

Kristina Dahl
Martina Ervik

Hvilke smerterelaterte utfordringer opplever pasienter med langtkommen kreft, og hvordan kan de bedre mestre disse?

Antall ord: 8772

Bacheloroppgave i 050SY bachelor i sykepleie

Veileder: Eva Walderhaug Sæther

Mai 2019

Kristina Dahl
Martina Ervik

Hvilke smerterelaterte utfordringer opplever pasienter med langtkommen kreft, og hvordan kan de bedre mestre disse?

Antall ord: 8772

Bacheloroppgave i 050SY bachelor i sykepleie
Veileder: Eva Walderhaug Sæther
Mai 2019

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for helsevitenskap i Ålesund

Sammendrag

Hensikt: Studiens hensikt var å belyse hvilke smerterelaterte utfordringer pasienter med langtkommen kreft opplever, og hvordan de bedre kunne mestre de.

Metode: Dette er en systematisk litteraturstudie. Ti artikler er inkludert, ni kvalitative og én kvantitativ.

Resultat: Funnene viser at smerte er en individuell opplevelse, og førte til redusert fysisk kapasitet og ga psykiske påkjenninger. Pasientene hadde bekymringer knyttet til avhengighet og bivirkninger fra analgetika. Pasientene syntes det var viktig å være selvstendig i smertebehandlingen, og de benyttet seg av ikke- farmakologiske tiltak. Pasientene hadde behov for å få kunnskap om analgetika og informasjon om årsaken til smertene. Samtidig som de hadde behov for å bli møtt med omsorg og tillit fra helsepersonellet.

Konklusjon: Sykepleieren bør benytte seg av smertevurderingsskjema i den individuelle tilnærmingen til pasienten, og rette tiltak mot pasientens behov og ressurser. En viktig sykepleierrolle er å fremme håp, og å motivere pasienten til å bruke egne ressurser. Pasienten kan veiledes i bruken av ikke-farmakologiske tiltak, som kan bidra til økt følelse av håndterbarhet. Informasjon er sentralt for pasientens opplevelse av kontroll og selvhjelpenhet, og sykepleier må blant annet informere om effekten av analgetika. Relasjonen til pasienten er viktig i smertehåndteringen, og den bør være preget av omsorg og gjensidig tillit. Palliativ plan kan være et hjelpemiddel som kan bidra til økt livskvalitet og trygghet hos pasienten.

Abstract

Aim: The aim of this bachelor thesis was to explore which pain-related challenges patients with advanced cancer experience, and how they could better cope with these.

Method: This is a systematic literature review. Ten articles are included, nine qualitative and one quantitative.

Results: The findings in this study reveal that pain is a subjective experience. The pain reduced their physical capacity and caused psychological distress. The patients had concerns about addiction and side effects from the analgesia. The patients wanted to be independent in the management of their pain and had non-pharmacological approaches. Patients had a need for knowledge regarding the analgesics, and information about what was causing their pain. They also wished to be met by caring and trustworthy health professionals.

Conclusion: Nurses should apply the use of pain assessment tools in the individual approach to the patient, and target the patients' needs and resources when planning strategies. The nurse has an important role to play in boosting the patients' hope, and in encouraging the patient to use their own resources. The patient can be guided in the use of non-pharmacological strategies, and this can strengthen the patients' feeling of manageability. Information plays a crucial part in the patients' experience of control and self-reliance, and the nurse must inform about the effects of the analgesics. The partnership with the patient is important in the management of pain, and should be characterized by caring abilities and mutual trust. A palliative plan can be a useful tool, which can increase quality of life and safety for the patient.

Innhold

1	Innledning	10
1.1	Studiens hensikt og problemstilling	10
1.2	Begrepsavklaring	11
1.3	Avgrensninger	11
1.4	Oppgavens oppbygning	11
2	Teoribakgrunn	12
2.1	Smerte ved kreft	12
2.2	Smertebehandling	12
2.3	Antonovskys salutogenesemodell	13
2.4	Joyce travelbees interaksjonsteori	13
3	Metode	14
3.1	Datainnsamling	14
3.1.1	Søkehistorikk	14
3.1.1.1	Manuelle søk	15
3.1.2	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	15
3.2	Kvalitetsvurdering	15
3.2.1	Etiske hensyn	16
3.3	Analyse	16
4	Resultat	18
4.1	Å leve med smerte	18
4.2	Utfordringer med smertestillende legemidler	20
4.3	Relasjonen til helsepersonellet	21
5	Diskusjon	23
5.1	Metodediskusjon	23
5.2	Resultatdiskusjon	24
5.2.1	Å håndtere smertene	24
5.2.2	Behov for veiledning og informasjon	27
5.2.3	Betydningen av en god relasjon	28
6	Konklusjon	31
7	Litteraturliste	32
8	Vedlegg	38

1 Innledning

Kreft er en utbredt sykdom og i 2017 ble det registrert 33.564 nye krefttilfeller (Kreftregisteret, 2019). Den blir betegnet som keiseren over alle sykdommer, er fryktet av mange, og assosieres med knuste fremtidsplaner, lidelse, smerte og død (Lorentsen & Grov, 2016, s. 398). Det er ikke unaturlig at man har en slik assosiasjon, ettersom 27 % av befolkningen i Norge dør av denne sykdommen. Kreftbehandlingen innebærer å forlenge liv, lindre plagsomme symptomer og kurere sykdommen dersom det er mulig (Bertelsen et al., 2016, s. 131, 138). Smerte er en fryktet konsekvens, og ved langtkommen kreft er det angitt at 70-80% har smerter som krever behandling (Lorentsen & Grov, 2016, s. 402).

Som sykepleier kan man møte pasienter som er rammet av kreft innenfor de fleste områdene av helse- og omsorgstjenesten. Man må dermed ha kunnskap om hvordan man skal håndtere smerter hos denne pasientgruppen. Smerten vil også forårsake konsekvenser for pasientens grunnleggende behov, følgelig må sykepleieren vurdere hvilke mestringsutfordringer den medfører (Danielsen, Berntzen & Almås, 2016, s. 394). Dersom sykepleieren skal få en god forståelse er forskning som beskriver pasientenes perspektiv like viktig som kunnskap om fysiologiske virkningsmekanismer (Danielsen et al., 2016, s. 382-383).

Fremtidens helsetjenester har som mål å skape tjenester der pasienter får ivaretatt sine grunnleggende behov, dette innebærer å ta i bruk pasientenes ressurser, med økende fokus på mestring og den enkeltes erfaringer i utviklingen av tjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet [HOD], 2015, s. 45). Det er forventet at pasienter deltar aktivt i helse spørsmål som angår en selv i dagens helsevesen, og at beslutninger tas i samarbeid med helsepersonellet. Empowerment er en sentral faktor i dette, og på individnivå omhandler det den enkeltes evne til å ha kontroll over eget liv (Finbråten, 2018, s. 98-99).

1.1 Studiens hensikt og problemstilling

Studiens hensikt er å undersøke hvilke utfordringer pasienter med langtkommen kreft erfarer med smerter, og hvordan de bedre kan mestre disse i sin hverdag.

Følgende problemstilling er valgt:

"Hvilke smerterelaterte utfordringer opplever pasienter med langtkommen kreft, og hvordan kan de bedre mestre disse?"

1.2 Begrepsavklaring

Pasient: "En person som henvender seg til helse- og omsorgstjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helse- og omsorgstjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle" (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 1-3).

Langtkommen kreft/*advanced cancer*: Kreftsykdom som lite sannsynlig kan kureres eller kontrolleres, selv med behandling (National Cancer Institute, u.å.). Kreft blir delt inn i fire kliniske stadier, der stadium III innebærer at det er kreftceller i lymfekjertler omkring svulsten. Stadium IV innebærer at det finnes metastaser i andre organer, og kan som regel ikke kureres, bare lindres (Felleskatalogen, 2016).

Mestring: Handler om hvordan mennesker imøtekommer belastende livssituasjoner, og hvordan de håndterer ytre og indre utfordringer (Tveiten, 2018, s. 238).

1.3 Avgrensninger

Pasientperspektivet utforskes, dette utelukker sykepleier- og pårørendes synspunkt og erfaringer. Fokuset ligger på voksne med langtkommen kreft (stadium III og IV), og hvordan de fysiske smertene påvirker dem. Studien er ikke avgrenset til et spesielt nivå i helsetjenesten.

1.4 Oppgavens oppbygning

I kapittel to presenteres teorien som skal bidra til å belyse problemstillingen. Kapittel tre redegjør for metode, med datainnsamling, kvalitetsvurdering og analyse. Kapittel fire utgjør resultatdelen, her presenteres hovedfunnene som ble identifisert gjennom analysen av studiene. Kapittel fem tar for seg diskusjonen, med metodediskusjon og resultatdiskusjon. Oppgaven munner ut i en konklusjon i kapittel seks.

2 Teoribakgrunn

2.1 Smerte ved kreft

Smerte er et komplekst fenomen og en personlig og subjektiv opplevelse (Nortvedt & Nortvedt, 2018, s. 18). Ved kreftsykdom er smerte svært fryktet. Det blir definert som en emosjonell og sensorisk erfaring som følge av en faktisk eller truende vevsødeleggelse. Man kan si at kreftsmarter er en sammensetning av akutte og kroniske smerter, samt oppstår eksistensielle, psykiske og sosiale utfordringer som utgjør et lidelseskompleks. 75 % av all kreftsmerte er tumorrelatert (Kongsgaard, 2017, s. 181).

Gjennombruddssmerter regnes som akutte smerter og består av smertetopper som oppstår spontant eller av bevegelser, disse kan være vanskelig å lindre. Forskjellige typer kreft har ulike smertemønstre, og om det oppstår metastaser eller endringer i tumor påvirkes smertemønsteret (Lorentsen & Grov, 2016, s. 402).

2.2 Smertebehandling

God smertebehandling skal være en vesentlig og essensiell del av kreftomsorgen. Tilstrekkelig smertelindring kan bidra til økt funksjonell kapasitet, redusere psykososiale plager og gi økt livskvalitet. Langvarig utilstrekkelig smertekontroll kan forsterke smertene, dermed er utredning, diagnostisering og tverrfaglig samarbeid viktig for å kunne få en forståelse for faktorene som utgjør smerteopplevelsen. Etterfulgt av at man planlegger en god og tilstrekkelig smertebehandling (Kongsgaard, 2017, s. 181-182). Smerter kan lindres ved at selve svulsten og sykdommen blir behandlet med cytostatika, hormoner og/eller strålebehandling. I tillegg blir det ofte gitt analgetika som påvirker overføringen og oppfatningen av smerteimpulser (Lorentsen & Grov, 2016, s. 412). Ifølge Kongsgaard (2017, s. 185) er det viktigste med smertebehandling å ta hensyn til pasientens ønsker og meninger. Behandlingen må være målrettet, der man oppnår best mulig effekt, og unngår flest mulige bivirkninger. Pasientens livskvalitet kan nemlig påvirkes av bivirkningene, etterfulgt av at god smertekontroll går tapt. WHO (verdens helseorganisasjon) og IASP (The International Association for the Study of Pain) har utarbeidet en veileder for smertebehandling av kreftpasienter, i form av en smertetrapp der man etter behov øker smertebehandlingen trinn for trinn (Lorentsen & Grov, 2016, s. 412).

Sykepleierens ansvar er å kartlegge pasientens helhetlige smerteopplevelse (Lorentsen & Grov, 2016, s. 409). Kartleggingen må være systematisk, standardisert og nøyaktig for å kunne gjøre en god smertevurdering, videre vil dette være grunnlaget for tilstrekkelig smertebehandling (Kongsgaard, 2017, s. 182). Det finnes mange omstendigheter som kan hindre god smertelindring, blant annet at helsepersonellet har mangel på kunnskap, utilstrekkelig fokus og undervurdering av pasientens smerter, samt fravær av gode rutiner for å kartlegge smerte. Mangel på informasjonsflyt og dårlige rutiner internt i

sykehuset, og mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten kan også føre til at noen pasienter ikke får tilstrekkelig oppfølging i smertebehandling (Lorentsen & Grov, 2016, s. 412).

2.3 Antonovskys salutogenesemodell

I motsetning til å ha fokus på årsaker til sykdomsutbrudd, vil man i en salutogen tilnærming fremheve hva som skaper god helse, og at sykdom ikke trenger å innebære dårlig helse (Antonovsky, 2012, s. 16). Aaron Antonovskys teori om salutogenese presenterer en ny synsvinkel på velvære, den fokuserer på å fremme personens evne til å tilpasse seg til indre og ytre stressfulle omgivelser. Målet med en salutogen tilnærming er blant annet å muliggjøre at mennesker kan leve optimalt med sine helseutfordringer (Langeland, 2018, s. 157). Antonovsky (2012, s. 37-42) utviklet begrepet "opplevelse av sammenheng" (OAS), som et aspekt i salutogenesen. Der beskriver han begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet som de tre kjernekomponentene i OAS. Begripelighet omhandler hvorvidt man opplever stimuli man utsettes for som kognitivt forståelig, sammenhengende og velordnet, i stedet for at det oppleves kaotisk og uforståelig. Håndterbarhet omfatter hvorvidt man har tilstrekkelige ressurser til rådighet for å kunne takle utfordringene man møter. Meningsfullhet dreier seg om betydningen av å være involvert i prosessene som påvirker ens egen skjebne, og å være involvert i aktiviteter som "gir mening" i følelsesmessig og kognitiv forstand. Disse komponentene er avhengig av hverandre, man må derfor skåre høyt på alle for å ha en sterk OAS.

