

Janita Johansen
Nina Andrea Blakstad

Når smerter styrer hverdagen

Antall ord: 8755

Bacheloroppgave i SY300215
Veileder: Ingunn Klauset Hunstad
Mai 2019

Janita Johansen
Nina Andrea Blakstad

Når smerter styrer hverdagen

Antall ord: 8755

Bacheloroppgave i SY300215
Veileder: Ingunn Klauset Hunstad
Mai 2019

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

Sammendrag

Hensikt: Hensikten med denne studien var å belyse via et pasientperspektiv hvilke erfaringer pasienter med kronisk smerte har, og hvordan de mestrer dagliglivet.

Metode: Metoden vi har brukt er en systematisk litteraturstudie der åtte vitenskapelige artikler har blitt kategorisert under hovedtemaene: Mangel på forståelse og veiledning, og smertenenes påvirkning på dagliglivet.

Resultat: Analysen av artiklene viste at pasienter med kronisk smerte erfarer å ikke bli trodd av helsepersonell for sine smerter. De savner helsepersonell som støtter, tror på dem og ikke dømmes dem. Helsepersonell har manglende kunnskap om kroniske smerter, noe som fører til at pasientene ikke får den helsehjelpen de har behov for. Videre viste artiklene hvilke erfaringer de har, og hvordan de mestrer dagliglivet. Søvnløse netter og uforutsigbare smerter er noe som kjennetegner dagene. Dette gjør at planlegging blir utfordrende, og mange føler seg ensom og isolert. De mestrer dette best når de aksepterer situasjonen og tilpasser livet rundt smerten.

Konklusjon: Sykepleier må bygge en relasjon basert på tillit til pasienten, og på denne måten skape et samarbeid som kan styrke pasientens muligheter for mestring i hverdagen.

Abstract

Purpose: The purpose of this study was to illuminate through a patients perspective, the experiences from people living with chronic pain and how they cope in everyday life.

Method: The method used in this study is a systematic review where eight scientific articles has been categorized under the main themes: Lack of understanding and guidance, and the influence of pain in everyday life.

Results: The analysis of the articles showed that patients with chronic pain experience are not being believed by health professionals for their pain. They miss health professionals who support, believe in and do not judge them.

Health professionals have a lack of knowledge of chronic pain, which means that patients do not get the health care they need. Furthermore, the articles showed their experiences and how they cope in everyday life. Sleepless nights and unpredictable pain affect the days, wich makes planning challenging, and a lot of them feels lonely and isolated. They cope better when they accept the situation and adjust the life around the pain.

Conclusion: Nurses must build a relation to the patient based on trust, and in this way make an understanding who can strengthen the patients possibilities for managing everyday life.

Hjelpekunst – av Søren Kierkegaard

Om hjelpekunsten

Hvis det i sannhet skal lykkes
å føre et menneske hen til et bestemt sted,
må man først og fremst passe på å finne ham der
hvor han er,
og begynne der.

Dette er hemmeligheten i all hjelpekunst.
Enhver der ikke kan det,
er selv i innbilning,
når han mener å kunne hjelpe andre.

For i sannhet å kunne hjelpe en annen,
må jeg forstå mer enn han,
men dog vel først og fremst forstå
det, han forstår.

Når jeg ikke gjør det,
så hjelper min mer-forståelse han slett ikke.

Vil jeg likevel gjøre min mer-forståelse gjeldende,
så er det fordi
jeg er forfengelig eller stolt,
så jeg i grunnen
i stede for å gagne han,
egentlig vil beundres av han.

Men all sann hjelpekunst
begynner med en ydmykelse.
Hjelperen må først ydmyke seg under den han vil
hjelpe
og derved forstå,

at det å hjelpe
ikke er å beherske, men det å tjene –

at det å hjelpe ikke er å være den herskesykeste,
men den tålmodigste –

at det å hjelpe
er villighet til inntil videre
å finne seg i å ha urett og ikke å forstå,
det den andre forstår.

(Katrine Legg Hauger, 2017)

Innhold

1	Innledning	10
1.1	Bakgrunn for valg av tema	10
1.2	Oppgavens hensikt	10
1.3	Problemstilling	10
1.4	Begrepsavklaring	10
1.5	Avgrensning av oppgaven	11
1.6	Oppgavens oppbygging	11
2	Teorigrunnlag	12
2.1	Kroniske smerter	12
2.2	Mestring	13
2.3	Relevante teorier	14
2.3.1	Benner og Wrubel – Omsorgsteori	14
2.3.2	Joyce Travelbee- Interaksjonsteori	14
3	Metode	16
3.1	Metodebeskrivelse	16
3.2	Datainnsamling	16
3.2.1	Søkestrategi	16
3.2.2	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	17
3.2.3	Kvalitetsvurdering	17
3.2.4	Etisk vurdering	17
3.3	Analyse	18
4	Resultat	19
4.1	Mangel på forståelse og behov for veiledning	19
4.2	Smertenes påvirkning på dagliglivet	20
5	Diskusjon	22
5.1	Metodediskusjon	22
5.2	Resultatdiskusjon	23
5.2.1	Mangel på forståelse og behov for veiledning	23
5.2.2	Smertenes påvirkning på dagliglivet	25
6	Konklusjon	29
	Referanser	30

Vedlegg 1 Fremdriftsplan

Vedlegg 2 Sjekkliste for vurdering av kvalitativ forskning

Vedlegg 3 Søkehistorikk

Vedlegg 4 Litteraturlister (8 stk.)

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I Norge blir omtrent 1/3 av befolkningen diagnostisert med kroniske smerter. Dette er den høyeste forekomsten i Europa (Breivik, 2006, referert i Folkehelseinstituttet, 2018a). Dette er også den vanligste årsaken til at pasienter blir uføretrygdet (Slørdal og Rygnestad, 2013, s. 349). Ifølge Ljoså og Rustøen (2007, s. 60) har smerte og smertebehandling vært et oversett helsefaglig område, men fokuset på smerte har vært økende både i media og i helsesektoren. Likevel mangler helsepersonell kunnskaper om smerte. Pasienter med kroniske smerter møter man overalt i helsevesenet - i sykehus, i sykehjem, i psykiatriske avdelinger og i de hjemmebaserte tjenestene. Sykepleieren har en viktig rolle i kartlegging og evaluering av pasienten, samt å sette i gang tiltak for å bedre dagliglivet til pasientene (Danielsen mfl., 2016, s. 414).

Vi valgte dette temaet fordi vi har møtt personer med kroniske smerter både privat og i praksisperiodene gjennom studiet. I hjemmesykepleien gjorde pasienter med langvarige smerter inntrykk på oss, da det kunne oppleves som utfordrende å utøve sykepleie til disse pasientene. Derfor ønsker vi å tilegne oss mer kunnskap om kroniske smerter, hvilke erfaringer pasientene har og hvordan de mestrer dagliglivet. Gjennom å velge pasientperspektivet og i hovedsak kvalitative studier, søker vi å få et innblikk i pasientens virkelighet og dermed få et bedre grunnlag til å utøve god sykepleie.

1.2 Oppgavens hensikt

Med bakgrunn i valg av tema, ønsker vi gjennom denne litteraturstudien å belyse via et pasientperspektiv hvilke erfaringer pasienter med kronisk smerte har, og hvordan de mestrer dagliglivet. Ved å øke vår forståelse for denne pasientgruppen kan vi jobbe kunnskapsbasert i praksis. Ifølge Forsberg & Wengström (2015, s. 21-22) er kvalitativ forskning basert på pasientens kunnskap om seg selv og sin livssituasjon, en viktig veiviser for sykepleierens utøvelse av faget.

1.3 Problemstilling

«Hvilke erfaringer har pasienter med kronisk smerte og hvordan mestrer de dagliglivet?»

1.4 Begrepsavklaring

Her definerer vi begrepene som er brukt i problemstillingen.

Kronisk smerte

Begrepet langvarig smerte blir av og til brukt istedenfor kronisk smerte for at det ikke skal gi assosiasjoner til smerter som aldri går over (Danielsen mfl., 2016, s. 415). Ljoså og Rustøen (2007, s. 61) skriver at i en norsk studie utført av Statistisk sentralbyrå blir kronisk smerte definert som smerte over tre måneders varighet. I en annen europeisk

studie defineres det som smerter i minst seks måneder med en smerteintensitet på over 4 på en skala fra 0-10 (Rosenquist 2015a, Stubhaug og Ljoså, 2008, referert i Danielsen mfl., 2016, s. 414; Macintosh og Elson, 2008; Rosenquist 2015a, referert i Danielsen mfl., 2016, s. 414).

Mestring

«Mestring kan defineres som en persons kognitive, følelsesmessige og atferdsmessige anstrengelser for å håndtere stress eller en utfordrende situasjon» (Lazarus og Folkman 1984, Fjerstad, 2010, referert i Fjørtoft, 2016, s. 52).

1.5 Avgrensing av oppgaven

Vi har valgt på å fokusere på kroniske ikke maligne smerter generelt, hos voksne over 18 år. Vi har derfor valgt å ekskludere artikler som har inneholdt spesifikke lidelser i tittelen. Dette fordi vi ønsker å belyse det generelle med kroniske smerter, der smertene ikke er definert som et resultat av en spesiell lidelse, men at smerteopplevelsen er hovedproblemet i dagliglivet.

1.6 Oppgavens oppbygging

Med bakgrunn i temavalg og problemstilling vil vi videre presentere relevant teori. Under metodebeskrivelsen går vi gjennom hvordan vi har utført det systematiske litteratursøket i tillegg til analyse av materialet. Etter det blir funnene presentert under hovedtemaer. Til slutt drøftes funnene i lys av relevant teori før oppgaven ender med en konklusjon.

2 Teorigrunnlag

I dette kapitlet omtales teori om de ulike temaene i oppgaven. Vi går nærmere inn på temaene kronisk smerte, mestring og relevante teorier.

2.1 Kroniske smerter

Kroniske smerter kan ha klare årsaker som skyldes forskjellige langvarige sykdomstilstander, for eksempel smerter fra muskel- og skjelettsystemet, eller være et uløst «mysterium» der pasientene har diffuse lidelser uten klare årsaker. Dette gjør at diagnosen gjerne blir satt på bakgrunn av smertebeskrivelsen (Danielsen mfl., 2016, s. 415). Macintosh og Elson (2008) og Rosenquist (2015a referert i Danielsen mfl., 2016, s. 415) skriver at det ikke er smertenens varighet alene som skiller kroniske smerter fra akutte. Ved kroniske smerte skjer det forandringer i immun-, nerve- og hormonsystemet som er kroppens grunnleggende biologiske mekanismer. Det er mye som tyder på at immunsystemet og hormonelle stressmekanismer virker sammen ved blant annet frigjøring av cytokiner og kortisol, noe som kan være med på å opprettholde de kroniske smertene.

Ifølge Slørdal og Rygnestad (2013, s. 349) er det ofte misforhold mellom objektive kliniske funn og pasientens symptomer ved kroniske smerter. Danielsen mfl. (2016, s. 383) forklarer at smerter er en subjektiv opplevelse som kan være vanskelig å definere. En bestemt smertestimulus kan gi ulik opplevelse hos forskjellige personer, og graden av smerte kan være situasjonsbetinget. Bare den som kjenner smerten vet hvordan det føles og hvor intens den er. Smerte er en følge av faktisk eller potensiell vevsødeleggelse og er en ubehagelig, sensorisk og emosjonell opplevelse. Smertefenomenet er sammensatt og det er ikke alltid opplevelsen av smerte er direkte relatert til de medisinske årsakene. Kulturelle og psykososiale faktorer har også betydning. Selv om smertebehandlingen har blitt betydelig bedre de siste 20-30 årene, er behandlingen av kroniske smerter særlig dårlig ivaretatt. Det viser seg at det er en sterk sammenheng mellom dårlig behandling av akutte smerter og utvikling av kroniske smerter. Forskning viser at sykepleiere mangler grunnleggende kunnskap og ferdigheter for å kartlegge pasientens smerter og for å administrere smertebehandling (Danielsen mfl., 2016, s. 381-383).

