. (1997) I Abusdal Gunvaldsen, U & Natvig, B. (Red.). *Fibromyalgi: en bok om muskelsmärtor*. Stockholm: Liber.
- Almås, H., Valand, E., Bilicz, A-J, & Berntzen, H. (2002). Smärta. I Almås, H. (Red.). *Klinisk omvårdnad 1*. Stockholm: Liber.
- Arnold, L., M., Crofford L., J., Mease, P., J., Misra Burgess, S., Palmer, S., C., Abetz, L. & Martin, S., A. (2008) Patient perspectives on the impact of fibromyalgia. *Patient Education and Counseling*, 73, 114-120.
- Asbring, P. (2001). Chronic illness – a disruption in life: identity-transformation among women with chronic fatigue syndrome and fibromyalgia. *Journal of Advanced Nursing*, 34, 312-319.
- Axelsson, Å. (2008). Litteraturstudie. I Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (Red.). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.
- Crooks, V. A. (2006). Exploring the altered daily geographies and lifeworlds of women living with fibromyalgia syndrome: A mixed-method approach. *Social Science & Medicine*, 64, 577-588
- Cudney, S., A., Butler, M., R., Weinert, C. & Sullivan, T. (2002). Ten rural woman living with fibromyalgia tell it like it is. *Holistic nursing practice*, 16, 35-45.
- Cunningham, M., M. & Jillings, C. (2006). Individual's Descriptions of Living With Fibromyalgia. *Clinical Nursing Research*, 15, 258-273.
- Dahlberg, K. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande i teori och praxis*. Stockholm: Natur & Kultur
- Egeli, A., N., Crooks, A., V., Mathesson, D., Ursa, M. & Marchant, E. (2008). Patients' views: improving care for people with fibromyalgia. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness* in association with *Journal of Clinical Nursing*, 17, 362-369.
- Eide, H. & Eide, T. (2009). *Omvårdnadsorienterad kommunikation*. Lund: Studentlitteratur
- Ericsson, E. & Ericsson, T. (2002). *Medicinska sjukdomar: specifik omvårdnad, medicinsk behandling, patofysiologi*. Lund: studentlitteratur.

- Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Stockholm: Liber.
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2003). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur & kultur.
- Friberg, F. (2006). *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.
- Gregersen, A-G. (2002) Omvårdnad vid reumatiska sjukdomar. I Almås, H. (Red.). *Klinisk omvårdnad 2*. Stockholm: Liber.
- Hallberg, L., R.-M. & Carlsson, S., G. (1998). Psychosocial Vulnerability and Maintaining Forces Related to Fibromyalgia. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 12, 95-103.
- ICN:s etiska kod för sjuksköterskor. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening, 2007
- Lempp, K., H., Hatch, L., S., Carville, F., S. & Choy, H., E. (2009). Patients' Experiences of living with and receiving treatment for fibromyalgia syndrome: a qualitative study. *BMC Musculoskeletal Disorder*, 10.
- Lundman, B. & Hällgren-Graneheim, U. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. I Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (Red.). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.
- Lyngstam, O. (2010). Reumatiska sjukdomar. I *FASS*. Hämtad 2010-09-17. [Elektronisk]. <<http://www.fass.se/LIF/lakarbok/artikel.jsp?articleID=5664>>
- Madden, S., & Sim, J. (2006). Creating meaning in fibromyalgia syndrome. *Social science and medicine*, 63, 2962-2973.
- Mannerkorpi, K., Kroksmark, T. & Ekdahl, C. (1999). How patients with fibromyalgia experience their symptoms in everyday life. *Physiotherapy Research International*, 4, 110-122.
- Merskey, H. & Bogduk, N. (1994). *IASP Pain Terminology*. Hämtad 2010-10-19 [Elektronisk]. <http://www.iasppain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Defi...isplay.cfm&ContentID=1728>
- Nisell, R. & Einhorn, S. (2007). *Ont i kroppen: om att förstå och lindra smärta*. Stockholm: Bokförlaget Forum.
- Nitelius, E. (2007). Reumatiska sjukdomar. I Grefberg, N. & Johansson, L-G. *Medicinboken*. Stockholm: Liber

Paulson, M., Danielson, E. & Söderberg, S. (2002). Struggling for a tolerable Existence: The Meaning of Men's Lived Experiences of Living With Pain of Fibromyalgia Type. *Qualitative Health Research*, 12, 238-249.

Paulson, M., Danielson, E., Larsson, K. & Norberg, A. (2001). Men's descriptions of their experience of non malignant pain of Fibromyalgia type. *Scandinavian journal caring science*, 15, 54-59.