2.4 Joyce travelbees interaksjonsteori

Travelbee (2001, s. 171) presenterer menneske-til-menneske-forholdet som en grunntanke i sin sykepleieteori. Forholdet innebærer at sykepleieren og pasienten ser på hverandre som menneskelige individer, og ikke som "sykepleier" og "pasient". Et slikt forhold er essensielt for å oppfylle sykepleierens ambisjon, som er å hjelpe mennesket med å forebygge eller mestre sykdom og lidelse, og å hjelpe med å oppleve mening i disse erfaringene. Hun hevder at alle møter med pasienten er gyldne øyeblikk for å lære den som lider å kjenne, og til å ivareta behovene hans, særlig om sykepleieren går bevisst inn for det. Travelbee fremhever også at sykepleieren skal hjelpe pasienten til å oppleve håp for å kunne mestre sykdom og lidelse. For den som mangler håp ser ingen sannsynlighet for forbedringer i livet, mens den som håper tror gjerne at livet kan bli mer meningsfylt (Travelbee, 2001, s. 117-118).

3 Metode

Det redegjøres for hvordan den systematiske litteraturstudie ble gjennomført med beskrivelse av datainnsamling, kvalitetsvurdering og analyse.

Forsberg og Wengström (2015, s. 27-30) nevner at et systematisk litteraturstudie innebærer et systematisk søk, kritisk vurdering og deretter sammenligning av litteraturen innenfor et valgt emne eller problemområde. Man må da ha en tydelig formulert problemstilling som besvares ved å først identifisere, velge, vurdere og deretter analysere relevant forskning.

3.1 Datainnsamling

3.1.1 Søkehistorikk

For å komme frem til søkeordene kan man benytte seg av et PICO-skjema. Ifølge Forsberg og Wengström (2015, s. 60) er det en forkortning for **P** (Patient/population), **I** (Intervention), **C** (Control) og **O** (Outcome). Dette er en strukturert metode for å sette sammen søkestrategier når man søker i bibliografiske databaser, med utgangspunkt i problemstillingen. Metoden kan også benyttes som et verktøy for å formulere problemstillingen. **C** (Control) var ikke aktuelt for problemstillingen i denne studien, dermed ble et PIO-skjema benyttet. Det resulterte i søkeordene "pasientenes opplevelser", "langtkommen kreft" og "smertehåndtering". Oversatt til engelsk ble disse "patients' experiences", "advanced cancer" og "pain management".

I søkeprosessen ble flere databaser benyttet for å få et bredere søk. De inkluderte artiklene ble funnet i CINAHL Complete og Proquest- Health & Medicine, men søk ble også utført i SveMed+ og Medline. Søkeordene måtte tilpasses ut ifra hvilken database som ble brukt. I CINAHL Complete kom det opp forslag med synonymer som utvidet søkeordene. Vi søkte på "patient experience" og fikk foreslått "patients' experiences or perceptions or opinions or attitudes or views or perspectives", som ble tatt i bruk da denne kombinasjonen ga flere treff. "Pain management or pain relief or pain control or pain reduction" ble også benyttet, fremfor "pain management". I tillegg ble "advanced cancer" anvendt. Søkeordene ble kombinert med hjelp av den boolske operatøren "AND", dette ga 47 treff etter bruk av inklusjonskriterier. Seks av disse studiene ble inkludert.

I Proquest- Health & Medicine ble søkeordene "patient", "advanced cancer" og "pain management" benyttet, kombinert med "AND". Dette ga mange treff, dermed ble

inkludering av artikler til publisering etter 2012, og kun fra det geografiske området Europa, for å prioritere relevans i form av nyere forskning, samt sammenlignbare demografiske forhold. Studiene av Gibbins, Bhatia, Forbes og Reid (2014) og Manzano, Ziegler og Bennett (2013) ble inkludert fra dette søket. En systematisk oversikt over søkehistorikken er vedlagt i oppgaven.

3.1.1.1 Manuelle søk

Ifølge Forsberg og Wengström (2015, s. 64) kan manuelle søk gjennomføres på ulike måter. I denne studien ble det utført ved å studere referanselistene på artiklene med nyest publiseringssdato. Gjennom dette ble de to studiene av Webber, Davies og Cowie (2011), og McPherson, Hadjistavropoulos, Devereaux og Lobchuk (2014) funnet i referanselisten i studien av Erol et al. (2018).

3.1.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

For å finne relevante artikler til problemstillingen ble følgende inklusjonskriterier valgt: fagfellevurderte forskningsartikler med et pasientperspektiv, publisert etter 2009. For å ha størst mulig likhet med norsk kultur og helsevesen ble kun forskning utgitt innenfor de geografiske områdene Europa, USA, Canada, Australia og New Zealand inkludert. Artikler som omhandlet barn under 18 år ble ekskludert.

3.2 Kvalitetsvurdering

Kvalitetsvurdering bør ifølge Forsberg og Wengström (2015, s. 104) omfatte studiens hensikt og problemstilling, design, utvalg, målinger, analyse og tolkning. Ved utvelgelsen av artiklene ble det vurdert hvorvidt de var relevant for problemstillingen, og om de stemte overens med inklusjonskriteriene. En annen forutsetning for vurderingen var at studiene hadde tatt i bruk IMRaD-strukturen. Dette er en struktur som brukes ved vitenskapelige forskningsartikler, og består av introduksjon, metode, resultat og diskusjon (Søk & Skriv, u.å.). Videre kvalitetssikring ble utført ved å benytte *Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste* (Norsk senter for forskningsdata, 2018) sitt nasjonale register. Det ble benyttet for å undersøke om forskningsartiklene var publisert i et anerkjent tidsskrift som var rangert som nivå 1 eller 2, og inneholdt fagfellevurdert forskning. Studiene ble videre kvalitetsvurdert ved bruk av sjekklister for kvalitativ og kvantitativ forskning fra *Folkehelseinstituttet* (2014). En sjekkliste er vedlagt oppgaven.

Fire av artiklene hadde både et pasient- og pårørende perspektiv, men disse ble inkludert ettersom det kom frem et tydelig skille mellom de to perspektivene. Studien av Beck et al. (2010) ble også inkludert, til tross for at både pasienter med langtkommen kreft og

kirurgiske kreftpasienter deltar. Det er heller ikke et klart skille mellom disse to gruppene, men den tilfredsstillende de andre inklusjonskriteriene, og gir nyttig informasjon om pasientenes erfaringer med smertehåndtering. De to studiene av McPherson, Hadjistavropoulos, Lobchuk og Kilgour (2013) og McPherson et al. (2014) har flere like forfattere og har de samme deltakerne i studiene. Ettersom de har gjort to separate studier med ulike hensikter er begge inkludert, og de blir ikke sammenlignet eller brukt opp mot hverandre i resultat.

3.2.1 Etske hensyn

Etikk er et viktig aspekt i vitenskapelig forskning. Når man innhenter ny kunnskap gjennom forskning skal man alltid forsikre seg om å beskytte deltakerne i undersøkelsen. Det er dermed et krav at alle vitenskapelige studier skal utføre etiske vurderinger (Forsberg & Wengström, 2015, s. 132). Ifølge Bjørk og Solhaug (2008, s. 122) blir etisk forsvarlighet regulert på et overordnet og internasjonalt nivå av Helsinkideklarasjonen. På nasjonalt nivå krever forskningsetikkloven at alle forskningsprosjekter som involverer forsøk på mennesker, skal være foreslått av *regionale komiteer for etikk i medisinske og helsefaglig forskning* [REK]. De gir anbefalinger og svar på spørsmål om etisk forsvarlighet. Alle forskningsartiklene som er anvendt i denne studien gjør rede for at de har blitt godkjent av en etisk komité.

Enkelt personer som kan identifiseres skal samtykke før deltakelse. Samtykket skal være en frivillig, tydelig og informert bekreftelse fra deltakeren om at vedkommende aksepterer at personopplysninger blir behandlet. Informert samtykke baseres på at deltakeren skal ha fått nødvendige opplysninger om undersøkelsen (Christoffersen, Johannessen, Tuft & Utne, 2015, s. 49). Flere av studiene viser til at deltakerne har gjort et informert samtykke, og har blitt anonymisert.

3.3 Analyse

Ifølge Forsberg og Wengström (2015, s. 152) handler analyse om å dele opp det undersøkte fenomenet til mindre parter, og undersøke de steg for steg, hver for seg, etterfulgt av at delene blir sammensatt til en ny enhet. Analyseprosessen beskrevet av Evans (2002) ble benyttet som utgangspunkt for å analysere funnene fra studiene, den innebærer fire steg.

Det første steget omhandler å samle relevant data. I dette steget var det viktig å finne artikler som svarte på problemstillingen og stemte overens med inklusjons- og eksklusjonskriteriene. For å arbeide systematisk ble det utarbeidet en søkehistorikk som gir en oversikt over søkene. Det ble gjennomført grundige søk i flere databaser, som

endte med åtte inkluderte studier fra CINAHL Complete og ProQuest- Health & Medicine, samt to studier funnet gjennom et manuelt søk.

Det andre steget innebærer identifisering av nøkkelfunn i studiene (Evans, 2002, s. 25). Artiklene ble studert gjentatte ganger med fokus på å finne nøkkelfunnene, som deretter ble satt inn i en tabell der hver artikkel ble presentert med sine viktigste funn.

Evans (2002, s. 25) beskriver steg tre som identifisering av tema, der forskjellene mellom artiklene blir sammenlignet og like temaer blir identifisert. Dermed ble artiklene sammenlignet på tvers, og fargekoder ble benyttet for å markere likheter mellom artiklene, og funnene ble gruppert til tema og undertema.

Steg fire omhandler en beskrivelse av fenomenet. Funnene fra analysen skal være med på å beskrive tema og undertema, og understøttes av eksempel fra studiene (Evans, 2002, s. 25). Dette omtales i resultatkapittelet.

Tema <i>Undertema (matrisenummer)</i>
Å leve med smerter <ul style="list-style-type: none">• <i>Tap av funksjon i hverdagen (1, 3, 4, 8, 9)</i>• <i>Psykiske påkjenninger (1, 4, 8, 9)</i>• <i>Å ha grep om smertene (1, 2, 3, 6, 8, 9, 10)</i>
Utfordringer med smertestillende medikamenter <ul style="list-style-type: none">• <i>Brudd i smertebehandlingen (1, 3, 5, 6, 8, 9, 10)</i>• <i>Behov for kunnskap om analgetika (5, 7, 9, 10)</i>
Relasjonen til helsepersonellet <ul style="list-style-type: none">• <i>Behov for omsorg og tillit (2, 5, 6)</i>• <i>Behov for informasjon (2, 3, 6, 7, 8, 9)</i>• <i>Misnøye med helsehjelpen (1, 2, 3, 6, 9)</i>

Tabell 1 - Oversikt over tema og undertema med tilhørende studier.

4 Resultat

I dette kapittelet presenteres temaene: Å leve med smerte, utfordringer med smertestillende medikamenter og relasjonen til helsepersonellet.

4.1 Å leve med smerte

To av studiene belyser at opplevelsen av smerte var individuell og varierte fra person til person (Webber et al., 2011, s. 2044; Erol et al., 2018, s. 31). Dette funnet kom også frem i andre studier gjennom at deltakerne beskrev smertene på ulike måter. En av pasientene uttrykte:

"What can you understand about anybody else's pain, everyone has to go through their own. You can imagine how bad it is from anybody, but it is always different...it is all terribly subjective" (Webber et al., 2011, s. 2044).

Tap av funksjon i hverdagen

Et av hovedfunnene er at smertene påvirket pasientens fysiske kapasitet (Webber et al., 2011, s. 2043; McPherson et al., 2013, s. 297; Erol et al., 2018, s. 31; Hackett, Godfrey & Bennett, 2016, s. 715; Gibbins et al., 2014, s. 74-75). De fleste pasientene i McPherson et al. (2013, s. 297) knyttet tap av funksjon og avhengighet av andre til smertene. Dersom de nådde et intenst nivå ble det vanskelig å fullføre dagligdagse aktiviteter. I studien av Erol et al. (2018, s. 31) beskrev også pasientene at de ikke kunne utføre daglig husarbeid, og ble dermed avhengig av familiemedlemmer. Hackett et al. (2016, s. 716) viser til at velværen ble påvirket av å ikke kunne utføre "normale" aktiviteter som å gå til butikken, stelle i hagen og være sammen med andre. Deltakerne i Gibbins et al. (2014, s. 75) beskrev at det viktigste utbyttet av smertehåndteringen var å kunne "leve normalt", å være i stand til å utføre hverdagslige aktiviteter som husarbeid, hobbyer og å opprettholde sitt forhold til familie og venner. En av deltakerne uttrykte:

"Um just to live normally. (..) just look after my husband as I've been in the habit of doing [before the pain started], rather than the roles having been reversed" (Gibbins et al., 2014, s. 75).

Psykiske påkjenninger

Smertene kunne ha også ha en negativ innvirkning på deltakerne psykisk, for eksempel ved at humøret endret seg (Erol et al., 2018, s. 31; McPherson, 2013, s. 297; Hackett et al., 2016, s. 715; Webber et al., 2011, s. 2043). Deltakerne i Erol et al. (2018, s. 31) pekte på at smertene forstyrret sosiale relasjoner og forårsaket depresjon og sosial isolasjon. I McPherson et al. (2013, s. 297) ytret deltakerne at det var slitsomt og plagsomt å leve med smerter, spesielt når det var langvarige og intense smerter. De uttrykte også sinne og irritabilitet mot seg selv og andre, som helsepersonell, Gud og familien. Deltakerne i Hackett et al. (2016, s. 715-716) beskrev at smerten påvirket humøret deres, da de ikke hadde mulighet til å gjøre det de ellers likte å gjøre. Dette forverret følelsene av maktløshet og fortvilelse. I tillegg beskrev de at manglende evne til å lindre smerte svekket følelsen av kontroll og de følte seg hjelpeløse. Erol et al. (2018, s. 31) beskriver også at uhåndterte smerter førte til angst, hjelpeløshet og håpløshet.