Det skiller mellom ulike typer smerte. Noiceptisk smerte oppstår når smertefibre er irriterte på grunn av skade i vevet. Smerten kan nøyaktig lokaliseres til skadestedet og lar seg godt påvirke av smertestillende medikamenter. Nevropatisk smerte kan skyldes en skade på en nerve, og det oppleves ofte som smerten er på et annet sted enn der smerten befinner seg. På denne type smerte har ikke smertestillende like god effekt, men kan brukes eventuelt sammen med medikamenter som reduserer nervens evne til å lede smerteimpulser. Idiopatisk smerte vet en egentlig ikke hva skyldes da den ikke kan forklares av vevsskade eller skade i nervesystemet. Psykogen smerte skyldes utelukkende av psykologiske forhold (Fjerstad, 2010, s. 86-87).

2.2 Mestring

Her vil vi forklare nærmere viktige begreper som har blitt brukt i forhold til mestring, for å gi et mer helhetlig bilde av oppgaven.

Mestring:

Mestring blir sett på som alt en person gjør for å håndtere en aktuell situasjon, samtidig som det er personens opplevelse av å kunne påvirke egen situasjon (Fjørtoft, 2016, s. 52). Reitan (2010, s. 74) skriver at i dagligtale blir mestring brukt synonymt med uttrykk som å greie seg, å få til noe eller å klare seg. Hele livet blir sett på som mestring i den forstand at vi tilpasser oss, utvikler oss og lærer nye ferdigheter. Dette er generelle sider ved mestring, i motsetning til de spesielle som oppstår når mennesker opplever så belastende situasjoner at de får problemer med å mestre dem. Mestring handler om hvordan man møter slike situasjoner. For å håndtere et problem som det ikke finnes en løsning på, trenger man mestringsstrategier.

Mestringsstrategier:

Det en gjør for å takle krav eller utfordringer er mestringsstrategier. Mestringsstrategier har som formål å hjelpe vedkommende til å bevare sitt selvbilde, finne mening og opprettholde følelse av kontroll. Det å ha kontroll er grunnleggende ved all mestring. Dette innebærer kontroll over tanker, følelser og reaksjoner. Gjennom tilgang på informasjon får en også en form for kontroll og situasjonen oppleves som forutsigbar. Dersom livet skal ha mening, må vi finne verdiene som er viktig for oss og arbeide for å oppnå dem. Dette kalles meningsorientert mestring og kan deles inn i tre ulike verdier; skapende verdier, opplevelsesverdier og innstillingsverdier. Skapende verdier er å kunne handle gjennom aktiviteter og arbeid. Opplevelsesverdier innebærer å nyte og oppleve mening gjennom natur, kunst og kjærlighet. Og til slutt innstillingsverdier, som omhandler holdninger og innstillinger, det å kunne se muligheter gjennom begrensninger og motgang. Forsvarsmekanismer er også vanlige mestringsstrategier. Dette er ubevisste psykiske reaksjonsmåter som innebærer å redusere opplevelsen av og bevisstheten om trussel. Dette er forsvarsmekanismer hvor personen fornekker, isolerer og undertrykker egne følelser. Mestringsstrategier er individuelle og preget av personens livserfaring (Reitan, 2010, s. 79-81).

Lazarus og Folkman – Mestringsteori

Lazarus og Folkman definerer mestring som: «Kontinuerlig skiftende kognitive og atferdsmessige anstrengelser for å klare spesifikke indre og/eller ytre krav som vurderes som krevende, eller som overstiger personens ressurser og truer velværet» (Lazarus og Folkman, 1984, referert i Reitan, 2010, s. 78). De skiller mellom problemfokuset og emosjonsfokuset mestring. Problemfokuset mestring dreier seg om ulike strategier for å løse et problem, eller for å takle en vanskelig situasjon. Når man bruker problemfokusede strategier prøver man å gjøre noe med selve problemet. Emosjonsfokuset mestring omfatter på sin side strategier som å endre opplevelsen, eller de følelsesmessige reaksjonene knyttet til situasjonen. Strategiene går ut på å endre ubehaget i situasjonen ved å redusere intensiteten i følelsene, eller ved å prøve å gjøre noe med selve problemet. På denne måten tilstreber personen å få kontroll over seg selv, følelsene og situasjonen (Reitan, 2010, s. 80).

Flytopplevelser:

Når vi er helt oppslukt av en aktivitet kommer vi i en flyttilstand. En er fri for bekymringer og glemmer tid og sted. Denne tilstanden kommer vi i når det er balanse mellom det vi skal utføre og ferdighetene vi har. En har en visshet om å lykkes, og er fullstendig konsentrert og tilstede i øyeblikket. Dette gir en indre motivasjon og aktiviteten blir et mål og belønning i seg selv. Slike flytopplevelser gir positive følelser som akkumuleres, og blir dermed en kilde til flere positive følelser. Dette er et element innenfor positiv psykologi (Fjerstad, 2010, s. 71).

Psykososiale forhold:

Fjerstad (2010, s. 96) skriver at påkjenninger og belastninger en opplever i livet (stress, bekymringer, økonomi og konflikter) kan bidra til at smerte blir et kronisk problem. Det er viktig at helsepersonell ser dette samspillet av opprettholdende faktorer. På denne måten blir det lettere å vurdere hvor man skal sette i gang tiltak i første omgang. Stress kan være en psykososial faktor som bidrar til å opprettholde smerte. Samtidig er kroniske smerter en type stress som i seg selv kan være med å forsterke smertene. Dette gjør at smertene på en måte opprettholder seg selv.

Empowerment:

Tveiten (2016, s. 175) skriver at empowerment blir definert av verdens helseorganisasjon som en prosess der personer oppnår større kontroll over beslutninger og handlinger som berører helse. Det handler altså om å ha eller ta mest mulig kontroll over det som påvirker egen helse.

2.3 Relevante teorier

2.3.1 Benner og Wrubel – Omsorgsteori

I denne omsorgsteorien handler sykepleien om å hjelpe mennesket til å mestre tap, lidelse og sykdom, basert på hva som er viktig for den enkelte og hvilken mening den enkelte tillegger sin situasjon. Pasienten er i en situasjon der han opplever stress i forbindelse med helsesvikt, tap eller sykdom. Han kan ikke lenger fungere fritt og ubesværet, det som er viktig for han i livet er truet. Sykepleier kan med utgangspunkt i hva pasienten tillegger mening og synes er særlig viktig for han, hjelpe mennesket til å mestre situasjonen på en måte som ivaretar det pasienten anser verdifullt og viktig (Kristoffersen, 2011, s. 215).

2.3.2 Joyce Travelbee- Interaksjonsteori

I Travelbee sitt syn på sykepleie beskrives det som en mellommenneskelig prosess der sykepleieren gir pasienten hjelp til å mestre, forebygge eller finne mening ved sykdom og lidelse. Det mellommenneskelige aspektet omhandler pasientens egen opplevelse av å være syk og er i fokus. Pasienten opplever et problem eller er i en krise, og situasjonen kjennetegnes av lidelse og manglende mening. Lidelse er en erfaring som varierer i intensitet, varighet og dybde og kan beskrives som forbigående ubehag, sterk angst, alvorlig fortvilelse og apatisk likegyldighet. For å hjelpe pasientene kan sykepleier etablere et likeverdig menneske-til-menneske-forhold og bruke seg selv terapeutisk i

samhandling med pasienten. Slik kan sykepleieren etterstrebe å gi personen hjelp til å akseptere sin egen sårbarhet som menneske og bevare sitt håp (Kristoffersen, 2011, s. 214).

3 Metode

3.1 Metodebeskrivelse

Metoden vi har brukt for å finne relevant teori i denne oppgaven er en systematisk litteraturstudie. Mulrow og Oxman (1997, referert i Forsberg og Wengström, 2015, s. 27) definerer dette som en studie som tar utgangspunkt i et tydelig formulert spørsmål, som besvares systematisk gjennom å identifisere, velge, vurdere og analysere relevant forskning. En forutsetning for at man skal kunne gjøre systematiske litteraturstudier er at man finner tilstrekkelig med studier av god kvalitet som kan utgjøre grunnlag for studien (Forsberg og Wengström, 2013, s. 16). I en litteraturstudie søker man systematisk i forskningslitteratur, vurderer kritisk og skaffer et overblikk over litteraturen innen et valgt emne eller problemområde. Det beste er å få med all relevant forskning i en litteraturstudie, men det er ikke alltid mulig av økonomiske og praktiske årsaker (Forsberg og Wengström, 2013, s. 26-30). Innenfor våre rammer, anså vi det som hensiktsmessig å velge åtte artikler. Vi har inkludert syv kvalitative og en kvantitativ studie. Ifølge Forsberg og Wengström (2013, s. 53-57) er kvalitativ forskning et resultat basert på pasientens erfaringer, holdninger og synspunkt. Kvantitativ forskning søker derimot å klassifisere gjennom å se sammenhenger, forutsi og forklare målbare data gjennom et nøytralt og objektivt syn. På bakgrunn av dette har vi derfor en hovedvekt av kvalitative studier i oppgaven. Den kvantitative studien er med for å støtte opp funnene mer generelt.

Videre i metodebeskrivelsen vil vi gå nærmere inn på hvordan vi har gjennomført vår litteraturstudie, datainnsamling og analyse.

3.2 Datainnsamling

3.2.1 Søkestrategi

Når man har bestemt seg for problemstilling, formulerer man søkeord som er grunnleggende for litteratursøkingen. Litteratursøkingen kan gjøres manuelt eller gjennom søking i ulike databaser (Forsberg og Wengström, 2013, s.74). Vi har søkt i de ulike databasene: CINAHL complete, SveMed+, PubMed (Medline) og Scopus med søkeordene "Chronic pain" AND "coping". Senere la vi til ordene AND "patients" AND "experience" og brukte et utvalg av disse kombinasjonene. Vi brukte avgrensninger i forhold til publiseringsår mellom 2008-2018, fagfellevurdert, forskningsartikler, artikler fra Europa, USA, Canada, New Zealand og Australia, og at pasientgruppen var voksne over 18 år. Vi brukte et utvalg av disse avgrensningene når vi søkte, avhengig av søkefunksjonene i de ulike databasene. Vi valgte ut artikler med titler vi syntes virket relevante. Vi leste sammendragene på de mest aktuelle titlene, for å se om de kunne være aktuelle for vår oppgave. Videre skrev vi ut de artiklene som var relevante, leste dem mer grundig og vurderte dem ut fra våre inklusjons- og eksklusjonskriterier.

3.2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjons- og eksklusjonskriteriene vi har brukt i vår litteraturstudie er at artiklene må være fra de siste ti årene. Vi gjorde et prøvesøk hvor vi bare inkluderte artikler fra de siste fem årene, men opplevde da at artiklene var spisset mot spesielle diagnoser. Siden vi har valgt å fokusere på kroniske smerter generelt, valgte vi å utvide søke til de siste 10 årene, da dette ga flere treff. Respondentene i studiene måtte være over 18 år, vært i kontakt med helsevesenet og blitt diagnostisert med kroniske smerter som har vart minst 3 måneder. Vi avgrenset søket vårt til land som har kulturelle likheter og et velferdssystem som kan være sammenlignbart med Norge. Artiklene måtte være original- eller "review"-artikler med enten kvalitativt- eller kvantitativt design. De skulle ha IMRaD-struktur, som betyr at de inneholder introduksjon, metode, resultat, og diskusjon. De måtte være fagfellevurdert, som betyr at de blir vurdert og godkjent av eksperter på samme fagområde før de blir publisert. Artiklene skulle være relevant for vår oppgave og ha et pasientperspektiv.

3.2.3 Kvalitetsvurdering

For å sikre kvaliteten på artiklene har vi brukt sjekklister fra Folkehelseinstituttet (2018b) og i fra boken til Forsberg og Wengström (2013, s. 194-210) i forhold til kvalitativ og kvantitativ forskning. I sjekklistene gikk vi gjennom hva som var formålet med studiene, litteraturutvalg, resultat og vurdering. Sjekklistene har ulik oppbygging og underpunkt i forhold til hvilke artikler som skal kontrolleres. Alle artiklene er funnet i vitenskapelige databaser. I register over vitenskapelige publiseringskanaler (Norsk senter for forskningsdata, 2018) har de holdt nivå en. Den eldste artikkelen vi har valgt å ta med fra 2010, og innenfor tiårs kriteriet og fortsatt relevant.

