



# NTNU

Kunnskap for en bedre verden

# Bacheloroppgave

**SY301813 Sykepleie VI**

**Kroniske smerter / Chronic pain**

Kandidatnummer: 4486 og 4462

Totalt antall sider inkludert forsiden: 53

Antall ord: 8777

Hovedveileder: Marianne Frilund

Innlevert Ålesund, 19.05.2016

## Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. **Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.**

Du/ dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none"><li>• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.</li><li>• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.</li><li>• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.</li></ul>	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. <a href="#">Universitets- og høgskoleloven</a> §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter NTNUs studieforskrift.	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

# Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Marianne Frilund

## Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten ([Åndsverkloven §2](#)).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved NTNU i Ålesund en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja  nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja  nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja  nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja  nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. [Jfr. Offl. §13](#)/[Fvl. §13](#))

Dato: 19.05.2016

**«Few people die of pain,  
many die in pain,  
and even more live in pain»  
(Breivik 2002, s.101).**



(iStockphoto, u.å)

## Sammendrag

**Bakgrunn:** Ifølge Ljoså og Rustøen (2007) viser det seg at grunnleggende kunnskap om smerte blant helsepersonell er mangelfullt. Studie viser at omtrent en av tre nordmenn lever med kroniske smerter. Kroniske smerter kan gi store konsekvenser både for pasienten og dens omgivelser, og for samfunnet.

**Hensikt:** Hensikten med denne studien er å få en dypere innsikt i hvilke mestringsstrategier som benyttes av pasienter med kroniske smerter.

**Metode:** Denne systematisk litteraturstudien, baseres på åtte forskningsartikler: Seks kvalitative, en kvantitativ og en kombinert av kvalitativ og kvantitativ.

**Resultat:** Gjennom analysen, kom vi frem til fire hovedtemaer som presenterer mestringsstrategiene som benyttes av pasientene; fysisk aktivitet og øvelser tilpasset pasienten, kognitive mestringsstrategier, komplementære mestringsstrategier og støtte og veiledning.

**Konklusjon:** Mestringsstrategiene som ble benyttet og ga gunstige effekter: tilpasse fysisk aktivitet/trening, akseptere og tilpasse helsesituasjonen, åpne seg, bli bevisst på emosjonelle-, kognitive- og atferdsendringer, ulike distraksjonsteknikker, støtte fra helsepersonell, dele erfaringer med andre pasienter, undervisning og hjemmeoppgaver, varme/kulde, medikament, massasje, musikk og hvile. Kroniske smerter er et komplekst fenomen, hvor samarbeidet med denne pasientgruppen vil kreve mye av sykepleierne. Det vil kreve at sykepleier har den «rette» kunnskapen, for å være en veiledende og motiverende støttespiller for å fremme mestring hos pasienten. Sykepleiers rolle bør være å lytte, vise forståelse og respekt, vise omsorg, tilrettelegge, styrke pasientens tro og se pasientens ressurser.

## Abstract

**Background:** According to Ljoså and Rustøen (2007) it shows that basic knowledge about pain is lacking among healthcare professionals. Study shows that one out of three Norwegians is living with chronic pain. Chronic pain can give many consequences for the patient and its surroundings, and for the community.

**Purpose:** The purpose of this study is to gain a deeper insight into the coping strategies used by patients with chronic pain.

**Method:** This systematic literature review is based upon eight research papers. Six qualitative, one quantitative and one combined of qualitative and quantitative.

**Results:** Through the analysis, we came up with four main themes that present coping strategies used by the patients; physical activity and exercises tailored to the patient, cognitive coping strategies, complementary coping strategies and support and guidance.

**Conclusion:** Coping strategies that were used and provided beneficial effects: Customize physical activity/exercise, accept and adapt the health situation, open up, be aware of emotional-, cognitive- and behavioral changes, various distraction techniques, support from healthcare professionals, sharing experiences with other patients, instruction and homework assignments, heat/cold, medicine, massage, music and rest. Chronic pain is a complex phenomenon, which cooperation with this group of patients will require a lot from the nurse. It will require that the nurse have the «correct» knowledge to be a guiding and motivating support to promote coping for the patient. Nurse's role should be to listen, show understanding and respect, care, facilitate, enhance patient beliefs and see the patient's resources.