Å ha grep om smertene

To av studiene påpeker hvor viktig det var for deltakerne å være selvstendig, eller å ha en viss grad av autonomi i smertebehandlingen (McPherson et al., 2014, s. 7; Beck et al., 2010, s. 110). Pasientene i Beck et al. (2010, s. 110) ønsket å ha kontroll over smertelindringen når det var mulig. I Gibbins et al. (2014, s. 75) forventet ikke deltakerne å være helt smertefri, men ønsket å ha et grep om smertene. De mente at smertekontroll ikke innebar det å være smertefri eller at smerten skåret på et visst nivå. McPherson et al. (2014, s. 9) og Beck et al. (2010, s. 111) beskriver at de fleste pasientene trodde at smertene var uunngåelig og ikke kunne bli fullstendig kontrollert. Så en viss grad av smerte ble "godtatt", og dette resulterte i at målet for smertebehandlingen var å redusere de til et tolererbart nivå (McPherson, 2014, s. 9).

Funn viser at pasientene benyttet seg av ulike ikke-farmakologiske tiltak for å håndtere smertene (McPherson et al., 2014, s. 8; Erol et al., 2018, s. 31; Rustøen, Gaardsrud, Leegaard & Wahl, 2009, s. 51; Hackett et al., 2016, s. 716). De trekker frem tiltak som å endre stilling, ta et varmt bad, gå, se på tv, bønn eller å engasjere seg i håndverk (Erol et al., 2018 s, 31). Deltakerne i McPherson et al. (2014, s. 8) nevner at pårørende bidro med å endre stilling, massere og å påføre varme eller kulde. Deltakerne prøvde også å lindre smerte gjennom å ligge, sove, ikke bevege seg og distraksjon, selv om sistnevnte hadde begrenset effekt ved intense smerter. Også Rustøen et al. (2009, s. 51) trekker frem at det å flytte fokus over på noe annet virket smertelindrende, ved for eksempel å snakke med andre, lese eller strikke. Deltakere i Gibbins et al. (2014, s. 75) tilpasset aktivitetene sine til smerten, ved for eksempel ikke å utføre aktiviteter som kunne utløse smerter, men samtidig ønsket de ikke at smertene skulle styre deres funksjonsnivå. I Webber et al. (2011, s. 2043) kommer det frem at mange hadde endret livsstil, i et forsøk på å forbedre hyppigheten og/eller graden av smertene sine. En pasient beskrev det slik:

"You learn to live your life differently. (...) You have to do a lot of soul searching and coming to terms with what you can and can't do. (...) Why do things that put you in pain?" (Webber et al., 2011, s. 2043).

4.2 utfordringer med smertestillende legemidler

Brudd i smertebehandlingen

Et annet hovedfunn var at mange pasienter hadde negative tanker om bruken av analgetika, de hadde blant annet bekymringer knyttet til bivirkninger og avhengighet (McPherson et al., 2014, s. 8; Webber, 2011, s. 2044; Beck et al., 2010, s. 110). Bivirkninger som forstyrret den kognitive funksjonen viste seg å påvirke hvorvidt pasientene fulgte behandlingen, mer enn de gastrointestinale bivirkningene gjorde (Manzano et al., 2013, s. 1882). Bivirkninger som døsighet og hallusinasjoner fra analgetika ble knyttet til begrensninger eller brudd i bruken av dem (Manzano et al., 2013, s. 1882; Gibbins et al., 2014, s. 75; Hackett et al., 2016, s. 716). Grunner for dette kunne være at det hindret dem fra å gjøre aktiviteter, eller at de følte seg forlegne etter å ha hallusinert (Manzano et al., 2013, s. 1882). I Gibbins et al. (2014, s. 75) kommer det frem at pasientene opplevde søvnighet på dagtid som en trussel mot å være den de vanligvis var.

I flere av studiene valgte pasienter å holde ut med smertene lengst mulig for å se om de var tolererbare uten medikamenter (McPherson et al., 2014, s. 8; Erol et al., 2018, s. 31; Gibbins et al., 2014, s. 72; Beck et al., 2010, s. 109). Deltakerne i Gibbins et al. (2014, s. 72) beskrev at de prøvde å være rolig og tolerere smerten, til de ble desperate og den truet muligheten til å utføre dagligdagse aktiviteter, da søkte de hjelp for å lindre smerten. I Manzano (2013, s. 1883) beskrev pasienter at dersom behovsmedisin ble tatt i bruk, førte det til en selvoppfattelse som tilsa at pasienten var "svak".

Behov for kunnskap om analgetika

I Webber et al. (2011, s. 2044) kommer det frem at bekymringene knyttet til analgetika gjerne ble redusert, gjennom å akseptere at denne typen medikament ofte var nødvendig for å håndtere gjennombruddssmerten, og for å opprettholde en viss livskvalitet. Deltakere i McPherson et al. (2014, s. 9) ble mer trygg på regelmessig bruk av analgetika, da de fikk mer kunnskap om medikamentene og effektiviteten av dem. Deltakere i Lovell et al. (2010, s. 56) fikk redusert frykten for avhengighet gjennom en pedagogisk intervensjon som omhandlet effektiv smertelindring, de følte seg også mer involverte i sin egen smertebehandling. I Manzano et al. (2013, s. 1884) kommer det frem at mangel på kunnskap om behovsmedisin, kombinert med følelsesladde gjennombruddssmerter, kunne øke risikoen for overdosering og sårbarhet hos pasienter og deres pårørende.

4.3 Relasjonen til helsepersonellet

Behov for omsorg og tillit

I Rustøen et al. (2009, s. 51) peker pasientene på at de opplevde sykepleierne som omsorgsfulle, selv om de tilnærmet seg smerte ulikt. Beck et al. (2010, s. 107-108) beskriver at viktige faktorer for at pasientene skulle føle seg godt behandlet, var at helsepersonellet brydde seg, var omsorgsfulle, lyttet og ga individuell pleie. I Rustøen et al. (2009, s. 52) forventet de blant annet at sykepleieren viste empati, tilstedeværelse og troverdighet knyttet til smertelindringen. Beck et al. (2010, s. 111) påpeker også at samarbeid med helsepersonellet var sentralt for å utvikle en effektiv plan for smertehåndteringen, og at gjensidig tillit var viktig for å oppnå et godt samarbeid. Pasientene følte at tillit gjenspeilet seg i at spørsmål ble besvart, og om helsepersonellet hadde respekt for deres ønske om å ha kontroll. Manzano et al. (2013, s. 1882) nevner at noen pasienter ikke fulgte behandlingen som ble foreskrevet grunnet mangel på tillit til legen.

Behov for informasjon

Pasientene i Rustøen et al. (2009, s. 52) forventet at sykepleierne ga dem informasjonen de hadde behov for, da dette bidro til redusert usikkerhet og redsel. De ønsket den både skriftlig og muntlig. Funn viser at deltakerne fikk redusert sin gjennomsnittlige smerte gjennom bruk av en pedagogisk intervensjon i form av en brosjyre og en video (Lovell et al., 2010, s. 54). I Beck et al. (2010, s. 107) viste det seg at det var mangel på informasjon knyttet til medisinen og helsetilstanden deres, i tillegg ble ikke spørsmål tilstrekkelig besvart.

For deltakerne i Webber et al. (2011, s. 2044) og Gibbins et al. (2014, s. 76) var det viktig å vite den underliggende årsaken til smertene de opplevde, hos noen var det grunnet frykt for progresjon i kreftsykdommen (Gibbins et al., 2014, s. 76). I Hackett et al. (2016, s. 715) ble økende smerter eller endring i smertetype oppfattet som en indikasjon på sykdomsprogresjon, og signaliserte at livet var tidsbegrenset. Realiteten var at et nytt smerteutbrudd med en ny lokalisasjon eller økt alvorlighetsgrad, ofte viste seg å være tegn på spredning av kreften. For noen var dette en potensiell barriere for å oppsøke hjelp.

Misnøye med helsehjelpen

Pasientene mente at sykepleierne burde ha en tydeligere rolle, mer enn bare administrering av legemidler. De forventet at sykepleierne var dyktige, og hadde evnen til å se smerten gjennom tegn, uten at pasienten selv måtte si noe. De forventet også at sykepleierne tok dem på alvor, lyttet og brukte tid på dem (Rustøen et al., 2009, s. 51-52). Beck et al. (2010, s. 107) indikerer nettopp at begrenset tid med sykepleiere var en faktor til misnøye. De hadde også opplevd å ikke bli trodd, mangel på kommunikasjon og fokus på den enkelte.

Deltakerne i Gibbins et al. (2014, s. 76) følte at smerten deres ikke var viktig for helsepersonellet. Flertallet av pasientene i Erol et al. (2018, s. 31) beskrev også at de ikke var fornøyd med sykepleierens smertehåndtering. De mente at de ikke benyttet seg av effektive strategier for smertelindring, og ikke kunne utføre en god smertevurdering. Deltakerne i studien til Webber et al. (2011, s. 2044) ga uttrykk for at smertene først ble godt kontrollerte etter at de hadde blitt henvist til et palliativt team.

5 Diskusjon

5.1 Metodediskusjon

I denne systematiske litteraturstudien er ti forskningsartikler benyttet. Metoden baseres på pensumlitteratur av Forsberg og Wengström (2015), Bjørk og Solhaug (2008), Christoffersen et al. (2015) og Evans (2002). Dette kan ses som en styrke ettersom det gir ulike perspektiv på metodekapittelet. Søkeordene som ble brukt i databasene ble laget ved hjelp av et PIO-skjema, som resulterte i funn av relevante artikler. En svakhet er at søkeordene som førte til funn av artiklene ikke inneholdt begrepet "mestring", ettersom søkene med "coping" eller "mastery" ikke ga tilfredsstillende treff i CINAHL Complete. På den andre siden fungerer "smertehåndtering" som en erstatning. En styrke ved oppgaven er at søk ble gjennomført i flere databaser, og mange av artiklene var publisert i flere av disse. Analysen ble utført systematisk og grundig for å finne hovedfunnene i studiene med hjelp av Evans (2002) sin modell, og egne tabeller med fargekoder. Å få forståelse for innholdet i artiklene var noe utfordrende ettersom alle er engelskspråklige, men på den andre siden ble artiklene lest gjentatte ganger for å unngå misforståelser.

Ettersom problemstillingen har som hensikt å utforske pasientens erfaringer, er det en styrke at flertallet av studiene er kvalitative. Ifølge Forsberg og Wengström (2015, s. 44) fokuserer kvalitativ forskning på menneskets subjektive opplevelse av omverdenen. Studien av Lovell et al. (2010) er derimot en randomisert kontrollert studie, en form for kvantitativ forskning med et studiedesign som egner seg godt for å teste hypoteser, og påvise effektiviteten av et tiltak (Forsberg & Wengström, 2015, s. 75-77). Fordelen med å benytte seg av ulike metoder er at man får belyst fenomenet fra forskjellige perspektiv, og får innhentet variert informasjon om et spesifikt fenomen (Forsberg & Wengström, 2015, s. 47).

Alle artiklene er publisert etter 2009, og dette anses som en styrke ved oppgaven, selv om det var ønskelig å ha flere artikler fra senere år. Det kan være negativt at kun artikler fra visse geografiske områder er inkludert, da dette kan utelukke gode studier fra andre land. Det kan også ses på som en svakhet at flere av studiene inkluderer voksne fra 18 år og eldre, da det gir et stort alderssprik. De eldre deltakerne har ofte også tilleggssykdommer som gir ekstra utfordringer, og kan gi en upresis beskrivelse av kreftsmerten og utfordringene den medfører. På den andre siden kan man argumentere for at smerte er en subjektiv opplevelse uansett alder. Studien ble ikke avgrenset til et spesifikt nivå i helsetjenesten, ettersom pasientene befant seg på ulike områder i artiklene. Dette kan være en svakhet ved oppgaven, ettersom pasientene kan oppleve ulike fordeler og ulemper når de er hjemmeboende, sammenlignet med når de er innlagt på et sykehus. Samtidig viser funnene at flere av utfordringene er like uavhengig av hvor deltakerne befinner seg.

5.2 Resultatdiskusjon

Studiens hensikt er å undersøke hvilke utfordringer pasienter med langtkommen kreft erfarer med smerter, og hvordan de bedre kan mestre disse i sin hverdag. Konsekvenser for sykepleieren vil også drøftes.

5.2.1 Å håndtere smertene

Individuell tilnærming

Et sentralt funn i denne studien er at smerte er en individuell opplevelse. Dette samsvarer med Nortvedt og Nortvedt (2018, s. 18) som påpeker at smerteopplevelsen er subjektiv og personlig. Også Travelbee (2001, s. 254) hevder at smerteopplevelsen aldri kan formidles slik at andre virkelig forstår den. Sykepleieren må fokusere på både hvor, hvorfor og hva smerten innebærer og hvordan den oppleves for pasienten. En slik tilnærming til smerten er grunnleggende for tilrettelegging og utførelse av god behandling og omsorg (Nortvedt & Nortvedt, 2018, s. 44-45). Dette er i tråd med Beck et al. (2010, s. 108) der pasientene nevner at individuell pleie er viktig i smertebehandlingen.