3.2.4 Etisk vurdering

Ifølge Forsberg og Wengström (2015, s. 132) er god etikk et viktig aspekt i all vitenskapelig forskning. Interessen for å innhente ny kunnskap skal alltid veies opp mot kravet om å beskytte individene som deltar i studien. Vi har valgt artikler der resultat har stått i forhold til problemstilling, og resultert i forskning som har gitt helsepersonell en økt forståelse for denne pasientgruppen. Det er et krav at det tas etiske vurderinger ved alle vitenskapelige studier. Videre skriver Forsberg og Wengström (2015, s. 59) at når man jobber med systematiske litteraturstudier, er det viktig at man velger ut studier som har blitt godkjent av en etisk komité. Christoffersen mfl., (2015, s. 43) skriver at all helsefaglig forskning må gjøres etisk forsvarlig. Dette er regulert gjennom Helsinkideklarasjonen, som inneholder veiledende regler for helsepersonell som arbeider med studier som omfatter mennesker. Formålet med deklarasjonen er å beskytte pasienter mot farer som følge av forskningen og har krav om informert og frivillig samtykke.

I Norge er det Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) som har ansvar for spørsmål om etisk forsvarlighet i forskningen. Det er tre typer hensyn som en forsker må tenke igjennom, dette kommer frem i tre retningslinjer: informantens rett til selvbestemmelse og autonomi, forskerens plikt til å respektere informantens privatliv og forskerens ansvar for å unngå skade. Behovet for ny kunnskap vil ikke kunne forsvare unødig ubehag eller risiko for deltakerne. Dette innebærer at det forskningsetiske ansvaret ligger hos forskeren, og forskeren har et selvstendig ansvar for å avslutte uetisk

forskning. Alle artiklene vi har inkludert i vår litteraturstudie har blitt godkjent av en etisk komité og retningslinjer for informert og frivillig samtykke har blitt fulgt. Deltakerne har også hatt mulighet til å trekke seg underveis i studiene.

3.3 Analyse

Når man utfører vitenskapelig analysearbeid deler man opp de undersøkte funnene i mindre deler, og undersøker dem videre hver for seg, før man setter dem sammen igjen på en ny måte. Vi har valgt å gjøre en innholdsanalyse med utgangspunkt i metoden som er beskrevet av Forsberg og Wengström (2015, s. 152-153). Vi vil nå beskrive de ulike stegene i en innholdsanalyse.

Steg 1: Lese gjennom artiklene flere ganger for å bli kjent med materialet.

Vi startet med å lese godt igjennom artiklene og skrev litteraturmatriser. I vår litteraturmatrise presenteres artikkelen i en tabell der vi har inkludert: referanse, studiens hensikt/mål, nøkkelbegrep, metode, resultat/konklusjon og relevans for vår oppgave. På denne måten ble vi godt kjent med artiklene.

Steg 2: Finne frem til hva artikkelen handler om, og gi utsagnene koder.

Vi markerte funnene i hver artikkel som var relevant for vår studie. Videre tok vi for oss en og en artikkel som vi nummererte fra 1 – 8. Vi skrev ned funnene på Post-it-lapper og nummererte dem etter artiklene.

Steg 3: Føre kodene inn i ulike kategorier.

Vi lette etter likheter og forskjeller i funnene fra artiklene, for så å sortere dem i kategorier. Kategoriene ble da følgende: søvn, planlegging, ensomhet og isolasjon, bekymring, veiledningsbehov, mangel på tillit, mestringsstrategier og medikamentell behandling.

Steg 4: Sammenfatte kategoriene til temaer.

Med ønske om å finne ut både erfaringene de gjør seg og hvordan de mestrer hverdagen sammenfattet vi kategoriene under hovedtemaene "smerters påvirkning på dagliglivet" og "mangel på forståelse og behov for veiledning".

Steg 5: Tolke og diskutere resultatet.

Vi vil videre tolke og diskutere de sentrale funnene under hvert tema i de neste kapitlene.

4 Resultat

Vår problemstilling er «Hvilke erfaringer har pasienter med kronisk smerte og hvordan mestrer de dagliglivet?» I dette kapittelet vil vi presentere funnene i vårt artikkelutvalg i to hovedkategorier.

4.1 Mangel på forståelse og behov for veiledning

Et viktig funn er at informantene følte de ikke blir trodd for sine fysiske smerter. Siden smerten ikke var synlig for andre eller hadde en klar årsak, stilte helsepersonell spørsmål til smertene og trodde ikke på dem. Dette gjorde at informantene følte seg alene om smerteerfaringene og smertenes følger (Budge mfl., 2012, Lönnstedt mfl., 2011, Nilsen og Anderssen, 2013 og Koskinen mfl., 2016).

The best thing would have been to break off your foot or arm, then they would see you were ill. But that's not the case when there's something inside that's not working. So you believe that they're thinking, that bloke is just walking around doing nothing, there's nothing wrong with him, for sure (Nilsen og Anderssen, 2013, s.127).

Det kommer frem at informantene savnet helsepersonell som støttet, trodde på dem og ikke dømte dem. De følte at de ble stemplet som hypokondere, noe som resulterte i nedbrutt verdighet og en følelse av skam. Informantene mente at det å ikke bli trodd økte intensiteten av smertene og lidelsene, dermed følte mange at møtet med helsevesenet ble en ekstra byrde. De følte seg ensomme og sårbare, og mistet tilliten til dem som ikke viste forståelse og empati av helsepersonell. Noen oppga at de ikke fortalte om manglende konsentrasjon og hukommelse som følge av smertene, fordi de var redd for å bli sett på som ustabile og mentalt syke. De fikk heller ikke forventet hjelp til å komme seg videre i livet, verken av helse- eller velferdspersonell. Flere hadde derfor innsett at det var lite hjelp å få. Samtidig var de konstant på jakt etter noe som kunne hjelpe mot smertene. Det var lett å miste motivasjonen når de ikke visste hvor de skulle henvende seg for å få veiledning og hjelp, til behandling og aktiviteter. Dette gjorde at egne mestringsstrategier ble erfart. Det kommer også frem at informantene hadde behov for tillit, veiledning og råd fra helsepersonell. De ønsket også kontinuitet i behandlingen og faste kontaktpersoner å forholde seg til (Koskinen mfl., 2016., Lönnstedt mfl., 2011, Nilsen og Anderssen, 2013).

Some caregivers lack understanding and ability to communicate, which in turn increase the intensity of the human being's pain (Koskinen, mfl., 2016, s. 778).

Det kommer frem at mangel på forståelse og veiledning fra helsepersonell førte til undermedisinering. Selv om smertestillende hjelp, hadde de dårlige erfaringer og fryktet bivirkningene medikamentene kunne gi. Derfor unngikk de å ta legemidler som foreskrevet. Noen oppga at de kun brukte smertestillende når smertene ble uutholdelige og at de bevisst unngikk situasjoner som økte lidelsene. Samtidig mente noen at det ikke var vits i å kontakte helsevesenet for smertene sine, da de bare fikk resept på noe som

ikke fungerte (Lönnestedt mfl., 2011 og Budge mfl., 2012). For å mestre situasjonen hadde informantene ulike mestringsstrategier som hjalp de å lindre smerten en liten stund, før den tiltok igjen. Det kommer frem at det å bruke sosiale støttegrupper online, ble erfart både som bra og dårlig. De opplevde å få en følelse av kontroll ved å søke etter, og dobbeltsjekke informasjon, anbefalinger og diagnose fra lege med andre i lignende situasjon. Denne bruken av internett økte kunnskapen til pasientene (Persson mfl. 2011 og Rolbiecki mfl. 2017).

If you take heavy medication it makes you sleepy and you feel like a zombie walking around. I think I`d rather have the pain (Budge mfl., 2012, s. 308).

Informantene følte på bekymring og redsel for fremtiden. De bekymret seg for muligheten til å ikke kunne arbeide og at dette kunne føre til en økonomisk trussel. Følelsen av skuffelse og maktesløshet var fremtredende hos flere. Informantene ga uttrykk for skyldfølelse, aggresjon og at de var irritert på situasjonen (Lönnestedt mfl., 2011 og Nilsen og Anderssen 2013).

Alle artiklene (Lönnestedt mfl., 2011, Miller-Matero mfl., 2017, Persson mfl., 2011, Budge mfl., 2012, Skjutar og Müllersdorf, 2010, Nilsen og Anderssen, 2013, Koskinen mfl., 2016 og Rolbiecki mfl., 2017) sa noe om mestringsstrategier informantene erfarte. For å mestre situasjonen hjalp det for mange med fokusflytting. Det kommer frem at informantene ga uttrykk for at positive tanker og det å fokusere på andre ting enn smertene hjalp. Noen valgte også å fokusere på hva de har oppnådd i livet, mens for andre kunne det å sitte ved datamaskinen gjøre at de avledes fra smertene. Andre mener at aktiviteter utendørs hjalp fysisk og mentalt, fordi de kunne "gå av seg" smerten og samtidig verdsette naturen. Enkelte aktiviteter kunne gjøre smerten mer håndterlig, som å være sammen med venner, dyr, eller å drive med hobbyer. De prøvde å finne mening i smerteopplevelsen og da hjalp det for mange å få støtte fra familie og venner. Det å akseptere smertene var også vesentlig for å mestre dagliglivet.

4.2 Smertenens påvirkning på dagliglivet

Et viktig funn er at det kommer frem at informantene hadde søvnmangel, slet med tretthet og mangel på energi. Dette gjorde at planlegging av energiøkonomisering sto sentralt for å kunne mestre dagliglivet (Lönnestedt mfl., 2011, Persson mfl., 2011, Budge mfl., 2012, Skjutar og Müllersdorf, 2010 og Nilsen og Anderssen, 2014). Flere av informantene rapporterte at de måtte roe ned på grunn av smerter, dette gjorde at de måtte fordele aktiviteter og oppgaver på forskjellige dager i uken. De trengte ikke unngå å gjøre ting, bare gjøre litt mindre enn før. De måtte tilpasse hva de kunne gjøre ut ifra hva kroppen sa, være tålmodige og ta et steg av gangen. Det kommer også frem at de hadde lært å sette mer pris på de små tingene i livet. På denne måten så de gradvis endring og fikk håp.

The nights are so long when I can't sleep properly, and that means I am very tired when I get up, which in turn is strenuous for my body (Lönnestedt mfl., 2011, s. 472).

I flere av studiene kommer det frem at respondentene erfarte problemer med å kunne planlegge aktiviteter i dagliglivet på grunn av smertene (Lönnestedt mfl., 2011, Persson

mfl., 2011, Skjutar og Müllersdorf, 2010, Nilsen og Anderssen, 2014, og Koskinen mfl., 2016). Smertene kom og gikk og de visste ikke når de inntraff for fullt. Det var lettere å ta ting på sparket enn å planlegge, siden de alltid måtte se det an på dagsformen hva de klarte. Intensiteten og varigheten av smertene var uforutsigbare og de ble tvunget til å leve med smertene. De planlagte livet rundt smertene og unngikk bevisst aktiviteter og situasjoner som økte smertene.

When my pain is worse. I sometimes can't even get out of the house (Persson mfl., 2011, s. 191).

Videre kommer det frem at informantene måtte veie konsekvenser opp mot handling. Det var hele tiden konflikt mellom hva hodet ønsket og kroppen klarte. De måtte akseptere situasjonen og var tvungen til å endre verdier og holdninger til livet. Ved å utvikle teknikker som ga kontroll over negative tanker brukte de systematisk positiv tenkning, og de tilpasset seg omstendighetene gjennom positiv holdning (Skjutar og Müllersdorf, 2010, Koskinen mfl., 2016, Rolbiecki mfl., 2017, Persson mfl., 2011, Lönnstedt mfl., 2011 og Nilsen og Anderssen, 2014).