Perrot, S., Winkelmann, A., Dukes, E., Xu, X., Schaefer, C., Ryan, K., Chandran, A., Sadosky, A., & Zlateva, G. (2010) Characteristics of patients with fibromyalgia in France and Germany. *International Journal of Clinical Practice*, 62, 1100-1108.

Råheim, M. & Håland, W. (2006). Lived Experience of Chronic Pain and Fibromyalgia: Women's Stories From Daily Life. *Qualitative Health Research*, 16, 741-761.

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. [Elektronisk]. Stockholm: Socialstyrelsen. Tillgänglig: <[http://www.socialstyrelsen.se/regelverk/lagarochforordningar/halso-ochsjukvardslagen\(hsl\)](http://www.socialstyrelsen.se/regelverk/lagarochforordningar/halso-ochsjukvardslagen(hsl))> Hämtad. [2010-10-15].

Socialstyrelsen (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. [Elektronisk]. Stockholm: Socialstyrelsen. Tillgänglig: <<http://socialstyrelsen.se>>. [2010-10-18]

Sturge-Jacobs, M. (2002). The Experience of Living with Fibromyalgia: Confronting an Invisible Disability. *Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal*, 16, 19-31.

Söderberg, S. & Lundman, B. (2001). Transitions experienced by women with fibromyalgia. *Health Care for Women International*, 22, 617-631.

Söderberg, S., Lundman, B. & Norberg, A. (1999). Struggling for Dignity: The Meaning of Women's Experiences of Living With Fibromyalgia. *Qualitative Health Research*, 9, 575-587

Söderberg, S., Strand, M., Haapala, M & Lundman, B. (2003). Living with a woman with Fibromyalgia from the perspective of the husband. *Journal of advanced nursing*, 42, 142-150.

Tapper, M. (2007). *Fibromyalgi: kronisk värk och trötthet*. Falun: Mita bokförlag.

Tjølsen, A. (1997). Smärta och fysiologi. I Abusdal Gunvaldsen, U & Natvig, B. (Red.). *Fibromyalgi: en bok om muskelsmärter*. Stockholm: Liber.

Van Wilgen, P., C., W. van Ittersum, M., A. Kaptein, A. & Van Wijhe. (2008). Illness perceptions in patients with Fibromyalgia and their relationship to quality of life and catastrophizing. *Arthritis & Rheumatism*, 58, 3618-3626.

Werner, M. & Strang, P. (2009). *Smärta och smärtbehandling*. Stockholm: Liber.

Willman, A., Stoltz, P. & Bahtsevani, C. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad –en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

Bilaga 1

Exempel på protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvalitativ metod

Beskrivning av studien

Tydlig avgränsning/problemformulering? JA NEJ VET EJ

Patientkaraktistika

Antal.....

Ålder.....

Man/kvinna.....

Är kontexten presenterad?

JA NEJ VET EJ

Etiskt resonemang?

JA NEJ VET EJ

Urval

- Relevant?

JA NEJ VET EJ

- Strategiskt?

JA NEJ VET EJ

Metod för

- Urvalsförfarande tydligt skreven?

JA NEJ VET EJ

- Datainsamling tydligt beskriven?

JA NEJ VET EJ

- Analys tydligt beskriven?

JA NEJ VET EJ

Giltighet

- Är resultatet logiskt, begripligt?

JA NEJ VET EJ

- Råder datamätnad?

JA NEJ VET EJ

- Råder analysmätnad?

JA NEJ VET EJ

Kommunicerbarhet

- Redovisas resultatet klart och tydligt?

JA NEJ VET EJ

- Redovisas resultatet i förhållande till en teoretisk referensram? JA

NEJ VET EJ

- Genereras teori?

JA NEJ VET EJ

Huvudfynd

Vilket/-n fenomen/upplevelse/mening beskrivs? Är beskrivning/analys adekvat?

.....
.....

Sammanfattande bedömning av kvalitet

BRA MEDEL DÅLIG

Kommentar:.....

.....

Granskare (sign).....