Man må kunne vurdere smerten individuelt, følgelig vil det være sentralt at sykepleieren benytter seg av smertevurderingsskjemaer. Erol et al. (2018, s. 31) viser at noen pasienter ikke var fornøyd med smertevurderingen utført av sykepleiere. Dette samsvarer med Danielsen et al. (2016, s. 383-390) som hevder at sykepleiere er for dårlige både til å forstå betydningen av, og å ta i bruk systematiske hjelpemidler, som følge av frykt for at det individuelle perspektivet i omsorgen forsvinner, og at kartleggingen krever tid. Tvert imot vil en nøyaktig kartlegging av pasientens smerte skape selve grunnlaget for å kunne planlegge, iverksette og evaluere en individuelt tilpasset smertebehandling. Det er også avgjørende for å kunne gi tilfredsstillende smertelindring, og pasienten kan bli mer bevisst på smertelindrende forhold ved bruk av slike hjelpemidler. Lorentsen og Grov (2016, s. 410) nevner *Visuell analog skala* (VAS) og *Edmonton Symptom Assessment Scale* (ESAS) som de mest brukte kartleggings skjema for kreft smerter.

Mestre tap av funksjon

Et av hovedfunnene i denne studien er at smertene påvirket pasientenes fysiske kapasitet, og gjorde det vanskelig å utføre hverdagslige aktiviteter. I Gibbins et al. (2014, s. 75) beskrives det at pasientene syntes det var viktig å få "leve normalt". Ifølge Sæteren (2017, s. 230) ønsker de fleste pasienter å klare seg selv så lenge som mulig, og selvhjulpenheten vil gi en opplevelse av autonomi, kontroll og mestring, som kan bidra til at pasienten opprettholder sin verdighet. Å lindre smerter som truer oppfyllelsen av fysiske behov er sentralt for at pasienten skal ha overskudd til å leve livet slik han ønsker. Sykepleier må derfor kartlegge hvilke behov og ressurser pasienten har, og iverksette tiltak rettet mot disse. Et tiltak kan være å hjelpe pasienten med

energiøkonomisering, gjennom å sammen planlegge pasientens aktiviteter for dagen med innlagte hvilepauser (Lorentsen & Grov, 2016, s. 421). Danielsen et al. (2016, s. 419) trekker frem at støtte og pedagogiske tiltak kan hjelpe pasienten med å finne mestringsstrategier som gir en følelse av kontroll over smertene, og kan bidra til å bearbeide sorgen over tapt funksjon.

Det er nødvendig å påpeke at mange pasienter kan være avhengig av hjelpen de får av andre, og pårørende betraktes som en viktig støttespiller. Sosial støtte er ifølge Antonovsky (2012, s. 16) også en av motstandsressursene som bidrar med å beskytte mot stressfaktorer mennesket møter. Ved langtkommen kreft vil det å få dekket de grunnleggende behovene bli truet, og pasienten kan på et tidspunkt bli avhengig av andre (Sæteren, 2017, s. 230). Dette samsvarer med McPherson et al. (2014, s. 8) som nevner at pasienter ble avhengige av andre grunnet smertene. Ifølge Grov (2017, s. 252, 257) kan pårørende være en ressurs for både pasienten og helsepersonellet, de kan bidra med å ivareta gjøremål og styrke håp og livsglede. De kan også hjelpe pasienten med å administrere analgetika, og tilrettelegge for gode sitte- og liggestillinger. Studien av Erol et al. (2018, s. 31) viser at smerten forstyrret de sosiale relasjonene og bidro til sosial isolasjon. Noen pasienter vil helst holde lidelsen for seg selv for å skjerme familien, men familie er ofte den viktigste kilden til sosial støtte og livskvalitet. Derfor vil det være viktig at pasienten får hjelp med å opprettholde kontakten med sitt sosiale nettverk, dersom vedkommende ønsker det (Lorentsen & Grov, 2016, s. 419).

Mestre psykiske påkjenninger

Dersom mennesker ikke har mulighet til å gjennomføre hverdagslige aktiviteter, knyttes det til depresjon, ettersom man opplever tap av funksjon og roller (Lorentsen & Grov, 2016, s. 405). Resultatene viser at smerten hadde en negativ innvirkning på deltakerne psykisk, pasienter i Erol et al. (2018, s. 31) mente den forårsaket depresjon. Ifølge Vadstrup og Sjøgren (2013, s. 324) har flere undersøkelser vist en sammenheng mellom smerte og depresjon. En smertetilstand som er utilstrekkelig behandlet og vedvarer over lengre tid, vil øke forekomsten av depresjon. Samtidig vil en depressiv tilstand forverre smerteintensiteten og gjøre det mer utfordrende å behandle smertene. Fysiske smerter kan bedres ved å behandle emosjonelt stress og depressive symptomer, med for eksempel antidepressiva eller psykoterapi. Ifølge Lorentsen og Grov (2016, s. 419) har sykepleieren ansvar for å skape kontakt med andre i helseteamet, eksempelvis en prest eller psykolog, dersom pasienten har behov for det. I tillegg kan det å vise empati og interesse for pasientens situasjon være gode tiltak mot nedstemthet.

En stressfaktor kan defineres som en livsopplevelse kjennetegnet av manglende sammenheng, under- og overbelastning, og manglende deltakelse i beslutninger (Antonovsky, 2012, s. 50). Dette kan knyttes til funnene som viser at uhåndterte smerter førte til at pasientene opplevde angst og håpløshet (Erol et al., 2018, s. 31), og manglende evne til å lindre smerte svekket følelsen av kontroll og medførte hjelpeløshet (Hackett et al., 2016, s. 716). Ifølge Harris og Ursin (2018, s. 225) oppleves hjelpeløshet når personen erfarer manglende sammenheng, og personen tenker at de ikke kan påvirke situasjonen. Håpløshet oppstår når personen erfarer negative sammenhenger, og

føler at det går galt uansett hva de gjør. Mestring beskrives derimot som en positiv responsforventning, der personen har tro på at strategien de velger vil gi et positivt resultat. Travelbee (2001, s. 117-118) påstår at sykepleierens rolle er å hjelpe syke mennesker med å oppleve eller gjenvinne håp, og at håpet gjør mennesker i stand til å mestre utfordrende og vonde situasjoner. Ifølge Reitan (2017, s. 88) ser kreftpasienter selv på håp og egenkontroll som gode mestringsstrategier. Sykepleieren kan fremme håp og forebygge håpløshet ved å lytte, og være tilgjengelig for pasienten når vedkommende uttrykker sin angst og frykt (Travelbee, 2001, s. 123). Dersom pasienten opplever hjelpeløshet må sykepleier motivere vedkommende til å ta i bruk egne ressurser, og til å ha tro på seg selv (Harris & Ursin, 2018, s. 233). Hjelp til å sette kortsiktige mål kan også være et godt tiltak for å se fremover og oppleve mening (Lorentsen & Grov, 2016, s. 418). Om pasienten derimot mener at han ikke har ressurser til å håndtere en utfordring, vil det svekke følelsen av mening og motivasjonen til å mestre (Antonovsky, 2012, s. 44).

Å ha grep om smertene

Alle utsettes for stressfaktorer og det er en naturlig del av livet, men i stedet for å ha fokus på det som risikofaktorer, er heller oppmerksomheten rettet mot individets mestringsressurser i det salutogene perspektivet (Antonovsky, referert i Finbråten, 2018, s. 97). Sykepleieren kan derfor spørre pasienten "er det noe du selv kan gjøre for å lindre smerten?", for å avdekke om pasienten har egne mestringsstrategier (Lorentsen & Grov, 2016, s. 410). McPherson et al. (2014, s. 7) og Beck et al. (2010, s. 110) viser at pasientene ønsket selvstendighet og autonomi i smertehåndteringen. Et hovedfunn i denne studien viser også at mange pasienter forsøkte å lindre smertene ved å benytte seg av ikke-farmakologiske tiltak. Disse tiltakene kan ses på som mestringsstrategier, og kan være med på å styrke pasientens opplevelse av håndterbarhet, som ifølge Antonovsky (2012, s. 41) omhandler i hvor stor grad man opplever å ha ressurser for å kunne håndtere kravene man stilles overfor. Håndterbarhet er en dimensjon i OAS, og en person med sterk OAS vil lettere kunne definere stimuli som en ikke-stressfaktor, sammenlignet med personer med svak OAS (Antonovsky, 2012, s. 143). Sykepleieren kan bidra til å styrke pasientens opplevelse av håndterbarhet ved å veilede og informere pasienten og eventuelt pårørende om ikke-farmakologiske tiltak. Resultatene i denne studien viser at varme- og kuldetilførsel, massasje og avledning var tiltak flere pasienter benyttet seg av. Ifølge Danielsen et al. (2016, s. 392-393) er bruk av varme og kulde kjente metoder i smertelindring, også massasje har vist seg å ha god nytte hos pasienter med ulike smertetilstander, der kan også salver tilsatt legemiddel benyttes. Teknikker som baserer seg på avledning, som visualisering, musikk og puste- og avspenningsteknikker, har vist seg å ha effekt på blant annet kroniske smerter (Kristoffersen & Breivne, 2016, s. 205).

Studier viser at pasienter ikke forventet å være fullstendig smertefri, og aksepterte en viss grad av smerte (Gibbins et al., 2014, s. 75; McPherson et al., 2014, s. 9). Kreftforeningen (u.å.) understreker at målet med smertebehandling i en lindrende fase ikke er komplett smertefrihet, men heller at pasientene skal ha en følelse av kontroll og kunnskap om hva de kan gjøre for å hindre at smertene gir begrensninger. Ved en kreftsykdom vil man tross alt bli møtt av negative utfordringer grunnet smerter, dette

medfører gjerne at man må erstatte hobbyer med noe mindre stimulerende (Dahl, 2016, s. 24). Dette samsvarer med Webber et al. (2011, s. 2043) som påpeker at pasienter hadde endret livsstilen i et forsøk på å redusere smertene, og i Gibbins et al. (2014, s. 75) tilpasset de aktivitetene til smertene. Det å slutte fred med hvordan livssituasjonen har endret seg og finne nye muligheter er sentralt i å finne mening i lidelsen (Kristoffersen & Breievne, 2016, s. 206). Meningsfullhet er også en komponent i OAS, og dreier seg om å være villig til å ta utfordringen, gjøre sitt beste for å håndtere den og være bestemt på å finne mening i den (Antonovsky, 2012, s. 41). Sykepleier må dermed fokusere på at pasienten skal ha en opplevelse av kontroll og mening i sin livssituasjon.

5.2.2 Behov for veiledning og informasjon

Veiledning er ifølge Tveiten (2018, s. 249-250) et middel i empowermentprosessen, og omtales som en formell, relasjonell og pedagogisk istandsettingsprosess, hvor hensikten er å styrke pasientens mestringskompetanse. Et mål er da at pasienten skaper et eierforhold til det som læres, slik at han kan utvikle kompetanse til å mestre omstendighetene (Gammersvik, 2018, s. 123). Medvirkning er også et sentralt begrep i empowermentprosessen, hvor vedkommende skal oppnå mest mulig kontroll over handlinger som påvirker egen helse (Tveiten, 2018, s. 239). Pasientens medvirkning vektlegges også i pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-1). Deltakelse i egen behandling er vesentlig, da det er pasienten selv som skal lære, utvikle seg og mestre. Sykepleierens ansvar er å stille seg til rådighet med sin pedagogiske kompetanse, og tilrettelegge for pasientens læring. Det vil være naturlig å ha en dialog med pasienten om hva vedkommende ønsker for fremtiden. Et personlig mål vil være en drivkraft og bidra til at pasienten anstrenger seg i læreprosessen (Kristoffersen, 2016a, s. 367). Studien av Lovell et al. (2010, s. 56) viser at deltakernes gjennomsnittlige smerte ble redusert gjennom bruken av en pedagogisk intervensjon om smertebehandling, deltakerne følte seg også mer involverte i behandlingen. Dermed kan man si at veiledning bidrar til å styrke brukermedvirkning og mestring.

Beck et al. (2010, s. 107) viser at pasienter var misfornøyd grunnet mangel på informasjon, i tillegg ble ikke spørsmål tilstrekkelig besvart. Eide og Eide (2016, s. 182) beskriver at tilstrekkelig informasjon gir trygghet og bidrar til at pasienten kan ha en mer oversiktlig og helhetlig vurdering av en situasjon, noe som vil fremme opplevelsen av kontroll og mestring. Antonovsky (2012, s. 40) beskriver også sammenhengende, strukturert og klar informasjon som et viktig moment for forutsigbarhet og begripelighet. Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-2) påpeker at pasienten har rett til å få den informasjonen som er nødvendig for at de skal få innsikt i egen helsetilstand. Informasjonen skal også gis på en hensynsfull måte, med tilpasning til hver enkelt pasient og deres individuelle forutsetninger (1999, § 3-5). Gibbins et al. (2014, s. 76) påpeker at det var viktig for pasientene å vite hva som forårsaket smertene de opplevde, grunnet frykt for sykdomsprogresjon. Det er sykepleierens ansvar å sørge for at pasient får tilstrekkelig informasjon, men samtidig påpeker de yrkesetiske retningslinjene at sykepleieren skal praktisere innenfor grensene for egen kompetanse, og søke veiledning i utfordrende situasjoner (NSF, 2016).