[Even though] I am not as happy and bubbly as I used to be ... even if I'm hurting ... I make myself [be happy] ... I do not want to not live life. I want to live. I want to enjoy every moment, because I know I am blessed to be here. I am going to try to make the best of it ... I'd rather [be in] pain for a little while, than [be alone] (Rolbiecki mfl., 2017, s. 92).

Et annet sentralt funn er at informantene følte seg ensomme og isolerte (Persson mfl., 2011, Nilsen og Anderssen, 2014, Koskinen mfl., 2016 og Lönnstedt mfl., 2011). Det kom frem at de følte seg spesielt ensom på dagtid da familiemedlemmer var på jobb, da de mistet mye av det sosiale med å ikke være på jobb selv. Smertene frarøvet dem fritiden, begrenset livet og muligheten til å bevege seg, førte til isolasjon, endret personligheten, samtidig som det gjorde dem ufokuserte og glemsomme. Alt dette gjorde at flere trekte seg ut av det sosiale liv og informantene oppga at smertene hadde negativ effekt på forhold og vennskap. I den kvantitative studien med 78 deltakere kom det frem at 96,2% av informantene brukte en eller flere mestringsstrategier for å håndtere smertene og dens følger (Miller-Matero mfl., 2017, s. 22). Koskinen mfl. (2016) og Rolbiecki mfl. (2017) skriver at når informantene er dypt engasjert i noe, glemmes smerten den stunden. Det kommer også frem at veldedighetsarbeid eller å gå i kirken, er en måte å møte mennesker på, og bønn hjelper dem å mestre dagliglivet.

5 Diskusjon

I dette kapitlet tar vi først for oss metodediskusjon. Videre vil vi drøfte funnene i kapittel fire i lys av problemstillingen som er "Hvilke erfaringer har pasienter med kronisk smerter og hvordan mestrer de dagliglivet?". Drøftingen blir basert på teoribakgrunnen og annen relevant teori. Vi vil også belyse konsekvenser for sykepleie. Oppgaven avsluttes med en konklusjon.

5.1 Metodediskusjon

Ifølge Forsberg og Wengström (2013, s. 171) bør diskusjonen inneholde en kritisk metodediskusjon. Gjennom dette punktet vil vi ta for oss styrker og svakheter ved metoden vi har brukt. Boken "Att göra systematiska litteraturstudier" (2013 og 2015) til Forsberg og Wengström har blitt brukt som grunnlag for hele arbeidsprosessen i oppgaven, supplert med boken til Christoffersen mfl. (2015).

Vi har jobbet sammen med tidligere oppgaver og våre ulike kvaliteter gjør vi samarbeider godt. For å kvalitetssikre og få en gjennomgående helhet i oppgaven har vi i hovedsak jobbet i par. Dette er vår første systematiske litteraturstudie og den kan derfor inneholde svakheter. På en annen side har det skjerpet oss og gitt grobunn for konstruktiv kritikk av eget arbeid.

Vi har vært kritisk til innholdet og kvaliteten på artiklene som har blitt inkludert i oppgaven. At vi har inkludert en kvantitativ artikkel ser vi på som en styrke, da den belyser funnene våre i en større populasjon enn hva de kvalitative artiklene enkeltvis gjør. Artiklene er fra 2010 eller nyere, at de er under ti år anses som en styrke. Fem av artiklene er fra Skandinavia og resten fra land med en kultur og et helsevesen som ligner vårt, da det vil være mest relevant for oss i fremtidig arbeid. Dette kan også ses på som en svakhet, da vi kan ha gått glipp av god forskning fra andre deler av verden.

I analysen av materialet kan det finnes svakheter i funnene da alle artiklene er engelskspråklige og noen av artiklene ble opplevd som vanskeligere å lese enn andre. Vi valgte å beholde originalspråket og heller bruke mer tid på å tyde teksten. Dette for å ikke gå glipp av viktig informasjon med betydning for oppgaven, men som kunne ha forsvunnet i en oversetting. En svakhet kan også være at vi har brukt sekundærkilder for å presentere noe teori, da vi ikke har hatt tilgang på originalkilden. Like fullt opplever vi å ha fått tak på viktig og relevant informasjon som kan være nyttig i arbeidet med kroniske smerter.

5.2 Resultatdiskusjon

5.2.1 Mangel på forståelse og behov for veiledning

Et funn som står sentralt etter analysen av artiklene er at respondentene erfarer at de ikke blir trodd for sine fysiske smerter siden de ikke er synlig for andre, eller har klar årsak (Budge mfl., 2012, Lönnstedt mfl., 2011, Nilsen og Anderssen, 2013 og Koskinen mfl., 2016). Det er pinlig å bli stemplet som hypokondere eller bli beskyldt for å være lat. De følte seg alene om smerteerfaringene og det kunne gi nedbrutt verdighet og en følelse av skam. Det var lett å miste motivasjonen når de ikke visste hvor de skulle henvende seg for å få veiledning og hjelp.

Pasienten i møte med helsevesenet

Helsepersonell tror ikke på pasientens smerteopplevelse. Det kommer frem i artiklene til Koskinen mfl. (2016) og Nilsen og Anderssen (2013) at respondentene savner helsepersonell som støtter, tror på dem og ikke dømmer dem. Om sykepleier ikke tror på dem kan dette føre til økt smerte og lidelse. Travelbee sier at utfordringen for sykepleieren er å bryte ut av sine forutinntatte oppfatninger av pasienten og se ham slik han er som person (Kristoffersen, 2011, s. 220). Danielsen mfl. (2016, s. 420-421) skriver at i behandlingen av pasienter med kroniske smerter er det viktig at sykepleier tar imot den informasjonen pasienten gir, selv om det virker uforståelig. I de situasjonene der en ikke forstår smerten og føler en ikke kan hjelpe pasienten, er det likevel viktig å bidra til at pasienten bevarer sin respekt og verdighet. I noen situasjoner kan en bare bidra med å være til stede og støtte pasienten.

I pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-1) står det at tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient. Ved å godta det pasienten sier om sine symptomer og spørre hva pasienten selv tenker om sine smerter eller behandling, kan en få i stand en god dialog og allianse. Samtidig styrker man pasientens empowerment, gjennom aktiv deltakelse i egen behandling (Stubberud, 2018, s.32). Slik vil sykepleier også overholde autonomiprinsippet og ivareta pasientens selvbestemmelsesrett og krav på respekt (Molven, 2014, s.67). Dette gjør det mulig å samarbeide om løsninger, og pasienten er delaktig i å komme frem til tiltak som kan hjelpe. I en studie gjort av Duke mfl. (2013 referert i Danielsen mfl., 2016 s. 420) kom det frem en direkte sammenheng mellom evne til å registrere pasienters smerte og sykepleiers kunnskaper og holdninger. Dersom sykepleier skal kunne gi god kvalitet på helsehjelpen er det viktig at den baseres på pålitelig kunnskap, der pasientens synspunkter om effekt og erfaringer av tidligere tiltak ligger til grunn (Stubberud, 2018, s. 24). For pasienten er det derfor viktig at sykepleierne har tilstrekkelig kompetanse om smerter og smerteopplevelse. Ifølge sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer (Norsk sykepleierforbund, 2016) har sykepleier et eget ansvar for å tilegne seg tilstrekkelig kunnskap og holde seg faglig oppdatert på nyere forskning. På denne måten kan sykepleier utvikle sin erfaringsbaserte kompetanse og brukerkunnskap, noe som vil kunne gi sykepleier et grunnlag for å veilede pasienten optimalt.

Manglende kunnskap

Mangel på forståelse og veiledning fra helsepersonell fører til undermedisinering. Det viser seg at siden de ikke blir trodd for smertene sine, får de ikke nødvendig smertestillende. Videre har ikke helsepersonell nok kunnskap om kroniske smerter og

smertebehandling og informantene følte de måtte undervise legene om sin tilstand. Informasjonen hadde de fått fra sosiale støttegrupper online, der de hadde søkt råd og veiledning om sine smerteopplevelser. Det kommer også frem at deltakerne fikk mangelfull eller dårlig veiledning i hvordan, og hvor ofte de skulle ta medikament de fikk med lege. Dette førte til at de ikke tok smertestillende som foreskrevet og flere hadde dårlig erfaring med bruk av legemidler (Rolbiecki mfl., 2017, Lönnstedt mfl., 2011 og Budge mfl., 2012). Danielsen mfl. (2016, s. 421) skriver at sykepleiere har ansvar for å tilrettelegge for best mulig smertelindring av pasienter med kronisk smerte. Med det så menes det å forebygge påkjenninger av grunnlidelsen og av selve behandlingen. Ved å administrere smertelindring med og uten bruk av legemidler, har sykepleier en behandlende funksjon. Dermed er det viktig at sykepleier forsikrer seg om at pasienten får riktig type legemidler og sykepleier bør oppfordre til en legemiddelgjennomgang. Det er viktig at legen tar seg tid til å forklare og undervise i riktig bruk av smertestillende og andre legemidler. Ved å forsikre seg om at pasienten har forstått informasjonen fra lege og tilby informasjonsbrosjyrer, kan sykepleier bidra til å lindre smerter, ubehag og lidelse som er en viktig sykepleieroppgave.

I teorien til Travelbee står det at det er personens egen opplevelse av lidelse og sykdom sykepleier skal forholde seg til, fremfor diagnose eller objektive vurderinger sykepleier foretar (Kirkevold, 2014, s. 115). Slørdal og Rygnestad (2013 s. 350) skriver at det er problematisk å oppnå full smertefrihet når man har kroniske smerter. Det å skulle være mer eller mindre plaget med kroniske smerter resten av livet kan være vanskelig å forsones seg med. Fjerstad (2010, s.96) skriver at psykososiale forhold som stress og økonomiske bekymringer kan bidra til å opprettholde smerten. Det er viktig at sykepleier ser de opprettholdende faktorene i en helhet, slik en lettere kan vite hvor en skal veilede og sette inn tiltak i første omgang. Pasientene har et stort omsorgsbehov som krever en tverrfaglig tilnærming. Derfor er det hensiktsmessig at sykepleier får lege til å henvise pasientene til en spesialisert smerteklinikk. Dette bekreftes i artikkelen til Lönnstedt mfl. (2011, s. 473) der det kommer frem at ingen av informantene følte seg møtt med tillit før de kom til en spesialisert smerteklinikk. Dette bekrefter også viktigheten av kunnskap og forståelse blant sykepleiere. For denne pasientgruppen kan det være gunstig med et primærhelseteam. Dette kan gi dem sammenhengende og koordinerte helsetjenester, og på denne måten få bedret helsetilstand og mestringsevne på en individuelt tilpasset måte (Stubberud, 2018, s. 86). I et primærhelseteam vil sykepleier ha en sentral rolle i møte med pasienten.

Erfaringer rundt mestring

Kronisk smerte fører til bekymring og redsel for fremtiden. Når man går med smerter over tid og ikke er i stand til å arbeide, kjenner mange på en følelse av maktesløshet og skuffelse. Det kan dreie seg om skuffelse over situasjonen som har oppstått og maktesløshet av å ikke finne noe som bedrer den. Det å ikke være i stand til å arbeide kan også føre til en økonomisk trussel, noe som gjør omstendighetene enda vanskeligere å håndtere, og de kan bli sinte og irritert på den håpløse situasjonen de opplever de står i. Danielsen mfl. (2016, s. 416) skriver at ulike behandlinger kan bli en stor utgiftspost, og for de som ikke lenger kan arbeide vil den økonomiske tilstanden bli forverret. I artikkelen til Koskinen mfl. (2016, s. 778) skriver de at informantene erfarer at positive tanker og fokusflytting hjelper for å mestre situasjonen. I Lazarus og Folkmans emosjonsfokuserte mestringsstrategi ønsker en å redusere styrken i følelsene, eller endre meningsinnholdet som følger den negative opplevelsen (Reitan, 2010, s. 80). Dette gjør pasientene ved å flytte fokuset bort fra smerter og bekymring, og over på hobbyer og

sysler som interesserer den enkelte. Ved å fokusere på noe de liker å holde på med kan de komme i flytsonen og de glemmer tid, sted og smerte. Dette kan oppleves som en god mestringsstrategi, selv om konsekvensen kan være økte smerter i etterkant. Sykepleieren kan hjelpe pasientene til å identifisere problemer de har, og ikke har kontroll på. Ved å løfte frem det pasienten har kontroll på, kan dette bevisstgjøre pasienten sin mestringssevne (Kristoffersen, 2007, s. 101). Dermed kan sykepleier lettere veilede til bruk av tilpassede mestringsstrategier.