Bilaga 2

Artikelmatis

	Författare År Land	Tidskrift Titel	Syfte	Metod	Resultat	Kvalitet
1	Arnold, Lesley M., Crofford, Leslie J., Mease, Philip J., Burgess, Somali Misra., Palmer, Susan C., Abetz, Linda., Martin, Susan. (2008) USA & UK.	Patient Education and Counselling: Patient perspectives on the impact of Fibromyalgia.	Att från ett patientperspektiv frambringa och bedöma symtom, samt fibromyalgiens inverkan på livskvalité och funktionsförmåga.	46 kvinnliga deltagare, 31- 72 år, med diagnosen FM, delades in i sex fokusgrupper. Semistrukturerade gruppintervjuer genomfördes. Kvalitativ studie med utgångspunkt i Grounded theory.	Deltagarna identifierade symtom som hade störst inverkan på deras livskvalitet; smärta, sömnsvårigheter, extrem trötthet, depression, oro och kognitiva svårigheter. FM hade också en avgörande negativ påverkan på deltagarnas sociala funktion samt arbetskapacitet.	Hög.
2	Crooks, Valorie A. (2006) Kanada	Social Science & Medicine: Exploring the altered daily geographies and lifeworlds of women living with fibromyalgia syndrome: a mixed- method approach.	Förstå hur kvinnornas liv, kroppar och roller förändrades efter att FM utbröt.	Kvalitativ studie med 55 kvinnliga deltagare. Snöbollsurval, triangulering. Semistrukturerade intervjuer som avslutades med ett frågeformulär.	Fyra aspekter av kvinnornas liv som påverkades negativt var: uppmärksamhet/beteende, sömn/vila, återhämtning/nöje och arbete. Detta ledde till en upplevd försämrad livskvalitet.	Hög.
3.	Cudney, Shirley A., Butler, Michelle R., Weinert, Clarann., Sullivan, Therese. (2002). USA	Holistic Nursing Practice: Ten Rural Women Living with Fibromyalgia Tell It Like It Is	Undersöka och få en ökad förståelse för kvinnor erfarenheter av att leva med FM.	10 kvinnliga deltagare, 38- 55 år med diagnosen FM. Kvalitativ metod. Information från diskussioner kvinnorna sinsemellan samlades in från ett databaserat stöd och informationsprogram för kvinnor med kroniska sjukdomar.	Erfarenheterna av att leva med FM resulterade i fyra teman: smärta, trötthet, depression och sömnsvårigheter vilka ledde till att livskvalitén påverkades. Alla kvinnor levde isolerat på landsbygden och delade erfarenheter om ensamhet som uppstod när ingen fanns i närheten att dela syndromet med.	Hög.

	Författare År Land	Tidsskrift Titel	Syfte	Metod	Resultat	Kvalitet
4.	Cunningham, Margaret Mui. & Jillings, Carol. (2006) Kanada	Clinical Nursing Research: Individuals' Descriptions of Living With Fibromyalgia.	Individens beskrivning av hur det är att leva med FM, få insikt i sjukdom och dess behandling vilket kan fungera som direktiv inom hälso- och sjukvård samt forskning.	Kvalitativ studie med en man och sju kvinnor, 30-70 år. Individuella, semistrukturerade och uppföljande intervjuer.	Författarna har delat upp resultatet i två teman: hur symtomen påverkar vardagen och hur deltagarna anpassar sig till detta. Konstant närvaro av olika symtom från FM äventyrade deras förmåga att delta i aktiviteter i det dagliga livet. De flesta var oförmögna att jobba och var mycket ledsna över att de tvingas överge gamla roller och aktiviteter. För att kunna acceptera tillståndet framkom det att en positiv inställning underlättar för att klara av den påverkan FM ger.	Medel.
5.	Hallberg, Lillemor R-M. & Carlsson, Sven G. (1998) Sverige	Scandinavian journal of caring science. Psychosocial Vulnerability and Maintaining Forces Related to Fibromyalgia.	Syftet med studien är att, från kvinnors perspektiv, beskriva deras erfarenheter av smärtan, dess ursprung och hur den påverkar familj och social samvaro. Författarna vill vidga förståelsen av vad det, ur ett patientperspektiv, innebär att lida av FM.	Kvalitativ studie. Grounded Theory. 22 Kvinnliga deltagare, 22-60 år. Strategiskt urval utifrån ålder, utbildningsnivå, antal år med smärta, antal barn och civilstatus. Öppna intervjufrågor.	Kvinnorna upplevde smärtan som ett stort problem och ständigt närvarande. Smärtan inverkar på deras energi, uppmärksamhet och sociala intressen. Nästan alla kvinnor hade inga planer eller förväntningar inför framtiden, upplevde ofta misstro från omgivningen och en förändrad identitet.	Hög.