Behov for kunnskap om analgetika

Pasientenes bekymringer knyttet til bivirkninger og avhengighet av analgetika var et hovedfunn i denne studien. Slike bekymringer kan være grunnet mangel på kunnskap. Sykepleieren må derfor informere om både virkning og mulige bivirkninger av de ulike analgetikaene, slik at pasientenes bekymringer ikke baseres på misoppfatninger og frykt (Nortvedt, 2016, s. 178). Opioider har en sentral plass i behandlingen av kreftsmarter (Danielsen, 2016, s. 399), og ifølge Lorentsen og Grov (2016, s. 413-415) inkluderer fire av de fem trinnene i smertetrappen opioider. Vanlige bivirkninger fra disse preparatene er obstipasjon, kvalme og brekninger, hallusinasjoner, uro og respirasjonsdepresjon. Døsighet ses spesielt ved oppstart av legemiddelbehandlingen, og er som regel forbigående, men om det vedvarer vil det være aktuelt å redusere dosen med forutsetning i pasientens ønske. Danielsen et al. (2016, s. 402-404) hevder at kreftpasienter vil være spesielt utsatt for å oppleve avhengighet, økt legemiddeltoleranse og abstinenser. Det kan nemlig oppstå fysisk avhengighet om opioidet brått seponeres eller tas i reduserte doser, noe som vil vises i abstinenssymptomer. Med kunnskap om bivirkninger og virkning, er det større sjanse for at pasientene bruker legemidlene som anbefalt og vil medføre økt smertelindring. I samsvar viser McPherson et al. (2014, s. 9) at noen pasienter ble tryggere på å bruke analgetika regelmessig, da de fikk mer kunnskap om medikamentene og effektiviteten av dem. I tillegg bør smertebehandlingen individualiseres slik at den har størst mulig effekt og færrest bivirkninger. Ettersom pasienter responderer ulikt på opioider og dosering, er det viktig at sykepleieren observerer pasientens legemiddelrespons (Danielsen et al., 2016, s. 399).

Resultater i denne studien viser at bivirkninger fra analgetika ble knyttet til begrensninger eller brudd i etterlevelsen, og pasienter valgte å holde ut med smertene for å se om de var tolererbare uten medikamenter. Dersom pasienten har tilegnet seg tilstrekkelig kunnskap om analgetika, og gjør en gjennomtenkt beslutning som medfører redusert etterlevelse, står man overfor et moralsk dilemma. Om man ikke respekterer valget ødelegger man respekten for individets integritet (Nortvedt & Nortvedt, 2018, s. 93-94). Dessuten påpeker norsk sykepleierforbund (2016) sine yrkesetiske retningslinjer at sykepleieren skal fremme og respektere pasientens rett til å foreta egne valg. Samtidig kan en pasientsentrert tilnærming være essensielt for å fremme etterlevelse, det innebærer å styrke pasientens egenmestring og at beslutningstaking gjøres i fellesskap (Robinson, Callister, Berry & Dearing, 2008, s. 603). Sykepleiere skal tilrettelegge for et godt beslutningsgrunnlag, og de beste beslutningene baseres på at pasientens verdier og forståelse for det medisinske grunnlaget blir ivaretatt (Dahl, 2016, s. 48). En forutsetning for dette er at de har fått god og objektiv informasjon. Gjennom samtale med pasienten kan helsepersonellet få et inntrykk av om pasienten har forstått informasjonen tilstrekkelig nok til å kunne ta et begrunnet valg (Brinchmann, 2016, s. 90).

5.2.3 Betydningen av en god relasjon

Travelbee (2001, s. 171) påstår at menneske-til-menneske-forholdet er selve verktøyet som gjør det mulig for sykepleieren å hjelpe pasienten med å mestre sykdom og lidelse, og med å oppleve mening i disse erfaringene. En god relasjon er preget av tillit, respekt

og likeverdighet (Tveiten, 2018, s. 251). Derimot viser Beck et al. (2010, s. 107) at pasientene hadde opplevd å ikke bli trodd, at det var mangel på kommunikasjon og fokus på den enkelte. En god relasjon er selve hjørnesteinen i veiledningen, og har mye å si for kvaliteten på utførelsen av den (Kristoffersen, 2016a, s. 384). Tveiten (2018, s. 240, 251) påpeker at kontaktforholdet mellom pasient og sykepleier også har en betydning i empowermentprosessen, for empowerment fremmes i gylne øyeblikk som preges av fellesskap, tillit, trygghet og gode relasjoner. Følgelig bør sykepleier bruke tid på å skape en trygg og anerkjennende relasjon.

Behov for omsorg og tillit

Ifølge Martinsen (2006, s. 137) innebærer omsorg å inngå relasjoner, videre tolker hun omsorg som å vise engasjement og innlevelse. Dette samsvarer med hvordan Eide og Eide (2016, s. 32) beskriver omsorg, som blant annet innebærer det å bry seg. At helsepersonellet brydde seg og var omsorgsfull var viktige faktorer for at pasientene skulle føle seg godt behandlet (Beck et al., 2010, s. 107-108). Dahl (2016, s. 49) påpeker også at omsorg er viktig for kreftpasienter, og innebærer at sykepleieren er følelsesmessig tilstede og ønsker det beste for pasienten. Å bli lyttet til var også en viktig faktor for pasientene i studiene (Beck et al., 2010, s. 107; Rustøen et al., 2009, s. 52). Martinsen (2006, s. 39) påpeker at sykepleieren har en autorisert makt, og det er av den grunn desto viktigere å lytte til hva pasienten har å meddele. Pasienten kjenner sin egen velvære best, og kan dermed gi sykepleieren innsikt i smertene ved å fortelle. Gjennom tilstedeværelse og aktiv lytting kan sykepleieren vise engasjement og tilgjengelighet, som kan gi pasienten følelsen av at noen deler hans smerte (Kristoffersen & Breievne, 2016, s. 204). Studien av Gibbins et al. (2014, s. 76) viser derimot at noen pasienter ikke følte at smertene deres var viktig for helsepersonellet. Dette kan tolkes som at det fantes hinder som medførte at sykepleierne ikke viste omsorg. Et slikt hinder kan være mangel på tid. Beck et al. (2010, s. 107) indikerer nettopp begrenset tid med sykepleiere som en faktor til misnøye. Martinsen (2006, s. 43) trekker frem at hastighet og travelhet er ødeleggende for menneskelig nærvær, noe som kreves i en samtale, hvor vi gir hverandre tid og tar oss tid. I en studie som omhandler pasientsentrert pleie, påpekes det at pasientens oppfattelse av "nok tid" er mer relatert til om de får sine behov møtt, enn den faktiske tiden som blir brukt (Robinson et al., 2008, s. 604).

Martinsen (2006, s. 142-143) fremhever tillit som en viktig faktor i sykepleierens omsorg, hvor pasienten utleverer seg for å bli imøtekommet. Gjensidig tillit vil også være en forutsetning for god smertelindring, der pasienten må stole på sykepleieren, og sykepleieren må ha tillit til pasientens smerteopplevelse (Danielsen et al., 2016, s. 388). I Beck et al. (2010, s. 111) kommer det frem at gjensidig tillit var viktig for å oppnå et godt samarbeid med helsepersonellet, og pasientene i Rustøen et al. (2009, s. 52) forventet troverdighet knyttet til smertelindringen. Om pasienten opplever å bli trodd angående smertene sine, vil han føle større trygghet og tillit til helsepersonellet. Dette kan også medføre at pasienten velger å følge den foreskrevne smertebehandlingen i større grad (Lorentsen & Grov, 2016, s. 410). For utviklingen av tillitsforholdet forutsettes det at pasienten blir tatt på alvor, og opplever at det er en ekte interesse for hans åpenhet fra sykepleierens side (Kristoffersen, 2016b, s. 61). Det vil dermed være viktig at sykepleieren viser interesse for pasientens lidelse, og tar vedkommende på alvor for at pasienten skal føle trygghet og tillit.

Helhetlig pasientforløp

Ifølge Mathisen (2016, s. 413) er samarbeidet mellom profesjoner og nivåer viktig for at pasienten skal ha det så godt som mulig i lindrende behandling. I studien av Webber et al. (2011, s. 2044) ga pasienter uttrykk for at smertene først ble godt kontrollerte etter at de hadde blitt henvist til et palliativt team. Et slikt team kan i samarbeid med pasient, pårørende og eventuelt kommunehelsetjenesten utarbeide en plan for videre behandling og oppfølging (Helse Møre og Romsdal, 2018). Pasienter som trenger langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester har rett til å få en individuell plan (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 2-5). Et eksempel er en palliativ plan, som kan være et godt hjelpemiddel. Den skal sikre planlegging, samhandling og tilrettelegging av tiltak, og dermed bidra til at pasienten opplever mest mulig trygghet og livskvalitet. Målet er at pasienten skal oppleve et meningsfylt liv, at vedkommendes ønsker blir fremhevet, og at utfordringer forutsees (Helse Møre og Romsdal, 2019). Samhandlingsreformen som ble satt i verk i 2012 påpeker at dårlig samhandling kan medføre at pasienten opplever tjenesten som oppstykket og uoversiktlig (HOD, 2009, s. 47). Det ble i senere år innført pakkeforløp for en rekke kreftdiagnoser, der hensikten er å gi pasientene en opplevelse av et helhetlig og forutsigbart behandlingsforløp (HOD, 2017, s. 25). Dette forløpet skal også være individualisert slik at pasientens ønsker og individuelle omstendigheter tas hensyn til (Helsedirektoratet, 2016).

6 Konklusjon

Målet i denne studien var å belyse hvilke smerterelaterte utfordringer pasienter med langtkommen kreft opplever, og hvordan de bedre kan mestre disse. Resultatene viser at smertene forårsaket flere utfordringer for pasientene, som redusert fysisk funksjon i hverdagen og psykiske påkjenninger som blant annet depresjon, hjelpeløshet og håpløshet. Den medikamentelle behandlingen ga også ulike utfordringer, som engstelse for bivirkninger og avhengighet, dette medførte redusert etterlevelse av behandlingen. Mange valgte også å holde ut med smertene for å se om de var tolererbare uten medikamenter. Videre viser funn at det var viktig for pasientene å være selvstendige i smertebehandlingen, og de hadde egne ikke-farmakologiske tiltak som mestringsstrategier. I møtet med helsepersonell hadde de behov for omsorg, tillit og informasjon. De hadde blant annet behov for å få kunnskap om årsaken til smertene og analgetikaen for å oppleve trygghet.

Besvarelsen viser at det er viktig at sykepleieren benytter seg av smertevurderingsskjemaer i den individuelle tilnærmingen. Pasientens opplevelse av selvhjelpenhet vil kunne gi en følelse av autonomi, kontroll og mestring, dermed bør sykepleieren også kartlegge pasientens behov og ressurser, og rette tiltak mot disse. Dersom pasienter blir avhengig av andre kan pårørende være en viktig ressurs for både dem og helsepersonellet. Sykepleieren kan fremme håp hos pasienten ved å være tilgjengelig og lytte, og motivere pasienten til å ta i bruk egne ressurser. Målet med smertebehandlingen vil ikke nødvendigvis være smertefrihet, men heller at pasienten skal ha en følelse av kontroll. Sykepleier kan styrke pasientens opplevelse av håndterbarhet ved å veilede og informere i ikke-farmakologiske tiltak. Veiledning kan bidra til å styrke pasientens mestringskompetanse, der også brukermedvirkning er sentralt. Tilstrekkelig informasjon kan skape trygghet, ved at pasienten får mer oversikt over situasjonen, noe som vil fremme følelsen av kontroll og mestring. Sykepleier må informere om virkning og bivirkninger fra legemidlene for å kunne øke kunnskapen og dermed etterlevelsen, men samtidig også respektere pasientens rett til å ta egne valg. I tillegg vil det være essensielt at sykepleieren skaper en god relasjon til pasienten, preget av omsorg og gjensidig tillit. Palliativ plan kan være et godt hjelpemiddel for å skape forutsigbarhet, økt livskvalitet og trygghet for pasienten.

Gjennom denne litteraturstudien ble det oppdaget mye forskning med pasientperspektivet på kreftsmarter, store deler av forskningen har fokus på hvordan det oppleves å leve med smerter. Det var imidlertid mindre forskning med fokus på hvordan pasienter bedre kunne lindre og mestre disse smertene, og hva de mente var effektivt. Det kunne også vært interessant med mer forskning om hvordan man kan tilpasse veiledning og informasjon til denne pasientgruppen, og betydningen av en individuell tilnærming.

7 Litteraturliste

- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium- den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Beck, S. L., Towsley, G. L., Berry, P. H., Lindau, K., Field, R. B. & Jensen, S. (2010). Core aspects of satisfaction with pain management: Cancer patients' perspectives. *Journal of pain and symptom management*, 39, 100-115.
<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2009.06.009>
- Bertelsen, B., Hornslien, K. & Thoresen, L. (2016). Svulster. I S. Ørn & E. Bach-Gansmo (red.), *Sykdom og behandling* (2.utg, s. 127-149). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Bjørk, I.T. & Solhaug, M. (2008). *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie*. Oslo: Akribe AS.
- Brinchmann, B. S. (2016). De fire prinsippers etikk. I Brinchmann, B. S. (red.), *Etikk i sykepleien* (4. utgave, s. 80-96). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P. A. & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Dahl, A. A. (2016). *Kreftsykdom, psykologiske og sosiale perspektiver*. Oslo: Cappelen Damm.
- Danielsen, A., Berntzen, H. & Almås, H. (2016). Sykepleie ved smerter. I D.-G. Stubberød, R. Grønseth & H. Almås (red.), *Klinisk sykepleie bind 1* (5.utg, s. 382-427). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Erol, O., Unsar, S., Yacan, L., Pelin, M., Kurt, S. & Erdogan, B. (2018). Pain experiences of patients with advanced cancer: A qualitative descriptive study. *European Journal of Oncology Nursing*, 33, 28-34. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejon.2018.01.005>
- Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research: Interpretive data synthesis of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 20 (2), 22-26.
<http://www.ajan.com.au/vol20/vol20.2-4.pdf>
- Felleskatalogen (2016, 08. mars). Kreft. Hentet fra:
<https://www.felleskatalogen.no/medisin/sykdom/kreft>

Finbråten, H. S. (2018). Health literacy i helsefremmende sykepleie. I Å. Gammersvik & T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie- i teori og praksis* (2. utg.- s. 86-110). Bergen: Fagbokforlaget.