Når pasienter har kroniske smerter må sykepleier være klar over at de bidragene en kommer med, i seg selv ikke kan gjøre pasienten frisk. Det er ved de fleste kroniske smertetilstander ikke mulig. Det er viktig at pasienten tar ansvar for en del av behandlingen selv, og at sykepleier hjelper og støtter opp de individuelle mestringsstrategiene for at han skal få det bedre, til tross for smertene (Rosenquist 2015b referert i Danielsen mfl., 2016, s. 420). I alle studiene kommer det frem at å akseptere smertene er viktig for å mestre dagliglivet når man lever med kroniske smerter. Ifølge Fjerstad (2010, s. 119-121) handler dette om å endre forestillingene sine om hva et liv med kroniske smerter innebærer. Budskapet er at en får mer ut av livet om en aksepterer smertene og tar konsekvensene av dem. Ved å akseptere situasjonen er det lettere å tilpasse livet rundt smertene. Likevel er det ikke gitt at sykepleiers oppgave er å hjelpe pasienten med å akseptere smertene. Det er i så fall en oppgave som må balanseres hårfint for å unngå at pasienten gir opp og mister håpet.

5.2.2 Smertenens påvirkning på dagliglivet

Et sentralt funn etter analysen av artiklene er at informantene erfarer at det er vanskelig å planlegge i dagliglivet når de lever med kronisk smerte. Kroniske smerter innebærer gode og dårlige perioder. Noen dager kan man være i god form og ha energi og overskudd til å gjøre det man ønsker, andre dager kan man være smertepåvirket, sliten og trøtt. Man vet aldri når en dårlig periode inntreffer og hvordan smertens intensitet og varighet blir (Lønnestedt mfl., 2011, Persson mfl., 2011, Skjutar og Müllersdorf, 2010, Nilsen og Anderssen, 2013 og Koskinen mfl., 2016).

Søvnløse netter

Smarter fører ofte til søvnløse netter. Den norske legeforening (2009, Jensen, 2013, referert i Danielsen mfl., 2016, s. 416) skriver at vansker med å sovne eller avbrutt søvn på grunn av smerter er et stort problem for denne pasientgruppen. Det gjør at pasienten hele tiden føler underskudd på søvn, er sliten, trøtt og aldri uthvilt. Dermed har de lettere for å sovne på dagtid og på denne måten kommer de inn i en vond sirkel. Når pasienten aldri er uthvilt forverres smerteopplevelsen og det oppleves utmattende å hele tiden kjenne på smerter (Lønnestedt mfl., 2011, Budge mfl., 2012, s. 309). Dette bekrefter Batsøe og Frantsen (2011, s. 313) som sier at «søvntap kan øke sensitiviteten overfor smerte og bidra til forsterket opplevelse av smerte». Ifølge Torvik og Bjørø (2008, referert i Danielsen, 2016, s. 422) gir mangelfull søvn uheldige bivirkninger som nedsatt konsentrasjon, dårlig humør, depresjon, problemer med å mestre hverdagen og økt smerteopplevelse. Videre i artikkelen til Budge mfl. (2012, s. 309) kommer det frem at varme og å ha en god stol er vesentlig, og blir mye brukt hele døgnet. For å optimalisere søvnforholdene kan sykepleier sette pasienten i kontakt med en ergoterapeut som kan anskaffe en seng med flere innstillingsmuligheter og elektriske varmetepper, da dette kan bidra til økt søvnkvalitet hos pasientene. Å ta i bruk

hjelpemidler for å bedre en situasjon er et eksempel på Lazarus og Folkman's problemfokuserte mestring, men det kan også kreve emosjonsbasert mestring ved at pasienten må tenke annerledes rundt sin situasjon (Fjerstad, 2010, s. 36). Som sykepleier kan det være lett å tenke at en seng vil hjelpe, men for pasienten kan det være et nederlag å få hjelpemiddel i hus. Derfor er det viktig som Benner og Wrubel sier, at sykepleier forstår at alle endringer i et menneskes liv må forstås ut fra hva denne endringen betyr for det enkelte menneske (Kristoffersen, 2011, s. 261).

Som sykepleiere bør vi hjelpe pasientene til å finne en god balanse mellom aktivitet og hvile, for å hjelpe dem å bryte ut av den vonde sirkelen. Dette kan gjøres ved å kartlegge søvn- og hvilemønster, finne ut hva som virker motiverende og sammenfatte en plan, som kan være veiledende for pasientens aktivitet og hvile. I tillegg kan det være behov for å tilrettelegge omgivelsene for økt aktivitet, siden regelmessig fysisk aktivitet fører til at en orker mer. Etterhvert kan en øke aktivitetsnivået i både intensitet og omfang, slik kan pasienten komme i en god sirkel (Skaug, 2011, s. 272). Sykepleier kan sammen med pasienten se på velferdsteknologi som kan hjelpe pasienten. En robotstøvsuger kan lette husholdningen, og et tilpasset treningsprogram kan brukes via TV istedenfor treningsstudio ved behov. Travelbee fremhever viktigheten av at sykepleier er innforstått med at opplevelsen av god helse er subjektiv. For noen kan det å kunne utføre dagligdagse aktiviteter på en tilfredsstillende måte være god helse, mens for andre er god helse ensbetydende med å være i stand til å arbeide (Kristoffersen, 2011, s. 216). Dette bekrefter Hanssen og Natvig (2014, s. 40) som sier at det kan være avgjørende for hvilken livskvalitet pasienter med kronisk smerte opplever basert på hvordan de mestrer hverdagen. Derfor er det viktig at sykepleier setter seg ned og lytter slik pasienten får veiledning mot et tilpasset mål, og på denne måten styrke pasientens empowerment. Sykepleier kan gjennom oppfølging av pasienten gjøre ny avtale for å gå gjennom utviklingen siden sist, dermed vil pasienten føle seg sett og ivaretatt. Kontakt via telefon kan være en løsning om pasienten ikke har overskudd til å møte sykepleieren.

Uforutsigbarhet

Planlegging er en utfordring. Som nevnt ovenfor er søvnkvalitet en medvirkende faktor på hvor mye overskudd en har i hverdagen. Dette kan ha negativ effekt på forhold og vennskap og føre til isolasjon. Alle artiklene sier noe om at pasientene tilpasser seg sitt liv med smertene. De har funnet sine egne måter å mestre dagliglivet på og lever livet rundt smertene. De unngår å planlegge aktiviteter med venner og familie i frykt for å måtte avlyse. De føler det er bedre å ha takket nei i utgangspunktet, fremfor å måtte avlyse rett før. På denne måten «beskytter» de seg selv i fra skuffelsen vedrørende å ikke klare å delta på aktiviteter som ønsket. Burg Norge (2018) skriver at en ikke kan se utenpå mange kronikere at de er syke, de er «usynlig syke». Mange fremstår som friske når de er sammen med andre, men er totalt utslitte hjemme i trygge rammer. Siden smertene ikke er synlig for andre, er det vanskelig å forklare for omverden og få forståelse i hverdagen. De blir beskyldt for å være late. Omverden forstår ikke at smerten og utmattelsen de lever med er ekte, og må tas hensyn til. Dette bekreftes i Danielsen mfl. (2016, s. 416) som sier at pasientgruppen får nedsatt aktivitetsnivå og arbeidsevne. De opplever at de ikke «er seg selv» lenger, og får en annen rolle i familien når de ikke fungerer som før. Ifølge Travelbee er det viktig at sykepleier etablerer en tilknytning til pasienten slik han forstår han ikke er alene. Da kan sykepleier drive helseundervisning gjennom å hjelpe pasienten å finne mening i helsetiltakene som blir gjort, og således øke mestringsevnen (Travelbee, 1975, s.12).

Pasientene synes det er vanskelig å finne balanse mellom å snakke om smertene og la det være. De føler seg som en byrde for familien, og familien føler seg hjelpeløse som passive tilskuere, når de ser hvordan den de er glad i lider. På en annen side ønsker informantene å leve opp til de sosiale forventningene, og mange "biter tennene sammen" og gjør det de føler de må (Skjutar og Müllersdorf, 2010, s. 257). Sørfonden (2007 s. 244) skriver at når et familiemedlem rammes av kronisk lidelse, vil dette også påvirke andre familiemedlemmer. Hele familien må mestre usikkerhet og frykt i forhold til fremtiden, samtidig må de tilpasse seg de situasjonsbetingede endringene som oppstår. Som sykepleier kan en her invitere familien med i behandlingen, slik at de kan delta i samtale om situasjonen. Dette kan gi en større forståelse for familien og lette presset pasienten føler på. Sykepleier vil da også ivareta sine yrkesetiske retningslinjer (Norsk sykepleierforbund, 2016) vedrørende samhandling med pårørende. Gjennom god dialog med pasient og ved å ta hensyn til hans meninger, kan pårørendes rett til informasjon bli ivaretatt. I studiene til Koskinen mfl. (2016) og Rolbiecki mfl. (2017) kommer det frem at noen føler sterk støtte fra familie og venner som stiller opp, de er en viktig ressurs for flere for å klare å mestre dagliglivet. Dette viser at det er store individuelle ulikheter i pasientens sosiale setting som pasienten påvirkes av. I sykepleieteorien til Benner og Wrubel (Kristoffersen, 2011, s. 259) beskrives det også sammenhenger mellom stress, mestring, sykdom, helse og velvære. De mener disse sammenhengene er komplekse og flertydige, og kan ikke forstås eller påvises uavhengig av den personen det gjelder. Det kan heller ikke ses uavhengig av den konkrete situasjonen og sammenhengen personen er en del av. Som sykepleier må man se pasienten i et helhetlig perspektiv.

Bruk av mestringsstrategier

Pasientene vet ikke hvilke mestringsstrategier de bruker. I studiet til Persson mfl. (2011, s. 192) kommer det frem at pasientene ikke ser erfaringene de gjør seg ved å tilpasse seg uforutsigbarheten, som mestring gjennom improvisasjon. Som sykepleiere kan vi bruke kunnskapen vår om mestringsstrategier, til å hjelpe dem å anerkjenne de individuelle mestringsmetodene deres, som gode strategier for å håndtere dagliglivet. Her kunne det vært gunstig å bruke et screeningverktøy for å kartlegge mestringsmetodene de benytter, både bevisst og ubevisst. På denne måten kan både sykepleier og pasienten få økt forståelse for når det er hensiktsmessig å bruke de ulike mestringsstrategiene. Viktigheten av dette kommer frem i den kvantitative artikkelen til Miller-Matero mfl. (2017, s. 22) hvor pasientene ikke er klar over hvilke strategier de bruker intuitivt, men gjennom presiseringer i spørreskjema, blir strategiene tydeliggjort. Derfor er det vesentlig at sykepleier bevisstgjør pasientene på de ulike mestringsstrategiene. Dersom pasienten kjenner igjen tegnene kroppen gir, kan en på et tidligere tidspunkt aktivere tilpassede strategier for å mestre dagliglivet. En måte å gjøre dette på kommer frem i artiklene (Lønnestedt mfl., 2011, Nilsen og Anderssen, 2013 og Koskinen mfl., 2016) som sier at pasientene etter hvert lærer seg å akseptere og tilpasse situasjonen gjennom positiv holdning, og utvikler teknikker som gir kontroll over negative tanker ved hjelp av systematisk bruk av positiv tenking. Danielsen (2016, s. 422) beskriver hvordan en kan få kontroll over smertene og negative tanker ved å se smertene som impulser på rekke som skal inn å fylle bevisstheten. Fylles bevisstheten med andre impulser kan smerten dempes. Sykepleier kan bidra til at pasienten blir bevisst på at dette er en mestringsstrategi. Gjennom øvelse kan pasienten ta grep om sine tanker på et tidligere tidspunkt og dermed lindre smerteopplevelsen før.