	Författare År Land	Tidsskrift Titel	Syfte	Metod	Resultat	Kvalitet
6.	Lempp, K Heidi., Hatch, L Stephani., Carville, F Serene. & Choy, H Ernest. (2009) Storbritannien.	BMC Musculoskeletal Disorders: Patients' experiences of living with and receiving treatment for fibromyalgia syndrome: a qualitative study.	Att utifrån patientens perspektiv förstå deras upplevelse av att leva med FM.	Kvalitativ studie. Stratifierat urval från ålder, kön och etnicitet. 12 deltagare. Semistrukturerad intervju.	Resultatet indelades i tre teman; livet före och efter diagnos, förändring av identitet samt vårdkvalitet. Patienterna förväntade sig mer tid med läkare och effektivare behandling. Deltagarna upplevde en identitetsförändring på grund av inverkan på deras fysiska, mentala och sociala hälsa	Hög.
7.	Mannerkorpi, K., Kroksmark, T. & Ekdahl, C. (1999) Sverige	Physiotherapy Research International: How patients with fibromyalgia experience their symptoms in everyday life.	En fördjupad kunskap om hur FM patienter upplever sina symtom i det vardagliga livet.	Kvalitativ studie med fenomenologisk ansats. Elva kvinnor, 24-54 år, deltog i studien. Strategiskt urval. Intervjuades två gånger med fyra till sex månaders intervall.	Fyra kategorier av känslor kunde identifierades; Kämpande; deltagarna klarade av sina dagar genom att mobilisera all sin fysiska och mentala styrka. Anpassning; deltagarna anpassade sin liv efter FM. Förtvivlan; deltagarna kunde inte längre hantera smärtan och sin livssituation och uppgivning; deltagarna har gett upp många av sina tidigare aktiviteter och FM dominerar nu deras liv.	Hög.
8.	Paulson, M., Danielson, E. & Söderberg, S. 2002 Sverige	Qualitative Health Research: Struggling for a Tolerable Existence: The Meaning of Men's Lived Experiences of Living With Pain of Fibromyalgia Type.	Att belysa mäns upplevelse av att leva med fibromyalgi smärta.	Kvalitativ studie med fenomenologisk/hermeneuti sk ansats. Strategiskt urval av 14 män med FM, 41-56 år. Narrativa intervjuer.	Tre huvudkategorier identifierades; att uppleva kroppen som ett hinder, bli en annan man samt kämpa för att uthärda smärtan. Upplevelse av konstant smärta, påverkan av dagliga livet. Upplevelse av att inte vara samma man och vara utan förståelse. De kände också att de var tvungna att visa sig starka inför människor och familj.	Hög.

	Författare År Land	Tidsskrift Titel	Syfte	Metod	Resultat	Kvalitet
9.	Råheim, M. & Håland, W. (2006) Norge	Qualitative health research: Lived Experienced of Chronic Pain and Fibromyalgia: Women's stories From Daily Life.	Fördjupa kunskapen om hur det är att leva med fibromyalgi.	Kvalitativ studie med fenomenologisk ansats. 12 kvinnliga deltagare, 34-52 år.	Svårt att leva med FM, kvinnorna mår dåligt, känner sig otillräckliga och hela vardagen blir ett "helvete med all smärtan" som en deltagare uttryckte sig. Smärtan verkar vara det överhängande som är jobbigt och speglar sig på allt annat som händer	Hög.
10	Sturge-Jacobs, M. (2002) Kanada	Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal: The Experience of living with Fibromyalgia: Confronting an Invisible Disability	Beskriva och öka förståelsen av att leva med FM.	Kvalitativ, fenomenologisk metod. Strategiskt urval av 9 kvinnliga deltagare, 30-56 år. Ostrukturerade intervjuer.	Kvinnorna kämpar för att behålla sitt gamla liv trots intensiv smärta. Ett svårt moment i livet är att ingen tror på dom. De många och individuella symtomen gör det svårt för läkare att ställa diagnos och eftersom de ser friska ut tror vänner och anhöriga inte heller att det är något fel på dom. Insidan stämmer sällan överens med utsidan. Att få en diagnos är viktigt.	Hög.
11	Söderberg, Siv. & Lundman, Berit. (2001) Sverige.	Health Care for Women International. Transitions experienced by women with fibromyalgia.	Belysa kvinnors erfarenhet av att leva med FM.	Kvalitativ. Ändamålsenligt urval, 25 kvinnor, 35-60 år. Narrativa intervjuer.	Livet förändras negativt efter diagnosen, viljan att klara av vardagen finns men inte ork. På arbetet har många gått ner i tid och social fritid minskade pga. trötthet.	Hög.
12	Söderberg, Siv., Lundman, Berit., Norberg, Astrid. (1999) Sverige.	Qualitative Health Research Struggling for dignity: The Meaning of Women's Experiences of Living with Fibromyalgia.	Att belysa kvinnors upplevelse av att leva med FM.	Kvalitativ metod med en fenomenologisk-hermeneutisk ansats. 14 kvinnor med diagnosen FM, 35-50 år, intervjuades med narrativ infallsvinkel.	Studien visar att ett liv med FM påverkar många faktorer som delats in i tre kategorier; förlust av frihet, hot mot integritet och behöva kämpa för trovärdighet och tillit. Detta påverkar deltagarna och leder till svårigheter i vardagen.	Hög.