Folkehelseinstituttet (2014). Sjekklistor for vurdering av forskningsartikler. Hentet fra <https://www.fhi.no/kk/oppsummert-forskning-for-helsetjenesten/sjekklistor-for-vurdering-av-forskningsartikler/>

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2015). *Att göra systematiska litteraturstudier* (4. utg.). Stockholm: Natur & Kultur.

Gammersvik, Å. (2018). Helsefremmende arbeid i sykepleie. I Å. Gammersvik & T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie- i teori og praksis* (2. utg.- s. 112-134). Bergen: Fagbokforlaget.

Gibbins, J., Bhatia, R., Forbes, K. & Reid, C. M. (2014). What do patients with advanced incurable cancer want from the management of their pain? A qualitative study. *Palliative Medicine*, 28 (1), 71-78. <https://doi.org/10.1177/0269216313486310>

Grov, E. K. (2017). Pårørende. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie, Pasient- Utfordring- Handling* (4.utg.- s. 251-266). Oslo: Cappelen Damm.

Hackett, J., Godfrey, M. & Bennett, M. I. (2016). Patient and caregiver perspectives on managing pain in advanced cancer: A qualitative longitudinal study. *Palliative Medicine*, 30 (8), 711-719. <https://doi.org/10.1177/0269216316628407>

Harris, A. & Ursin, H. (2018). Stress og mestring i et helsefremmende perspektiv. I Å. Gammersvik & T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie- i teori og praksis* (2. utg.- s. 221-236). Bergen: Fagbokforlaget.

Helsedirektoratet (2016, 14. oktober). Pakkeforløp på kreftområdet. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/generell-informasjon-for-alle-pakkeforlovene-for-kreft/pakkeforlop-pa-kreftområdet>

Helse Møre og Romsdal (2018, 19. juli). Palliativ behandling ved Ålesund sjukehus. Hentet fra <https://helse-mr.no/behandlinger/palliativ-behandling?sted=alesund-sjukehus#palliativt-team-/-palliativ-eining>

Helse Møre og Romsdal (2019, 19. mars). Palliativ plan. Hentet fra <https://helse-mr.no/fag-og-forsking/samhandling/palliativ-plan>

- Helse- og omsorgsdepartementet (2009). *Samhandlingsreformen*. (Meld. St. 47 (2008-2009)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste- nærhet og helhet* (Meld. St. 26 (2014-2015)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2017). *Kvalitet og pasientsikkerhet* (Meld. St. 11 (2018-2019)). Hentet fra https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20182019/id2622527/sec2?q=pakkeforl%C3%B8p#match_2
- Kongsgaard, U. E. (2017). Smertes og smertebehandling. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie, Pasient- Utfordring- Handling* (4.utg- s. 181-194). Oslo: Cappelen Damm.
- Kreftforeningen (u.å.). Lindrende/palliativ behandling. Hentet fra <https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftbehandling/lindrende-behandling/>
- Kreftregisteret (2019, 11.mars). Fakta om kreft. Hentet fra <https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Fakta-om-kreft/>
- Kristoffersen, N. J. & Breievne, G. (2016). Lidelse, mening og håp. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (red.), *Grunnleggende sykepleie bind 3* (3.utg., s. 169-185). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Kristoffersen, N. J. (2016a). Å styrke pasientens ressurser. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (red.), *Grunnleggende sykepleie bind 3* (3. utg., s. 350-406). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Kristoffersen, N. J. (2016b). Sykepleiefagets teoretiske utvikling- en historisk reise. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (red.), *Grunnleggende sykepleie bind 3* (3.utg., s. 15-80). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Langeland, E. (2018). Salutogenese som forståelsesramme i sykepleie. I Å. Gammersvik & T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie - i teori og praksis* (2.utg- s. 157-178). Bergen: Vigmstad & Bjørke.

- Lorentsen, V. B. & Grov, E. K. (2016). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I D.-G. Stubberød, R. Grønseth & H. Almås (red.), *Klinisk sykepleie bind 2* (5. utg., s. 397-436). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Lovell, M. R., Forder, P. M., Stockler, M.R., Butow, P., Briganti, E. M., Chye, R., Goldstein, D. & Boyle, F. M. (2010). A randomized controlled trial of a standardized educational intervention for patients with cancer pain. *Journal of pain and symptom management*, 40, 49-59. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2009.12.013>
- Manzano, A., Ziegler, L. & Benett, M. (2013). Exploring interference from analgesia in patients with cancer pain: a longitudinal qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 1877-1888. <https://doi.org/10.1111/jocn.12447>
- Martinsen, K. (2006). *Samtalen, skjønnets og evidensen*. Oslo: Akribes AS.
- Mathisen, J. (2016). Sykepleie ved livets avslutning. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (red.), *Grunnleggende sykepleie bind 3* (3.utg., s. 407-449). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- McPherson, C. J., Hadjistavropoulos, T., Devereaux, A. & Lobchuk, M. M. (2014). A qualitative investigation of the roles and perspectives of older patients with advanced cancer and their family caregivers in managing pain in the home. *BMC Palliative Care*, 13, 1-14. <https://doi.org/10.1186/1472-684X-13-39>
- McPherson, C. J., Hadjistavropoulos, T., Lobchuk, M. M. & Kilgour, K. N. (2013). Cancer-related pain in older adults receiving palliative care: Patient and family caregiver perspectives on the experience of pain. *Pain Research & Management*, 18, 293-300. <https://doi.org/dx.doi.org/15227>
- National Cancer Institute (u.å.). NCI Dictionary of Cancer terms. Hentet fra <https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/def/advanced-cancer>
- Norsk senter for forskningsdata (2018). Register over vitenskapelige publiseringskanaler. Hentet fra <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>
- Norsk sykepleierforbund (2016). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>

- Nortvedt, F. (2016). Smerte- en personlig og sammensatt erfaring. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (red.), *Grunnleggende sykepleie bind 3* (3.utg., s. 169-185). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Nortvedt, P. & Nortvedt, F. (2018). *Smerte- fenomen og etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter. (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Reitan, A. M. (2017). Psykologisk krise og mestringsmuligheter. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie, pasient- utfordring- handling* (4. utg.- s. 82-100). Oslo: Cappelen Damm.
- Robinson, J. H., Callister, L. C., Berry, J. A. & Dearing, K. A. (2008). Patient-centered care and adherence: Definitions and applications to improve outcomes. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 20, 600-607. <https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2008.00360.x>
- Rustøen, T., Gaardsrud, T., Leegaard, M. & Wahl, A. K. (2009). Nursing Pain Management- A Qualitative Interview Study of Patients with Pain, Hospitalized for Cancer Treatment. *Pain Management Nursing*, 10, 48-55. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2008.09.003>
- Sæteren, B. (2017). Omsorg for alvorlig syke og døende- sorg og sorgarbeid. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie, pasient- utfordring - handling* (4. utg.- s. 224-250). Oslo: Cappelen Damm.
- Søk & Skriv (u.å.). IMRoD-modellen. Hentet fra <http://sokogskriv.no/category/skriving/oppgavens-struktur/imrad-modellen/>
- Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Tveiten, S. (2018). Empowerment og veiledning. I Å. Gammersvik & T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie- i teori og praksis* (s. 237-258). Bergen: Fagbokforlaget.
- Vadstrup, E. S. & Sjøgren, P. (2013). Cancersmertetilstande – epidemiologi, ætiologi og behandling. I T. S. Jensen, J. B. Dahl & L. Arendt-Nielsen (Red.), *Smerter- baggrund, evidens og behandling* (s. 315-331). København: FADL` s Forlag.

Webber, K., Davies, A. N. & Cowie, M. R. (2010). Breakthrough pain: a qualitative study involving patients with advanced cancer. *Supportive Care in Cancer*, 19, 2041-2046. <https://doi.org/10.1007/s00520-010-1062-z>

8 Vedlegg

Vedlegg 1: PIO-skjema

P Patients/Populations /problem	I Interventions/actions	O Outcome
Pasienter Langtkommen kreft Smerter	Smertehåndtering/Smertelindring	Opplevelser
Patients Advanced cancer Pain	Pain management/Pain relief	Experiences

Vedlegg 2: Søkehistorikk

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte artikler
SØK 1	08.11.2018	CINAHL Complete				
S1: Nurses role			23,578	0	0	
S2: pain management or pain relief or pain control or pain reduction			53,764	0	0	
S3: Cancer			333,426	0	0	
S4: S1 AND S2 AND S3			6	4	2	0
SØK 2	16.11.2018	CINAHL Complete				
S1: pain relief or pain management or pain control or pain reduction			53,996	0	0	
S2: "cancer adult patients"			1,323	0	0	
S3: MH "Nurses by Role+" OR (MH "Nursing Role") OR "nursing roles and responsibilities			30,418	0	0	
S4: S1 AND S2 AND S3			2	2	0	0
SØK 3	16.11.2018	SveMed+				
S1: Kreftpasienter			40	0	0	
S2: Smertelindring			297	0	0	
S3: Sykepleier			2095	0	0	
S4: S1 AND S2 AND S3			1	1	1	0
SØK 4	16.11.2018	SveMed+				
S1: Kreft			5772			
S2: Pasienter			3695			

S3: Smertelindring			297			
S4: S1 AND S2 AND S3			2	2	0	0
SØK 5	21.11.2018	CINAHL Complete				
S1: Cancer pain management or pain relief or pain control or pain reduction			38,859	0	0	
S2: Palliative			42,441	0	0	
S3: S1 AND S2			406	13	3	0
SØK 6	21.11.2018	CINAHL Complete				
S1: advanced cancer			18,586			
S2: Patient			1,632,716			
S3: Home care			46,654			
S4: Pain management or pain relief or pain control or pain reduction			54,128			
S4: S1 AND S2 AND S3 AND S4			14	4	4	0
SØK 7	22.11.2018	ProQuest				
S1: Advanced cancer			298,568	0	0	
S2: Pain management			263,527	0	0	
S3: Patient			4,673,777	0	0	
S4: S1 AND S2 AND S3			1,356	10	3	2
SØK 8	22.11.2018	Medline				
S1: Neoplasms/ or advanced cancer. mp.			3,108,862	0	0	
S2: Patient			58,525	0	0	
S3: Pain management			29117	0	0	
S4: S1 AND S2 AND S3			50	5	1	0
SØK 9	27.11.2018	CINAHL Complete				

S1: advanced cancer			18,554	0	0	
S2: pain management or pain relief or pain control or pain reduction			54,141	0	0	
S3: Patients' experiences or perceptions or opinions or attitudes or views or perspectives			532,452	0	0	
S4: S1 AND S2 AND S3			47	20	16	6
SØK 10	27.11.2018	Proquest				
S1: Pain relief			85,181	0	0	
S2: Advanced cancer			371,120	0	0	
S3: Patients experiences			843,001	0	0	
S4: S1 AND S2 AND S3			251	3	1	0
SØK 11	20.03.2019	Manuelt søk				
I referanselisten i studien av Erol et al. (2018)				2	2	2
SØK 12	02.04.2019	CINAHL Complete				
S1: Advanced cancer			19,269	0	0	
S2: Mastery			2,923	0	0	
S3: Pain			260,470	0	0	
S4: Patients' experiences or perceptions or opinions or attitudes or views or perspectives			184,765	0	0	
S5: S1 AND S2 AND S3 AND S4			0			0
SØK 13	02.04.2019	CINAHL Complete				

S1: Advanced cancer			19, 438			
S2: Coping strategies or coping skills or coping or cope			55, 329			
S3: Patients' experiences or perceptions or opinions or attitudes or views or perspectives			555, 800			
S4: Pain			262, 264			
S5: S1 AND S2 AND S3 AND S4			13	1	1	0

Vedlegg 3: Litteraturmatriser

Matrise 1					
Referanse	Studiens hensikt/mål	Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans
<p>Erol, O., Unsar, S., Yacan, L., Pelin, M., Kurt, S. & Erdogan, B. (2018). Pain experiences of patients with advanced cancer: A qualitative descriptive study. <i>European Journal of Oncology Nursing, 33</i>, 28-34. http://dx.doi.org/10.1016/j.ejon.2018.01.005</p>	<p>Å utforske smerteopplevelsen hos pasienter med langtkommen kreft, hvordan de mestrer smerten og deres oppfatningen av sykepleierens smertehåndtering.</p>	<p>Pain experience, pain management ,daily life, nursing, patient with advanced cancer, adult.</p>	<p><i>Utvalg:</i> Kvalitativ beskrivende studie. Deltakere: 16 pasienter med langtkommen kreft som var innlagt på onkologisk avdeling på sykehus.</p> <p><i>Datasamling:</i> Data ble samlet med gjennom halvstrukturerte intervju. Tre forskere tok opp intervjuene på lydopptak. Pasientene ble oppfordret til å prate fritt og fortelle med egne ord.</p> <p><i>Analyse av data:</i> Data ble analysert med bruk av Colazzi's fenomenologiske metode. Tre av forfatterne hørte på lydopptakene tre ganger. Data ble deretter kodet. Alle temaer og undertemaer ble diskutert blant forskerne i tilfelle det var uenigheter.</p>	<p>Flertallet av pasientene beskrev smerten som ubehagelig og forstyrrende med negative fysiske og emosjonelle konsekvenser.</p> <p>De fleste fortalte sykepleierne om smerten med en gang, mens noen ventet til smerten ble intens. Smerten forstyrret dagliglivet og de sosiale relasjonene, og forårsaket depresjon og sosial isolasjon. Smertene som ikke ble lindret førte også til angst, hjelpeløshet og håpløshet. Pasientene brukte ikke-farmakologiske metoder for å lette på smerten: endre stilling, ta et varmt bad, gå, se på tv, håndverk og bønn. Halvparten av pasientene var ikke fornøyd med sykepleiernes pleie ved smertelindring. De mente at de ikke kunne utføre systematisk og forsvarlige smertevurderinger og tok ikke i bruk effektive strategier for smertehåndtering.</p>	<p>Studien er relevant fordi den tar for seg pasientens opplevelse av smerte, og hvordan den påvirker dagliglivet. Den trekker også frem ulike metoder pasientene benytter seg av for å håndtere smerten. Pasientens perspektiv på sykepleiernes tilnærminger til smerte belyses også.</p>