I Miller-Matero mfl. (2017, s. 23) kommer det frem en sammenheng mellom bruk av bønn og katastrofetenkning som mestringsstrategi, og økt nivå av angst og depresjon. Som en motsetning til dette skriver Travelbee (1975, s. 183) at noen pasienter klarer å akseptere sykdom på grunn av religiøse overbevisninger. Noe som betyr at sykepleier må utvise både fornuft og forstand i møte med pasientens tro. Det er også viktig at sykepleieren er lyttende og oppmerksom, slik en kan fange opp en begynnende depresjon og sette inn tiltak for å stoppe dens utvikling. Det å ha noe å tro på kommer frem i artiklene til Koskinen (2016) og Rolbiecki (2017) som en viktig mestringsstrategi og at pasientene erfarer lindring gjennom å ha noe å tro på. Å bidra i samfunnet gjennom veldedighet eller delta i sosiale støttegrupper er òg en faktor som kan gi livet mening. Rustøen (2007, s. 100-101) skriver at åndelige faktorer understrekes ofte som viktige for å styrke menneskets håp, og at sykepleier kan diskutere åndelige verdier med pasientene, da de kan trenge hjelp til å finne kilder til styrke.

Det å ha hobbyer er for mange en måte å mestre dagliglivet på, da det tar fokuset bort fra smertene, ensomheten og isolasjonen for en stund (Koskinen mfl., 2016, s. 778). Sykepleier kan lære pasienter å aktivt bruke egne og tilpassede mestringsstrategier gjennom undervisning og veiledning (Hanssen og Natvig, 2007, s. 40). Dette bekrefter Skjutar og Müllersdorf (2010, s. 259) som sier at sykepleier kan gi støtte på individuell basis for å utforske hvilke aktiviteter som gir dem mer energi. Å oppfordre pasienten til å skrive dagbok om opplevelser og erfaringer kan hjelpe pasienten å se og oppdage de små tingene i omgivelsene som kan gi glede. Det er viktig at sykepleier bidrar til at denne pasientgruppen bevarer, eller utvikler verdsatte aktiviteter av betydning for den enkelte. Dette gir mening, engasjement og positive følelser på kort og lang sikt. Mestring har bedre kår ved denne bruken av positiv psykologi (Fjerstad, 2010, s. 72).

6 Konklusjon

Hensikten med denne studien var å belyse via et pasientperspektiv hvilke erfaringer pasienter med kronisk smerte har, og hvordan de mestrer dagliglivet. Mangel på forståelse og veiledning var et gjennomgående funn. De savnet helsepersonell som støttet, trodde på dem og ikke dømte dem. Helsepersonell hadde manglende kunnskap om kroniske smerter. Pasientene opplevde å ikke få den helsehjelpen de hadde behov for. Dette viste seg som noe av det vanskeligste å mestre. Det kom også frem hvordan smertene påvirket dagliglivet. Søvnløse netter og uforutsigbare smerter var noe som kjennetegnet dagene. Dette gjorde at planlegging ble utfordrende, og mange følte seg ensomme og isolerte. Mestringen de gjorde synes ofte å være ubevisst. De anså ikke alt de gjorde i hverdagen for at dagene skal gå rundt, som mestring. Frykten for smerte og konsekvenser av aktivitet var for mange en lang prosess de måtte gjennom. Ved å akseptere smertene som en del av hverdagen, ble det lettere å ta i bruk mestringsstrategier. Mange erfarte at aktivitet og positive tanker var en god måte å håndtere smerten på. De fikk økt livskvalitet gjennom økt mestringsevne. For pasientene var det vesentlig å bli møtt med forståelse av sykepleier. De trenger veiledning og å lære at mye av det de gjør, er mestringsstrategier som de kan benytte seg av mer bevisst. Ved å tilby denne pasientgruppen et primærhelseteam, blir de møtt med kjente ansikt. På denne måten slipper de å gjenta sin historie og får økt tillit til helsepersonell. Ved bruk av en oppfølgingsplan vil det raskere bli mulig for pasienten å komme tilbake i tilrettelagt arbeid.

Når det gjelder anbefalinger for videre forskning, bør en se på om mer undervisning i kronisk smerte påvirker sykepleiers holdninger og erfaringer knyttet til utøvelsen av helsehjelp til denne pasientgruppen. Forskning på bruk av kartleggings skjema i forhold til mestringsstrategier, kunne også vært interessant.

Referanser

Bastøe, L-K. og Frantsen, A-M. (2011) Behovet for søvn og hvile I: Kristoffersen, N.J. mfl. red. *Grunnleggende sykepleie Bind 2, Grunnleggende behov*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 301-330.

Budge, C., Carryer, J. og Boddy, J. (2012) *Learning from people with chronic pain: messages for primary care practioners*. JOURNAL OF PRIM HEALTH CARE [Internett] 4 (4), 306-312. Tilgjengelig fra: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=104391300&site=ehost-live> [Lest dato: 12. januar 2019].

Burg Norge (2018) *Usynlig syk – Når skinnen bedrar*. Oslo: Norsk revmatiker forening. Tilgjengelig fra <https://www.revmatiker.no/usynlig-syk-nar-skinnet-bedrar/> [Lest: 09. mai 2019].

Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P, A. og Utne, I. (2015) *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt forlag AS.

Dalland, O. (2015) *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Danielsen, A., Berntzen, H., Almås, H. (2016) Sykepleie ved smerter. I: Stubberud, D-G., Grønseth, R., Almås, H. red. *Klinisk sykepleie 1*. Oslo: Gyldendal Norsk AS s. 381-427.

Fjerstad, E. (2010) *Frisk og kronisk syk, et psykologisk perspektiv på kronisk sykdom*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Fjørtoft, A-K. (2016) *Hjemmesykepleie – Ansvar, utfordringer og muligheter*. Bergen: Fagbokforlaget.

Folkehelseinstituttet (2018a) *Folkehelse rapporten – Helsetilstanden i Norge*. Oslo: Folkehelseinstituttet. Tilgjengelig fra: <<https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/smerte/?term=Kronisk%20smerte&h=1>> [Lest 09.april 2019].

Folkehelseinstituttet (2018b) *Sjekkliste for vurdering av forskningsartikler*. Oslo: Folkehelseinstituttet. Tilgjengelig fra: <<https://www.fhi.no/kk/oppsummert-forskning-for-helsetjenesten/sjekkliste-for-vurdering-av-forskningsartikler/>>. [Lest 06.desember 2018].

Forsberg, C. Og Wengström, Y. (2013) *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur og kultur.

Forsberg, C. Og Wengström, Y. (2015) *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur og kultur.

Hanssen, T.A. og Natvig, G.K. (2007) Stress og mestring. I: Gjengedal, E. og Hanestad, B. R. red. *Å leve med kronisk sykdom – en varig kursendring*. Oslo: Cappelens Forlag AS, s. 60-102.

Kathrine Legg Hauger (2017) *Om hjelpekunsten*. Akershus: Follo Traumeterapi
Tilgjengelig fra < <http://katrinelegghauger.no/hjelpekunst/>> [lest: 22.05.2019].

Kirkevold, M. (2014) *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 113-127.

Kristoffersen, K. (2007) Lidelse og kronisk sykdom. I: Gjengedal, E. og Hanestad, B. R. red. *Å leve med kronisk sykdom – en varig kursendring*. Oslo: Cappelens Forlag AS, s.78-102.

Kristoffersen, N.J. (2011) Teoretiske perspektiver på sykepleie I: Kristoffersen, N.J., mfl. *Grunnleggende sykepleie, Bind 1, Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 207-280.

Koskinen, C., Aho, S. og Nyholm, L (2016) *Living with an unwelcome guest – caring in a context of protracted bodily pain*. Scandinavian Journal of Caring Sciences [Internett] 30 (4), 774- 781. DOI: 10.1111/scs.123.4

Ljoså, M. T. og Rustøen, T. (2007) Kronisk smerte I: Gjengedal, E. og Hanestad, B. R. red. *Å leve med kronisk sykdom – en varig kursendring*. Oslo: Cappelens Forlag AS, s. 60-102.

Lønnstedt, M., Ståhl, C, H. og Hedman, A-M, R. (2011) *Living with long-lasting pain – patients´ experiences of neuropathic pain*. Journal of Nursing and Healthcare og Chronic Illness[Internett], 3, s. 469-475. DOI: 10.1111/j.1752-9824.2011.01121.x

Miller-Matero, L, R., Chipungu, K., Martinez, S., Eshelman, A og Eisenstein, D. (2017) *How do I cope with pain? Let me count the ways: awariness of pain coping behaviors and relationships with depression and anxiety*. PSYCHOLOGY, HEALTH & MEDICINE [Internett] 22 (1), s. 19-27. DOI: 10.1080/13548506.2016.1191659

Molven, O. (2014) *Sykepleie og jus*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Nilsen, G og Anderssen, N (2014) *Struggling for a normal life: Work as an individual self-care managment strategy among persons living with non-malignant chronic pain*. Work [Internett] 49, 123-132. DOI: 10.3233/WOR-131642

Norsk senter for forskningsdata (u.å) *Register over vitenskapelige publiseringskanaler* [Internett] Bergen: NSD. Tilgjengelig fra:
<<https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>> [Lest 29. November 2018].

Norsk sykepleierforbund (2016) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Pkt. 3*. Oslo: Norsk sykepleierforbund. Tilgjengelig fra: <<https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>> [Lest 14.05.2019].

Pasient- og brukerrettighetsloven. *Lov 2. Juli 1999 nr. 63 om Pasient- og brukerrettigheter*.

Persson, D., Andresson, I. og Eklund, M (2011) *Defying aches and reevaluating daily doing: Occupational perspectives on adjusting to chronic pain*. Scandinavian Journal of Occupational Therapy [Internett] 18, s. 188-197 DOI: 10.3109/11038128.2010.509810

Reitan, A. M. (2010) Mestring I: Knutstad, U. red. *Sentrale begreper i klinisk sykepleie – Sykepleieboken 2*. Oslo: Akribe AS, s.74-107.

Rolbiecki, A., Subramanian, R., Crenshaw, B., Albright, D, L., Perreault, M. og Mehr, D. (2017) *A Qualitative Exploration of Resilience Among Patients Living With Chronic Pain*. Traumatology [Internett] 23 (1), s. 89-94. DOI: 10.1037/trm0000095

Skaug, E-A. (2011) Aktivitet I: Kristoffersen, N.J. mfl. red. *Grunnleggende sykepleie Bind 2, Grunnleggende behov*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 269-300.

Skjutar, Å. og Müllersdorf, M. (2010) *Adapt, discover and engage: a qualitative interview study with patients living with chronic pain*. Journal of Healthcare and Chronic Illness [Internett] 2, s. 254-261 DOI:10.1111/j.1752-9824.2010.01066.x

Slørdal, L. og Rygnestad, T. (2013) Legemidler ved smerte. I: Nordeng, H og Spigset, O. red. *Legemidler og bruken av dem*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s.341-351.

Stubberud, D-G. (2018) *Kvalitet og pasientsikkerhet, Sykepleierens funksjon og ansvar for kvalitetsarbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Sørfonden, W, B. (2007) Det blir i familien – familiemedlemmers erfaring med kronisk lidelse. I: Gjengedal, E og Hanestad, B. R. red. *Å leve med kronisk sykdom - en varig kursendring*. Oslo: Cappelens Forlag AS, s.244- 260.

Travelbee, J. (1975) *Interpersonal aspects of nursing*. Philadelphia: F. A. Davis Company.

Tveiten, S. (2016) Empowerment og veiledning - sykepleierens pedagogiske funksjon i helsefremmende arbeid. I: Gammersvik, Å og Larsen, T. red. *Helsefremmende sykepleie - i teori og praksis*. Bergen: Vigmostad & Bjørke AS, s.173-193.