# Innhold

<b>1.0 Bakgrunn for valg av tema</b> .....	<b>s. 3</b>
1.1 Studiens hensikt.....	s. 3
1.2 Problemstilling.....	s. 4
1.3 Begrepsavklaring.....	s. 4
1.4 Avgrensing av oppgaven.....	s. 4
1.5 Oversikt over oppgavens videre oppbygging.....	s. 5
<b>2.0 Teorigrunnlag</b> .....	<b>s. 6</b>
2.1 Kroniske smerter.....	s. 6
2.1.1 Revmatiske smerter og annen smerte fra muskel- og skjelettsystemet.....	s. 6
2.2 Mestring.....	s. 7
2.2.1 Mestringsstrategier som kan benyttes hos pasienter med kroniske smerter....	s. 7
2.3 Lidelse.....	s. 10
2.4 Benner og Wrubels sykepleieteori .....	s. 11
<b>3.0 Metode</b> .....	<b>s. 12</b>
3.1 Kvalitativ og kvantitativ forskning .....	s. 12
3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	s. 12
3.3 Etisk vurdering.....	s. 13
3.4 Kvalitetsvurdering.....	s. 13
3.5 Datasamling.....	s. 14
3.5.1 Søkestrategi og historikk.....	s. 14
3.6 Analyse.....	s. 15
<b>4.0 Resultat</b> .....	<b>s. 17</b>
4.1 Fysisk aktivitet og øvelser tilpasset pasienten.....	s. 17
4.2 Kognitive mestringsstrategier.....	s. 17
4.3 Komplementære mestringsstrategier.....	s. 18
4.4 Støtte og veiledning.....	s. 19
<b>5.0 Diskusjon</b> .....	<b>s. 21</b>
5.1 Metodediskusjon.....	s. 21
5.2 Resultatdiskusjon.....	s. 22
5.2.1 Kognitive mestringsstrategier.....	s. 22
5.2.2 Betydningen av støtte og veiledning.....	s. 23
5.2.3 Fysisk aktivitet og øvelser tilpasset pasienten.....	s. 25

5.2.4 Komplementære mestringsstrategier.....	s. 26
<b>6.0 Konklusjon.....</b>	<b>s. 28</b>
<b>Litteraturliste.....</b>	<b>s. 29</b>

Vedlegg 1: PICO-skjema

Vedlegg 2: Oversikt over analysen: Hovedtema, kategorier og tema

Vedlegg 3: Skjema for søkehistorikk

Vedlegg 4: Litteraturmatriser



## **1.0 Bakgrunn for valg av tema**

Vi har valgt temaet «kroniske smerter» og «mestring» fordi vi synes at det er et interessant, og ikke minst et relevant og viktig tema i dagens samfunn. Vi har allerede med egne erfaringer opplevd at det er en stor andel mennesker som lever med kroniske smerter, og vi har sett hvordan smertene påvirker deres livskvalitet. Det vi derimot ikke har fått noe særlig innblikk i, er hvilke mestringsstrategier denne pasientgruppen benytter for å håndtere smertene. Ifølge Ljoså og Rustøen (2007, s.60) har smerte vært et oversett helsefaglig område. Selv om smerte har fått et større fokus den siste tiden, viser det seg at helsepersonell mangler de grunnleggende kunnskapene om smerte. Det har blitt gjennomført flere populasjonsbaserte studier i Norge og internasjonalt, hvor man da ser at forekomsten av kroniske smerter øker betraktelig. Breivik et al. (2006) gjennomførte en Europeisk studie hvor de blant annet viste seg at 30 % av nordmennene oppga å ha kroniske smerter. Dette vil si at omtrent en av tre nordmenn levde med kroniske smerter. Dette er et oppsiktsvekkende tall, hvor det ifølge denne studien var Norge som hadde den høyeste forekomsten av kroniske smerter. Denne studien indikerer at kroniske smerter er et stort samfunnsproblem, som må tas på alvor. Ljoså og Rustøen (2007, s.61) mener at kroniske smerter kan gi store konsekvenser for den som er rammet, vedkommende sine omgivelser og for samfunnet. Samfunnsmessige konsekvenser er ofte tap av produktivitet og arbeidstid, samt økte utgifter til sykepenges og medisinsk behandling. I yrket som sykepleier vil vi ofte møte pasienter som lider av kroniske smerter. Som Berntzen, Danielsen og Almås (2011, s.387) sier, så vil man møte mennesker med kroniske smerter overalt i helsevesenet - sykehjem, i hjemmebaserte tjenester, sykehus, psykiatriske avdelinger og smerteklinikker. Smertene kan gi fysiologisk, psykologisk, åndelig og sosiale konsekvenser for pasienten, hvor deres livskvalitet er truet. Alt dette gjør at temaet «kronisk smerte» fanger vår interesse for å utvikle en bredere forståelse for hvordan denne pasientgruppen mestrer sitt liv med kroniske smerter, og hva vi som helsepersonell kan bidra med.