Matrise 2					
Referanse	Studiens hensikt/mål	Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans
<p>Rustøen, T., Gaardsrud, T., Leegaard, M. & Wabl, A. K. (2009). Nursing Pain Management-A Qualitative Interview Study of Patients with Pain, Hospitalized for Cancer Treatment. <i>Pain Management Nursing</i>, 10, 48-55.</p> <p>https://doi.org/10.1016/j.pmn.2008.09.003</p>	<p>Studiens hensikt er å utforske kreftpasienters opplevelse av hvordan sykepleiere håndterer smertelindring, mens de er innlagt på sykehus.</p>	<p>Nurse, pain management, patients' experiences, cancer patients</p>	<p><i>Utvalg:</i> Kvalitativ beskrivende studie. 18 pasienter med langtkommen kreft som opplevde smerter deltok. De holdt til på flere avdelinger på et sykehus i Norge.</p> <p><i>Datasamling:</i> Data ble samlet gjennom halvstrukturerte dybdeintervju gjennomført av en sykepleier. Intervjuene varte fra 30 til 90 minutter.</p> <p><i>Analyse av data:</i> Datamaterialet ble analysert ved å bruke Malterud's sin versjon for tekst kondensasjon. Hver transkripsjon ble først lest, setningene fra transkripsjonene ble strukturert til temaer, deretter ble temaene sammenlignet. Forskerne leste og analyserte materialet, ble enige om prosessen med tekst kondensasjonen og de endelige temaene.</p>	<p>Pasientene beskrev blant annet smertene som skytende, brennende, bankende og trykkende. Faktorer som lettet smerten var blant annet distraksjon, omsorgsfulle omgivelser og tiltak for egenomsorg. Faktorer som økte smerten var relatert til å gå eller sitte over lengre perioder. Pasientene forventet at sykepleierne hadde tid til å lytte aktivt, at de brydde seg og viste empati. De ønsket at de var tilgjengelige og tok dem på alvor. Pasientene forventet også at sykepleierne ga informasjon og delte sin kunnskap, uten at de måtte spørre om det. De opplevde redusert usikkerhet og angst når sykepleiere gjorde dette. Det var forventet at sykepleierne var dyktige i administreringen av medisinen, og hadde kunnskap om den beste måten å redusere smerte på. De forventet at sykepleierne hadde evnen til å se smerten gjennom tegn, uten at pasienten selv måtte si noe. De forventet også at de tok ansvar for å lindre smertene.</p>	<p>Studien er relevant fordi den peker på hva som er viktig for pasientene i forhold til smertelindringen og pleien gitt av sykepleiere. Den beskriver også ulike strategier for å håndtere smerter, som avledning og tiltak for egenomsorg.</p>

Matrise 3					
Referanse	Studiens hensikt/mål	Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans
<p>Gibbins, J., Bhatia, R., Forbes, K. & Reid, C.M. (2014). What do patients with advanced incurable cancer want from the management of their pain? A qualitative study. <i>Palliative Medicine</i>, 28 (1), 71-78. https://doi.org/10.1177/0269216313486310</p>	<p>Denne studien har som hensikt å utforske pasienter med langtkommen kreft sin beskrivelse av kontroll over smerter, og hvordan/om de forteller dette til helsepersonell et som behandler smerten deres.</p>	<p>Pain, cancer, palliativ e care, pain management.</p>	<p><i>Utvalg:</i> Kvalitativ studie. 12 pasienter med langtkommen kreft som hadde opplevd smerter deltok. Pasientene befant seg på et sykehus, hospice eller hjemme.</p> <p><i>Datasamling:</i> Data ble samlet ved bruk av halvstrukturerte ansikt-til-ansikt intervju av en forsker. En emneguide ble brukt for å avdekke pasientenes erfaringer med smerte, deres kontroll over smerter og hva de håpet å oppnå gjennom å få kontroll over smertene.</p> <p><i>Analyse av data:</i> Det ble tatt lydopptak av intervjuene. Data ble analysert ved å bruke en teknikk med konstant sammenligning. Transkripsjonene ble kodet og sammenlignet. Kodene fra de nye intervjuene ble sammenlignet med de fra tidligere transkripsjoner. Det ble gjort koblinger mellom kodene for å identifisere kategorier, og deretter koblinger mellom kategoriene for å identifisere temaer.</p>	<p>Pasientene prøvde å fortsette med sine dagligdagse aktiviteter helt til smertene påvirket disse, dette førte til at de oppsøkte hjelp for å redusere smertene. De ønsket å «leve normalt» og ha muligheten til å utføre hverdagslige oppgaver.</p> <p>Deltakerne beskrev at det å ha evnen til å utføre oppgaver var viktig i forhold til å avgjøre om smerten var "kontrollert" eller ikke. De syntes at det var utfordrende å bruke nummererte smerteskalaer og beskrev ikke smertekontroll som det å være smertefri eller å ha smerter som skåret på et visst nivå.</p> <p>Deltakerne nevnte også at bivirkninger fra medikamentene førte til at de ble motvillige til å ta de. Pasientene uttrykte at de ønsket å bli fri for smerter, men at de egentlig ikke forventet at smertene skulle forsvinne fullstendig. De ønsket derfor ha et grep om smertene.</p> <p>Mange ønsket å vite årsaken til smertene de opplevde, i frykt for sykdomsprogresjon.</p> <p>Pasientene anerkjente at de var motvillige til å snakke om smerte, og at dette kunne skyldes at de sjeldent ble spurt om dette, og følte at det ikke var viktig for helsepersonellet.</p>	<p>Studien er relevant fordi den tar for seg hvordan smerten påvirker pasientenes hverdag, og hvilken rolle helsepersonellet har i smertelindringen. Den forteller også noe hvilke forventninger pasientene har til smertelindringen.</p>

Matrise 4					
Referanse	Studiens hensikt/mål	Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans
<p>McPherson, C.J., Hadjistavropoulos, T., Lobchuk, M.M. & Kilgour, K. N. (2013). Cancer-related pain in older adults receiving palliative care: Patient and family caregiver perspectives on the experience of pain. <i>Pain Research & Management, 18</i>, 293-300. https://doi.org/10.1186/1527-2424-18-293</p>	<p>Studiens hensikt er å utforske og beskrive eldre voksne med langtkommen kreft og deres pårørende sine oppfatninger og opplevelser av kreft smerter.</p>	<p>Aging, Cancer, Caregiver, Pain, Palliative, Relationship.</p>	<p><i>Utvalg:</i> Kvalitativ beskrivende tilnærming. 18 pasienter og 15 pårørende deltok. Pasientene var over 65 år og hadde fått diagnosen langtkommen kreft (stadium III eller IV).</p> <p><i>Datasamling:</i> Pasienter og pårørende ble intervjuet separat, og intervjuene ble tatt lydopptak av. De benyttet halvstrukturerte intervju med åpne spørsmål, slik at deltakerne kunne drøfte erfaringene sine.</p> <p><i>Analyse av data:</i> Transkripsjonene av intervjuene ble lagt inn i et kvalitativt analyseprogram for å organisere de. Lydopptakene ble sammenlignet med den transkriberte dataen. Hver transkripsjon ble lest gjentakende ganger for å få en dypere forståelse for innholdet.</p>	<p>Pasientene brukte uttrykk som "pinefull" og "uutholdelig" når de beskrev intensiteten av smertene. For de fleste var slik intens smerte sjelden og kortvarig, fordi de tok grep om situasjonen. Flertallet ga uttrykk for at de daglig levde med smerter. Smertene var for mange en konstant påminnelse på kreften.</p> <p>Reaksjoner på smerte kunne være verbal uttrykning som roping, å be om hjelp og stønning. Eller nonverbalt uttrykt ved å holde eller massere det smertefulle området og skjære grimaser. Også pårørende prøvde å bidra i smertelindringen. Det opplevdes slitsomt og plagsomt å leve med smerter. Flertallet snakket om tap av funksjon og avhengighet av andre grunnet smertene. De fleste pasientene prøvde å vedlikeholde en normalitet, og tolererte en viss grad av smerte. Mange hadde følt seg hjelpeløse på et tidspunkt, da de opplevde ukontrollerbare smerter.</p> <p>Økende grad av smerter knyttet til kreften opplevdes ofte som en indikasjon på at det var progresjon i sykdommen.</p>	<p>Denne studien er relevant fordi den forteller om pasientenes opplevelse av kreft smerter, og hvilke utfordringen smertene medfører for pasientene.</p>

Matrise 5					
Referanse	Studiens hensikt/mål	Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans
<p>Manzano, A., Ziegler, L. & Benett, M. (2013). Exploring interference from analgesia in patients with cancer pain: a longitudinal qualitative study. <i>Journal of Clinical Nursing</i>, 23, 1877-1888. https://doi.org/10.1111/jocn.12447</p>	<p>Å få større forståelse for innvirkningen bivirkninger fra analgetika har hos pasienter med kreftsmarter. I tillegg til hvordan smerter og håndteringen av den over tid, oppleves av pasienter og deres pårørende.</p>	<p>Adherence, analgesic, cancer, interference, pain.</p>	<p><i>Utvalg:</i> En kvalitativ studie. 11 pasienter med langtkommen kreft, som hadde smerter og bodde hjemme deltok.</p> <p><i>Datasamling:</i> Ansikt-til-ansikt intervju med pasientene og deres pårørende. Intervjuene ble utført med seks-ukers intervaller. Det ble gjort 25 intervju tilsammen. Ti av disse var med både pasient og en pårørende.</p> <p><i>Analyse av data:</i> Datasamlingen ble transkribert ordrett og ble deretter organisert. Første, andre og tredje intervju hos hver pasient ble sammenlignet for å se etter forandringer og kontinuitet. Kategorier på tvers av all data ble utviklet gjennom en fokusert litteraturstudie, og jevnlig møter for å diskutere funn.</p>	<p>Måten analgetika påvirket pasientens liv på var grunnleggende for hvorvidt pasienten benyttet seg av den foreskrevne behandlingen. Bivirkningene døsigheit og hallusinasjoner ble knyttet til brudd i behandlingen, fordi det forstyrret deres vanlige funksjonsnivå. Bivirkninger som påvikert den kognitive funksjonen viste seg å ha negativ innvirkning på etterlevelsen av behandlingen, mer enn de gastrointestinale bivirkningene gjorde, som viste seg å ikke ha noen sammenheng med dette.</p> <p>Selv om pasientene fulgte den anbefalte behandlingen ble ikke alltid smertelindring oppnådd, selv når pasientene var på trinn 3 (opioider) av medikamentell behandling og fikk hjelp av fagfolk med spesialistkompetanse innen smerte.</p> <p>Det påpekes at mangelen på kunnskap vedrørende smertehåndtering hos pasienter og pårørende, kombinert med det emosjonelle aspektet ved gjennombruddssmerte, kan øke risikoen for overdosering.</p>	<p>Studien er relevant fordi den gir innblikk i hvordan pasienter opplever smertelindringen og bivirkningene. Den forteller også om hvilke faktorer som påvirker etterlevelsen av den smertestillende behandlingen.</p>

Matrise 6					
Referanse	Studiens hensikt/mål	Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans
<p>Beck, S. L., Towsley, G. L., Berry, P. H., Lindau, K., Field, R. B. & Jensen, S. (2010). Core aspects of satisfaction with pain management: Cancer patients' perspectives. <i>Journal of pain and symptom management</i>, 39, 100-115. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2009.06.009</p>	<p>1. Å beskrive pasientens forventninger til opplevelsen av kreftsmarter.</p> <p>2. Å utforske den kognitive prosessen og meningen som ligger bak vurderingene pasientene gjør vedrørende om de er tilfredsstilt eller ikke med smertehåndtering.</p> <p>3. Å utforske avviket mellom høy rangert tilfredshet med smertehåndtering og høy smerteintensitet.</p>	<p>Cancer pain prevention and control, patient satisfaction evaluation, neoplasms, qualitative research, quality</p>	<p><i>Utvalg:</i> Utforskende kvalitative studie. De inkluderte 18 pasienter med langtkommen kreft, og 15 postoperative kreftpasienter.</p> <p><i>Datasamling:</i> Både kvantitativ og kvalitativ metode ble brukt. Først benyttet de strukturert spørreskjema for å måle smerteintensiteten og tilfredshet. Etterfulgt av et ansikt-til-ansikt intervju som var delvis strukturert.</p> <p><i>Analyse av data:</i> Kvantitative elementer ble oppsummert beskrivende. Kvalitativ analyse ble gjort etter den klassiske prosedyren av Miles og Huberman. Alle intervju ble systematisk kodet av forskningsgruppen.</p>	<p>Studien viser at 15 % av pasientene ikke var fornøyd med smertehåndteringen gjort av helsepersonellet. Faktorer som førte til dette var blant annet mangel på kommunikasjon og fokus på den enkelte, lite tid og at pasientene ikke ble trodd på angående smertene. Viktige faktorer for at pasientene var fornøyde var at de ble passet på, fikk individualisert pleie, og ble møtt av kunnskapsrike helsepersonell. Pasientene ønsket å ha kontroll over smertehåndteringen, når det var mulig. De var bekymret for avhengighet og ubehagelige bivirkninger. Samarbeid mellom helsepersonell og pasient var viktig for å utvikle en effektiv plan for smertehåndteringen.</p>	<p>Studien er relevant fordi den tar for seg hva som er viktig for pasientene i forbindelse med smertehåndtering og pleie. Den gir innblikk i hva som førte til at de pasientene ble fornøyde eller var misfornøyde. Den viser blant annet at omsorg, tillit og individualisert pleie er viktig.</p>