Vedlegg 1 Fremdriftsplan

Når skal det gjøres?	Hva skal gjøres?	Frist for å fullføre
Uke 2	Tilbakemelding på prosjektplan. Evt. Justering	
Uke 3-11	Praksis	
Uke 14	Undervisning om bacheloroppgaven Resultat og analyse	
Uke 1-15	Jobbe med teorigrunnlag og metode	Uke 15
Uke 15	Veiledning obligatorisk	09.04.2019
Uke 17	Levere oppgave innen 24. april kl. 08.00 Seminar 2 fredag 26. april kl. 9-15	
Uke 11-19	Jobbe med diskusjon	Uke 19
Uke 19	Frivillig veiledning	14.05.2019 kl. 09.00
Uke 20-21	Ferdigstille oppgaven	Uke 21
Uke 21	Innlevering av oppgave	23.05.2019
Uke 24	Foreløpig karakter	10.06 etter kl. 15.00
	Muntlig Eksamen	11.06.2019
		12.06.2019 13.06.2019

Vedlegg 2 Sjekkliste for å vurdere kvalitativ forskning.

Living with long-lasting pain – patients' experiences of neuropathic pain

Innledende spørsmål:

Er formålet med studien klart formulert?	ja
<ul style="list-style-type: none">Describe the lived experiences of patients with neuropathic pain.	

Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?	ja
<ul style="list-style-type: none">Studien ønsker å få frem pasientenes egenopplevde erfaringer.	

Kan du stole på resultatene?

Er studiedesignet hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?	ja
<ul style="list-style-type: none">Beskrevet utvalg, hvordan de har samlet og analysert data.	

Er utvalget hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?	ja
<ul style="list-style-type: none">Neuropatisk smerte ifølge medisinsk journalSmerter over 3 månederVoksne i arbeidsdyktig alder	

Ble dataene innsamlet på en slik måte at problemstillingen ble besvart?	ja
<ul style="list-style-type: none">Semistrukturerte intervju med åpne spørsmål på bakgrunn av en intervjuguide.Intervjuene ble utført i enerom og det er beskrevet hvordan.	

Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført?	ja
Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?	ja
<ul style="list-style-type: none">Det er brukt en kvalitativ innholdsanalyse der mønster i data er identifisert og kategorisert.	

Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data	ja
<ul style="list-style-type: none"> • Deltagerne er fra en klinikk. • To av forfatterne er sykepleiere som jevnlig jobber med pasienter med kronisk smerte. 	

Er det gjort forsøk på å underbygge funnene?	ja
<ul style="list-style-type: none"> • Annen forskning og litteratur er brukt for å underbygge funnene. 	

Er etiske forhold vurdert?	ja
<ul style="list-style-type: none"> • Designet i samsvar med Svenske etikkregler for forskning. • Muntlig og skriftlig informasjon gitt og skriftlig informert samtykke fått, informasjonsskrivet fremhevet at samtykke var frivillig og konfidensielt. • Fulgt de etiske retningslinjene Helsinki Deklarasjonen. • Ingen interessekonflikter. 	

Hva er resultatene?

Kommer det klart frem hva som er hovedfunnene i undersøkelsene?	ja
<ul style="list-style-type: none"> • Having constant pain and needing treatment • Pain having impact on daily life • Adapting to a life in pain • Being met with different attitudes from health care professionals 	

Kan resultatene brukes i min praksis?

Hvor nyttige er funnene fra denne studien?	
<ul style="list-style-type: none"> • Nyttig for sykepleiere for å forstå hvor store endringer kronisk smerte forårsaker når det gjelder daglige aktiviteter og det sosiale livet til pasientene. Klinisk relevant fordi den får frem symptomene til pasienten og mestringsstrategier de bruker. 	

Vedlegg 3 Søkehistorikk

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte artikler
Chronic pain	03.12.2018	CHINAL Complete	700	3	2	1 (nr. 6) Struggling for a normal life: Work as an individual self-care management strategy among persons living with non-malignant chronic pain

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte artikler
Chronic Pain AND coping	06.12.2018	PubMed	930	3	0	0

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte artikler
Chronic pain AND coping	15.12.2018	Scopus	1584	3	2	1 (nr. 8) A Qualitative Exploration of Resilience Among Patients Living With Chronic Pain

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte artikler
Chronic Pain AND Coping AND MASH chronic pain	28.11.2018	SweMed+	10	3	1	1 (nr. 7) Life with an unwelcome guest – caring in a context of protracted bodily pain

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte artikler
Chronic pain AND coping AND experience	11.01.2019	CHINAL Complete	24	3	2	2 1 (nr. 7) Life with an unwelcome guest – caring in a context of protracted bodily pain 2 (nr. 3) Defying aches and reevaluating daily doing: Occupational perspectives on adjusting to chronic pain

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte artikler
Chronic pain AND coping AND patients	12.01.2019	CHINAL Complete	16	5	4	4 1. (nr. 1) Living with long-lasting pain – patients` experiences of neuropathic pain 2. (nr.4) Learning from people with chronic pain: messages for primary care practitioners 3. (nr.5) Adapt, discover and engage: a qualitative interview study with patients living with chronic pain 4. (nr. 2) How do I cope with pain? Let me count the ways: awareness of pain coping behaviors and relationships with depression and anxiety.

Vedlegg 3 Litteratormatrise 1

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Lönnstedt, M., Ståhl, C.H., Hedmann, A-M. R.</p> <p>Living with long-lasting pain- patients' experiences of neuropatic pain.</p> <p>Journal of Nursing and Healthcare og Cronic Illness.</p> <p>2011, 3, s.469-475</p> <p>http://dx.doi.org/10.1111/j.1752-9824.2011.01121.x</p>	<p>Hensikten med studien var å beskrive hvordan pasientene som var registrert på en smerteklinikk opplever livet med nevropatiske smerter.</p>	<p>Attitudes of personnel towards their patients,</p> <p>Consequences of pain, neuropatic pain,</p> <p>Patient's experiences,</p> <p>Strategies</p>	<p>Kvalitativ metode med semi-strukturerte intervju ble brukt. De hente inspirasjon fra tidligere studier som har blitt gjort og det ble brukt åpne spørsmål med oppfølgingsspørsmål. Pasientene som ble valgt ut til studiet var fra en smerteklinikk i Stockholm. Kriteriene var at de hadde nevropatiske smerter ifølge journalen deres og at smertene hadde vart i mer enn 3 måneder. De måtte også være voksne i arbeidstidens alder. Deltagerne var 7 kvinner og 4 menn mellom 29 og 67 år. Intervjuene ble utført i et planlagt besøk hos klinikken.</p> <p>Datasamlingen var enkle semistrukturerte intervju fra 2008 som inneholdt bakgrunnsdata, tegning og intervju spørsmålene. Intervjuene ble holdt i enerom og siden det var første møte ble litt tid brukt til å bli kjent, og var som en naturlig samtale der intervjuer var aktiv, responderte og var fleksibel i samtalen. Intervjuene varte mellom 45 og 65 minutt.</p>	<p>Resultatene som kom frem i studien var at smerter hadde stor innvirkning på dagliglivet til pasientene. De var ofte slitne og hadde lite energi som følge av de konstante smertene, dette hadde negativ innvirkning på deres sosiale liv og forhold til venner. De var også stresset med tanke på evne til å arbeide og deres økonomiske situasjon. Mange følte på en håpløshet og en følelse av å være ubrukkelig.</p> <p>Konklusjonen er at denne studien bekrefter tidligere studier som er gjort som viser at nevropatiskesmerter ofte medfølger store endringer i pasientenes liv, daglige aktiviteter og sosiallivet. Det er også viktig at de blir møtt med empati og ei positiv holdning fra helsevesenet.</p>	<p>Denne studien har stor relevans for vår oppgave, da den viser et godt bilde av hvordan det er å leve med nevropatiske smerter og at kroniske smerter fører til store forandringer i en persons liv, både på aktivitetsnivå og i det sosiale livet. Det kommer også frem at sykepleiers holdninger gir utslag i pasientenes tillit til helsevesenet. Studien er gjennomført i Sverige, noe som gjør at funnene som blir gjort kan knyttes opp mot norske forhold.</p>

Vedlegg 4 Litteratormatrise 2

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Miller-Matero, L.R., Chipungu, K., Martinez, S., Eshelman, A. & Eisenstein, D.</p> <p>How do I cope with pain? Let me count the ways: awareness of pain coping behaviors and relationships with depression and anxiety</p> <p>Psychology, Health & Medicine, 2017, 22(1) S. 19-27.</p> <p>http://dx.doi.org/10.1080/13548506.2016.1191659</p>	<p>Hensikten med denne studien var å undersøke evnene pasientene har til å kontrollere sine kroniske smerter gjennom tre hovedmål: 1 finne ut om de er klar over mestringsteknikkene de bruker. 2 finne ut om det er forskjell på hvordan de håndterer kronisk smerte i forhold til hvor de bor. 3 finne ut om mestringsteknikkene kan ses i forhold til nivå av smerte, depresjon og angst.</p>	<p>Chronic pain</p> <p>Coping</p> <p>Depression</p> <p>Anxiety</p>	<p>En kvantitativ spørreundersøkelse ble gjort hvor 78 voksne pasienter som var ferdig med en psykologisk evaluering ved Henry Ford Health System i Detroit deltok. Pasientenes alder, etnisitet og kjønn ble samlet inn i løpet av studien. Pasientene ble også spurt om deres nåværende smertenivå og hvor lenge de har opplevd smerter. Videre blir de spurt om hvilke strategier de brukte for å håndtere smerter, om de brukte avledning, varme, medisin og hvilke andre teknikker de brukte. Etter dette fikk de tildelt et spørreskjema på 27 spørsmål, der de på en skala fra 0-6 registrerte hvor ofte de brukte smerterelaterte strategier. De fikk også utdelt et skjema med 14 spørsmål der de skulle registrere hvor ofte de hadde opplevd symptom på angst og depresjon de siste 7 dagene.</p>	<p>Som et resultat kommer det frem at mesteparten av pasientene rapporterte at de bruker minst en mestringsstrategi for å håndtere smertene. 3 av Pasientene rapporterte at det var ingenting som hjalp på smertene. Blant mestringsstrategier som ble brukt gikk det igjen bruken av medisiner, hvile, økt aktivitet/trening og å ha på varme. Det kommer også frem som et resultat at de fleste er uvitende om mestringsstrategiene de bruker og at de bruker flere mestringsstrategier enn de er klar over selv.</p> <p>Konklusjonen er at hvis pasientene blir mer bevisst på mestringsstrategiene de bruker, er sannsynligheten høy for at de øker bruken av dem.</p>	<p>Dette er en kvantitativ studie som vi ønsker å bruke i vår oppgave, fordi det belyser de kroniske smertene i en større befolkningsgruppe enn en kvalitativstudie gjør. Den viser viktigheten av at helsepersonell hjelper de å bli bevisst på mestringsstrategiene de allerede bruker, og på denne måten gjøre dem obs på de slik de kan gjøre bedre nytte av dem. Det kommer også frem at uansett alder kan man lære seg ulike mestringsstrategier.</p>