Matrise 7					
Referanse	Studiens hensikt/mål	Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans
<p>Lovell, M. R., Forder, P. M., Stockler, M. R., Butow, P., Brigansti, E. M., Chye, R., Goldstein, D. & Boyle, F. M. (2010). A randomized controlled trial of a standardized educational intervention for patients with cancer pain. <i>Journal of pain and symptom mangement, 40</i>, 49-59. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2009.12.013</p>	<p>Hensikten med studien er å fastslå om en undervisende intervensjon bestående av video og/eller brosjyre (laget for pasienter med langtkommen kreft), kan forbedre kunnskapen og holdningene til smertehåndtering, smertenivå, angst, livskvalitet og bruken av analgetika.</p>	<p>Patient education, randomized controlled trial, cancer pain</p>	<p><i>Utvalg:</i> En randomisert kontrollert studie. 185 polikliniske pasienter med langtkommen kreft deltok. De ble delt inn i fire grupper:</p> <p>1) Kun standard pleie, 2) standard pleie og en brosjyre, 3) standard pleie og en video, 4) standard pleie sammen med en video og en brosjyre.</p> <p><i>Datasamling:</i> Måling av utfall ble utført med BQ-spørreskjema, BPI smerteskjema, PMI-smertehåndtering indeks, en skala for livskvalitet og en skala for angst og depresjon (HADS). Pasientene skrev en smertedagbok der de noterte gjennomsnittlig smerte daglig i fire uker. Målingene ble samlet etter to og fire uker.</p> <p><i>Analyse av data:</i> All analyse ble utført med SAS programmet.</p>	<p>Studien viser at intervensjonen bestående av video og brosjyre var mest effektiv, sammenlignet med de andre gruppene. Den reduserte gjennomsnittssmerten og de verste smertene mest. Redselen for å bli avhengig av analgetika ble også redusert. Deltakerne fortalte at de følte også at de følte at de tok mer del i sin egen smertehåndtering. Smerteresultatet ble også redusert, samtidig som det ble et lavere forbruk av opioider.</p>	<p>Studien er relevant fordi den tar for seg hvordan de ulike selvadministrerende pedagogiske intervensjonene påvirket pasientenes holdninger til smerter og smertelindring. Den viser blant annet at pasientene følte seg mer involvert i egen smertehåndtering.</p>

Matrise 8					
Referanse	Studiens hensikt/mål	Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans
Hackett, J., Godfrey, M. & Bennett, M.I. (2016). Patient and caregiver perspectives on managing pain in advanced cancer: A qualitative longitudinal study. <i>Palliative Medicine</i> , 30 (8), 711-719. https://doi.org/10.1177/0269216316628407	Å utforske pasienter og pårørendes erfaringer med smerter ved langtkommen kreft, og hvordan de håndterer smertene.	Palliative care, advanced cancer, analgesia, pain, qualitative research.	<p><i>Utvalg:</i> Hjemmeboende pasienter med langtkommen kreft og smerter, som var eldre enn 25 år deltok. 24 pasienter og 18 pårørende ble rekruttert, men flere falt fra underveis (pga. endring i helsetilstand og dødsfall)</p> <p><i>Datasamling:</i> Dybdeintervju ble utført ansikt-til-ansikt, og ble gjort to ganger med seks ukers mellomrom, for å fange opp forandringer. Intervjuene var en kombinasjon av pasient og pårørende intervjuet sammen, og individuelt. Intervjuene var veiledende samtaler som skulle lokke frem deltakernes erfaringer i deres egne ord og tempo.</p> <p><i>Analyse av data:</i> Intervjuene og lydopptakene ble transkribert.</p> <p>De anvendte en databasert teoriutvikling i den analytiske tilnærmingen. Deler av dataen, kodene og kategoriene som var under utvikling ble sammenlignet.</p>	Kraftige, vedvarende smerter hadde en negativ innvirkning på humør. Økende eller forandret smerte ble oppfattet som en indikasjon på sykdomsprogresjon. Realiteten var at nye smerteutbrudd med nye lokalisasjoner eller økt alvorlighetsgrad ofte var et tegn på metastasering. Flere typer analgetika var grunnlaget i smertehåndtering for pasientene med kompliserte, vedvarende og alvorlige smerter, men smertene ble ikke tilstrekkelig kontrollert. Spørsmål om hvorvidt det var verdt å ta smertestillende ble derfor stilt. Pasientene beskrev en følelse av hjelpeløshet og svekket følelse av kontroll da de ikke hadde evnen til å lindre smertene. Å ikke være i stand til å gjøre normale aktiviteter påvirket velværen. Humøret ble negativt påvirket fordi de ikke kunne gjøre ting som de likte. De brukte ikke-farmakologiske metoder som f.eks. massasje. Bivirkninger som døsighet og sløvhet fra hurtigvirkende morfinpreparat, førte til begrenset eller stopp i bruken av den.	Denne studien er relevant fordi den beskriver hvordan pasientene opplever smerte, og hvorvidt smertelindringen har effekt. Den tar også for seg smerterelaterte utfordringer. Blant annet hvordan pasienter oppfattet endringer i smertemønsteret

Matrise 9					
Referanse	Studiens hensikt/mål	Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans
<p>Webber, K., Davies, A. N. & Cowie, M. R. (2010). Breakthrough pain: a qualitative study involving patients with advanced cancer. <i>Supportive Care in Cancer</i>, 19, 2041-2046. https://doi.org/10.1007/s00520-010-1062-z</p>	<p>Å utforske de individuelle opplevelsene av å leve med gjennombruddssmerter ved kreft, gjennom bruk av en kvalitativ metode.</p>	<p>Breakthrough cancer pain, palliative care, pain assessment, adherence, cancer, pain management</p>	<p><i>Utvalg:</i> inklusjonskriteriene var: > 18 år, diagnostisert med kreft og har gjennombruddssmerter. 10 pasienter deltok, med alder fra 32 –76 år. Alle hadde kreft med spredning.</p> <p><i>Datainnsamling:</i> Dybdeintervju ble utført på private rom på et sykehus. De startet intervjuet med åpne spørsmål og spisset de mer inn etter hvert. De tok lydopptak av hvert intervju. Disse ble transkribert ordrett og ble gjennomgått grundig før det neste intervjuet. De fortsatte til de fikk tilstrekkelig data, og det ikke kom frem nye temaer under intervjuene.</p> <p><i>Analyse av data:</i> Transkripsjonene ble lest gjentatte ganger for å få en forståelse av innholdet i intervjuene. De benyttet en metode for innholdsanalyse for å organisere data. Den første kodingen av testenheter ble utført i margene av transkripsjonene; Disse kodene ble samlet i kategorier, og deretter til tema.</p>	<p>Gjennombruddssmerter hadde stor innvirkning på deltakernes hverdagslige aktiviteter. Smertene ble assosiert med en oppfatning om at de ikke hadde kontroll over kroppen sin. Mange deltakere hadde endret livsstilen sin for å forbedre frekvensen og/eller graden av smerte. Bruken av smerteskalaer var utfordrende. Deltakerne understreket at det var viktig å få en tydelig forståelse på hva som forårsaket gjennombruddssmertene av helsepersonellet. Smertene var en påminnelse på tilstedeværelsen av kreften.</p> <p>Alle pasientene brukte opioider som smertestillende. Mange var bekymret for bivirkninger og avhengighet. Bekymringene ble ofte redusert gjennom å akseptere at denne typen medisin gjerne var nødvendig for å håndtere gjennombruddssmerten, og for å opprettholde livskvaliteten.</p>	<p>Denne studien er relevant fordi den handler om pasienter med langtkommen kreft og hvordan gjennombruddssmertene påvirker deres liv. Den viser også hvilke utfordringer pasienter har med med analgetika.</p>

Matrise 10					
Referanse	Studiens hensikt/mål	Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans
<p>McPherson, C.J., Hadjistavropoulos, T., Devereaux, A. & Lobchuk, M. (2014). A qualitative investigation of the roles and perspectives of older patients with advanced cancer and their family caregivers in managing pain in the home. <i>BMC Palliative Care</i>, 13, 1-14. https://doi.org/10.1186/1472-684X-13-39</p>	<p>Studiens hensikt er å utforske og beskrive pasienter og deres pårørende sine perspektiv og roller i smertehåndtering i hjemmet.</p>	<p>Cancer, pain, palliative care, family caregivers, aging.</p>	<p><i>Utvalg:</i> Pasientene ble rekruttert gjennom en organisasjon som koordinerer hjemmetjenester. Inklusjonskriteriene var at pasientene måtte være diagnostisert med langtkommen kreft (grad III eller IV), 65 år eller eldre, hadde kreftsmarter, mottok palliativ pleie i hjemmet. 18 pasienter og 15 pårørende deltok.</p> <p><i>Datainnsamling:</i> Semistrukturert intervju. Pårørende og pasienter ble intervjuet hver for seg.</p> <p><i>Analyse av data:</i> Alle intervjuene ble tatt lydopptak av og ble transkriberte. Et kvalitativt analyseprogram ble anvendt for å organisere dataen. Intervjuene ble lest flere ganger for å få en forståelse av innholdet. Manifestet ble kodet, og tematisert analyse ble utført for å få en dypere forståelse av intervjuene.</p>	<p>Pasientene beskrev smertene som "brennende", "stikkende" og "skarp". De ga også uttrykk for å smerte ulike områder på kroppen, som gjorde det vanskelig å forklare hvor smerten oppsto opprinnelig. De benyttet seg av ulike strategier for å lindre smertene: å ligge, sove, endre stilling, distraksjon og å ta smertestillende medikamenter. Å leve med smerter påvirket i en viss grad alle aspekter av pasientens liv.</p> <p>Flertallet av pasientene trodde at smertene var uunngåelige og aksepterte derfor en viss grad av smerte. Følgelig ble målet med smertelindringen å redusere smertene til et tolererbart nivå.</p> <p>Noen ble tryggere på å bruke analgetika da de fikk mer forståelse for effekten medikamentene. Pasientene hadde et ønske om å opprettholde selvstendighet i smertelindringen. Pasientene bekymret seg for avhengighet/ toleranse og bivirkninger. De fleste ville vente og se om smertene var tolererbare uten medikamenter</p>	<p>Denne studien er relevant da den tar for seg viktige moment om hvordan pasienter forholder seg til smerte og ulike strategier de benytter for å lindre smertene. Den tar også for seg utfordringer smertene medfører.</p>

Vedlegg 4: Sjekkliste for kvalitativ forskning

Artikkel: Gibbins, J., Bhatia, R., Forbes, K. & Reid, C.M. (2014). What do patients with advanced incurable cancer want from the management of their pain? A qualitative study.

	JA	UKLART	NEI
1. Er formålet med studien klart formulert?	X Formålet er å utforske pasienter med langtkommen kreft sin beskrivelse av kontroll over smerter, og hvordan/om de kommuniserer dette til helsepersonellet som behandler smerten deres.		
2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?	X Ja, fordi det belyser pasienter sine oppfatninger og erfaringer.		
3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?	X Utvalg, datainnsamling og analyse av data kommer tydelig frem i metodekapittelet.		
4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?	X -De gjør rede for hvilke pasienter som ble utvalgt og hvorfor. -Det er gjort rede for hvorfor noen ikke valgte å delta. -Det er en oversikt over kjønn, alder, og type kreftsykdom på deltakerne.		
5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?	X -Ja, da dette kan få frem personlige og beskrivende aspekter. -De utførte semi-strukturerte ansikt-til-ansikt intervju. En emneveileder ble benyttet for å avdekke pasientenes erfaringer. -Det ble tatt lydopptak av intervjuene, som deretter ble transkribert og anonymisert.		
6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?	X -Dette kommer frem i diskusjonskapittelet.		
7. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?	X -Dette kommer tydelig frem i metodekapittelet: -De benyttet seg av prinsippene i grounded theory. -Bruk av en teknikk med konstant sammenligning. Transkripsjonene ble kodet og sammenlignet. Kodene fra de nye intervjuene ble sammenlignet med de fra tidligere transkripsjoner. Det ble gjort koblinger mellom kodene for å identifisere kategorier, og deretter koblinger mellom kategoriene for å identifisere temaer.		
8. Er etiske forhold vurdert?	X Studien ble forelagt National Research ethics Service (NRES).		

<p>9. Kommer det klart fram hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?</p>	<p>X Hovedfunnene innebærer hvordan pasientene definerer kontrollert og ukontrollert smerte. Den tar også for seg hvordan smerten påvirker deltakernes hverdag, og hvilken rolle helsepersonell har i smertelindringen.</p>		
---	--	--	--

<p>10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?</p>	<p>-Resultatene gir en beskrivelse av hvordan pasienter håndterer smerte, hvordan den påvirker hverdagen deres, og hvilken rolle helsepersonell har i smertelindringen.</p> <p>-Den kan knyttes opp imot problemstillingen i oppgaven.</p>
--	--