Vedlegg 5 Litteratormatrise 3

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Persson, D., Andersson, I. og Eklund, M.</p> <p>Defying aches and reevaluating daily doing: Occupational perspectives on adjusting to chronic pain.</p> <p>Scandinavian Journal of Occupational Therapy.</p> <p>2011, 18. S. 188-197.</p> <p>http://dx.doi.org/10.3109/11038128.2010.509810</p>	<p>Hensikten med denne studien var å finne ut hvordan personer med kroniske smerter opplever dagliglivet, med et spesielt fokus på hvordan de kan tilpasse seg smertene og de nye livsvilkårene for å opprettholde livskvaliteten.</p>	<p>Coping</p> <p>Occupational therapy</p> <p>Well-being</p>	<p>Det ble utført en kvalitativstudie med dybdeintervju hvor 7 kvinner og 5 menn i en alder av 42-71 år ble intervjuet. Dette var deltagerne som har deltatt i tidligere studier som omhandlet kroniske smerter. Intervjuene ble tatt opp og varte mellom 45 og 60 minutter. De ble nedskrevet og analysert. I nedskrivingsprosessen ble navnene anonymisert med tallene 1-12.</p>	<p>Resultatene viste hvordan deltagerne levde med mer eller mindre smerter hele tiden, som de generelt foretrakk å bagatellisere som verk. Det prøvde å opprettholde en følelse av velvære og å håndtere dagliglivet. Dette gjorde de gjennom å senke tempoet og kravene de har til seg selv og ta ting mer på sparket enn de har gjort tidligere. De brukte også teknikker som virkelighetsflukt og de prioriterte å gjøre ting som gjorde at de glemte smertene. De fikk nye verdier og aksepterte at de fikk sosiale begrensninger og økt ensomhet. De fant glede i det ordinære og det ikke-materielle.</p> <p>Konklusjonen er at det er viktig for pasientene med sysselsetting og at de forstår verdiene med det. Derfor er det viktig at helsepersonell bevisstgjør pasientene på viktigheten av å finne noe som er meningsfylt for de å bruke tiden sin på. På denne måten blir ressursene til helsevesenet mer nyttiggjort.</p>	<p>Det kommer frem mange viktige aspekter i denne studien som er relevant for vår oppgave. Den viser hvordan pasienter ubevist lærer å håndtere smerter på egenhånd og det viser viktigheten for sykepleier å hjelpe pasientene å se sine mestingsstrategier, og hjelpe de å finne meningsfulle aktiviteter i hverdagen som kan gi dem en følelse av velvære.</p>

Vedlegg 6 Litteratormatrise 4

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Budge, C., Carryer, J. og Boddy, J.</p> <p>Learning from people with chronic pain: messages for primary care practitioners</p> <p>Journal of primary health care.</p> <p>2012, 4 (4) s.306-312.</p> <p>http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=104391300&site=ehost-live</p>	<p>Hensikten med denne studien var å lære mer om personers erfaringer i forhold til smerter som har vart over en lengre periode og på denne måten gi primærhelsetje nesten mulighet til å lære med om dette.</p>	<p>Chronic disease</p> <p>Medication adherence</p> <p>Pain</p> <p>Primary health care</p> <p>quality of life</p>	<p>Det ble gjort en kvalitativ undersøkelse hvor 20 deltakere i alderen 54-92 år ble intervjuet med semi-strukturerte spørsmål. Det ble gjort opptak med godkjenning av intervjuene som varte i 30-90 minutter.</p> <p>Alle tre forfatterne leste intervjuene og skrev ned tema og presenterte sine funn for hverandre. Så sammenlignet de resultatene og ble enige om hva som skulle brukes.</p>	<p>Det ble funnet 3 hovedtema: 1 medisinske tema som omhandlet blant annet bivirkninger og en motvilje til å ta medikamenter, 2 handtering av smerter som omhandlet det å akseptere situasjonen og gå videre med livet og 3 søke hjelp for smertene, hvor det kom frem negative og positive erfaringer og manglende omsorgskontinuitet.</p> <p>Konklusjonen er at smertene begrenser livene til pasientene og at mange var motvillige til å ta smertestillende som forskrevet. De ville heller finne andre måter å håndtere smertene på. Det viser at de trenger mer kunnskap og støtte på bruk av medisinen.</p> <p>Det er viktig å spør om smertene, lytte og vise forståelse for innvirkningen smertene har for dagliglivet til pasientene.</p>	<p>Denne artikkelen har relevans for oppgaven vår da den tar for seg mer om medikamentbruk og holdninger til dette enn de andre artiklene vi har brukt. Derfor vil vi bruke den for å få et helhetlig perspektiv på oppgaven.</p>

Vedlegg 7 Litteratormatrise 5

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppg.
<p>Skjutar, Å., Müllersdorf, M.</p> <p>Adapt, discover and engage: a qualitative interview study with patients living with chronic pain.</p> <p>Journal of Nursing and Health care of Chronic Illness.</p> <p>2010, 2 S. 254-261</p> <p>http://dx.doi.org/10.1111/j.1752-9824.2010.01066.x</p>	<p>Denne studien har som hensikt å øke forståelsen av behov knyttet til smertebehandling av kroniske smerter og å beskrive hvordan disse behovene oppleves av personer som lever med kroniske smerter.</p>	<p>Needs assessment ,</p> <p>Pain management,</p> <p>Qualitative research,</p> <p>Rehabilitation</p>	<p>Det ble utført en kvalitativ studie hvor det ble brukt tematiske spørsmål. Studien ble utført på en rehabiliteringsenhet i Sverige og deltakerne i studiet er hentet der. Det var 7 kvinner og 3 menn som deltok i studien. Alle 10 hadde kronisk smerte som hadde vart i alt fra 4-32 år. 9 av deltakerne var ikke i arbeid på grunn av deres smerter.</p> <p>Testintervju ble først utført og spørsmål ble revidert for å fokusere mer på målet til studien. Ni intervju ble gjort i rehabiliteringslokalene og et i hjemmet til en deltager etter eget ønske. Intervjuene ble tatt opp og varte mellom 30 og 60 minutter.</p>	<p>Som et resultat av studien kom de frem til tre temaer angående behov knyttet til kroniske smerter. Dette var at de må håndtere den smertefulle kroppen og det ivrige sinnet, at de har behov for å endre selvbildet og at de trenger bekreftelse gjennom fellesskap. Konklusjonen er at å tilpasse seg et liv med kroniske smerter er en vanskelig prosess. Å gjenkjenne behovene til pasienter som lever med kroniske smerter, kan forbedre tiltakene for å møte disse behovene.</p>	<p>Denne studien er veldig relevant for oppgaven vår, da det kommer frem viktige funn som gir helsepersonell informasjon om hvordan pasienter med kroniske smerter opplever sine behov. Funnene kan også utgjøre et grunnlag for å evaluere om pasientenes behov samsvarer med tiltakene som generelt blir gitt til denne pasientgruppen.</p> <p>Her kommer det frem viktig informasjon og konkrete funn som vi kan bruke i oppgaven vår.</p>

Vedlegg 8 Litteratormatrise 6

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Nilsen, G. og Anderssen, N.</p> <p>Struggling for a normal life: Work as an individual self-care management strategy among persons living with non-malignant chronic pain</p> <p>Work. 2014, s.123-132</p> <p>http://dx.doi.org/10.3233/WOR-131642</p>	<p>Hensikten med denne studien var å finne ut hvordan pasienter med kronisk ikke-maligne smerter takler deres tilstand og hvordan de håndterer dagliglivet.</p>	<p>Work Nature Bourdieu</p>	<p>En kvalitativ studie ble gjort hvor 20 personer i alderen 26-63 år med kroniske ikke-maligne smerter ble intervjuet med åpne spørsmål om hvordan de lever og takler livet med kroniske smerter. Dette var 10 menn og 10 kvinner fra en smerteklinikk i Nord-Norge. De ble spurt om å fortelle om livet fra smertedebut frem til de ble invitert til å delta i studien. Intervjuene ble tatt opp og varte i 2-3 timer. Senere ble intervjuene skrevet ned som en fortellende-analyse og analysert etter tema.</p>	<p>Som et resultat av studien kom det frem at for alle pasientene var smerten blitt en del av hverdagen og at det krevde mye av de for å håndtere denne smerten. Det var typisk at pasientene følte på ensomhet, frykt for å bli stigmatisert og en fortvilelse over å ha fått en uforutsigbar tilstand. De ønsket å komme tilbake til et normalt dagligliv og mest av alt tilbake til betalt arbeid.</p> <p>Konklusjonen er at i helsevesenet i dag er det få, eller ingen tilbud for pasienter med kroniske smerter som hjelper over tid. De fleste har utviklet egne mestringsstrategier, men de skulle med fordel hatt lokal støtte i form av veiledning fra en profesjonell som kunne gitt de kunnskap og støtte på egne mestringsstrategier.</p>	<p>I denne artikkelen kommer det frem hvordan det er for pasienter å leve med kroniske smerter og hvor stor innvirkning dette har på livene deres. Ved å bli obs på denne kan helsepersonell lettere møte pasientene med forståelse og empati.</p>

Vedlegg 9 Litteratormatrise 7

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Koskinen,C., Aho, S., Nyholm, L.</p> <p>Life with an unwelcome guest – caring in a context of protracted bodily pain</p> <p>Scandinavian Journal of Caring Sciences</p> <p>2016. 30 (4) s. 774-781</p> <p>https://doi.org/10.1111/scs.12304</p>	<p>Målet med denne studien var belyse hva langvarig kroppslig smerte gjør med en person og hva de ser på som omsorg.</p>	<p>Caring science, Protracted pain, Suffering, Content analysis, Natural care</p>	<p>Det ble utført en kvalitativ studie hvor fokusgruppeintervjuer ble brukt. For å finne deltagere til studien kontaktet de en smerteforening hvor de fikk tillatelse til å gi ut informasjon om studien til medlemmene. 4 personer viste interesse og ønsket å delta i studien. De semi-strukturerte intervjuene varte 1.5 time og ble tatt opp, skrevet ned og senere analysert.</p>	<p>Som et resultat av studien kommer det frem at mange opplever å ikke bli trodd for smertene sine og at de ble stemplet som hypokondere. Det kommer også frem at de følte helsepersonell var dårlig til å kommunisere og at de viste lite forståelse for smertene pasientene hadde. De følte at de ikke ble sett.</p> <p>Konklusjonen er at de kroniske smertene er som en uvelkommen gjest som de ikke klarer å bli kvitt og at de kjemper konstant for å ikke la denne «gjesten» herske over livene deres.</p>	<p>I artikkelen kommer det frem hva personer med kroniske smerter opplever som omsorg i hverdagen og hvordan de opplever møtet med helsevesenet. Den setter ord på hvor stor betydning å bli trodd for sine smerter påvirker hverdagen, det å ikke bli trodd kan forverre smertene. Dette er viktige momenter som vil være med på å belyse problemstillingen vår.</p>

Vedlegg 10 Litteratormatrise 8

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel- begrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Rolbiecki, A., Subramanian, R., Crenshaw, B., Albright, D. L., Perreault, M., Mehr, D.</p> <p>A Qualitative Exploration of Resilience Among Patients Living With Chronic Pain</p> <p>American Psychological Association</p> <p>2017, 23 (1) s. 89-94</p>	<p>Hensikten med studien var å finne ut hvilke erfaringer pasientene hadde ved å leve med kronisk smerte.</p>	<p>Chronic pain, Resiliency, Pain intensity, Self-efficacy, Pain acceptance</p>	<p>Det ble utført en kvalitativ studie med telefonintervju av 9 kvinner og 3 menn i alderen 20-80 år med kroniske smerter. Pasientene ble rekruttert på forskjellige måter. De måtte ha hatt smerter i over 6 måneder. Intervjuene ble gjennomført ved hjelp av en intervjuguide.</p>	<p>Som et resultat har de funnet fire måter pasientene bruker for å øke sin resiliens. Pasientene søker informasjon om sin helsetilstand der de kan finne, som internett, og kontrollerer dette igjen opp mot informasjon de får fra sin lege.</p> <p>De er også aktive deltagere i medikamentell behandling og komplementær behandling for å få kontroll. De søker sosial støtte og deltar også på nettforum som de opplever som gode og dårlig alt ettersom. Positiv holdning og det å akseptere smerten gir god resiliens.</p> <p>Konklusjonen er at studien viser den positive effekten resiliens har på pasientene og deres evne til å håndtere de kroniske smertene.</p>	<p>Denne artikkelen har stor relevans for vår oppgave da den gir oss et innblikk i hvordan pasientene håndterer smerten på en god måte og hva som gir dem god resiliens. Det kommer også frem hvor de søker for å finne informasjon og hvordan de føler informasjon om sin tilstand hjelper de i hverdagen. Dette er viktige momenter for vår oppgave som vi kan trekke inn i vår diskusjon.</p>