### **1.1 Studiens hensikt**

Hensikten med denne studien er å få en dypere innsikt i hvilke mestringsstrategier som benyttes av pasienter med kroniske smerter.

## **1.2 Problemstilling**

*«Hvilke mestringsstrategier benytter pasienter med kroniske smerter for å mestre sin lidelse»?*

## **1.3 Begrepsavklaring**

### **Kronisk smerte**

Kroniske smerter defineres ofte som smerte med over tre måneders varighet, eller som smerte med over seks måneders varighet, som noen andre ville sagt (Ljoså og Rustøen 2007, s.61).

### **Lidelse**

Kristoffersen (2007, s.82-85) sier at man kan lide på så mange måter at det er umulig å beskrive alle former for lidelse, men at man kan si at lidelse knyttes til de mørke sidene ved livet. Lidelsen er ond, og har i seg selv ingen mening. For mange pasienter er livet med kronisk sykdom karakterisert av tap av kontroll over egne tanker og følelser, tap av kontroll over kroppen, tap av det livet en hadde før sykdommen, men også opplevelsen av tap av det livet som kunne ha vært i framtiden.

### **Mestring og mestringsstrategier**

Å mestre kan defineres som å beherske, ha tak på, greie eller være herre over en situasjon (Hanssen og Natvig 2007, s.44). Mestring består av et bredt spekter av bestrebelser og strategier rettet mot å kontrollere både ytre og indre krav og konflikter. Mestringsstrategier er det en gjør for å takle krav eller utfordringer (Reitan 2011, s.78-79).

## **1.4 Avgrensning av oppgaven**

Vi har valgt å fokusere på mestringsstrategiene som pasienter med kroniske smerter anvender, enten på egen hånd eller ved hjelp av helsepersonell. Vi har valgt å inkludere forskningsartikler som hovedsakelig omhandler revmatiske smerter, andre muskel-, skjelett- og leddsmerter eller generell kronisk smerte. Artikkene skal ikke fokusere på hva helsepersonell mener kan være effektive behandlingsmetoder eller mestringsstrategier.

### **1.5 Oversikt over oppgavens videre oppbygging**

Videre vil vi presentere et teorigrunnlag hvor relevant litteratur og sykepleieteori om temaet blir belyst. Deretter vil vi gjøre rede for metodebeskrivelsen som vil ta for seg kvalitativ og kvantitativ metode, inklusjons- og eksklusjonskriterier, etisk vurdering, kvalitetsvurdering, datainnsamling, søkestrategi og analyse av de utvalgte forskningsartiklene. Etter dette fremlegges resultater, hvor det vil bli gjort rede for de sentrale funnene som er gjort gjennom analysen av artiklene. Diskusjonskapittelet innledes med en metodediskusjon og deretter drøftes de sentrale funnene fra artiklene i lys av teoribakgrunnen. Oppgaven avsluttes med en kort konklusjon.

## **2.0 Teorigrunnlag**

I dette kapitlet omtales teori om de aktuelle temaene i oppgaven. Det redegjøres for begrepet kroniske smerter med ulike undertemaer, mestringsbegrepet, mestringsstrategier, lidelsesbegrepet og Benner og Wrubels sykepleieteori. Vi har også valgt å fokusere på hvordan Lazarus og Folkman (1984) belyser mestring, siden de går grundig inn i begrepet.

### **2.1 Kroniske smerter**

Kroniske smerter kan være av somatisk, visceral eller nevropatisk karakter, hvor det ikke alltid foreligger en fysiologisk årsak. Det er et svært sammensatt fenomen, hvor fysiske, sosiale og psykiske aspekter griper inn i hverandre. Det er en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse, som ofte er forbundet med vevsskade. Flere faktorer kan forme en persons smerteopplevelse, atferd og forhold til andre mennesker. Dette kan være kognitive faktorer, affektive faktorer og sosiale faktorer (Ljoså og Rustøen, 2007, s.61-64). Berntzen, Danielsen og Almås (2011, s.387) henviser til McCaffery og Beebe (2001) som sier at ved kroniske smerter vil det skje forandringer i grunnleggende biologiske mekanismer som immun-, nerve- og hormonsystemet. Det ser ut til at det blant annet frigjøres cytokiner og kortisol, noe som kan gjøre at den kroniske smertetilstanden vedvarer. Kroniske smerter må sees på som en kroppslig erfaring, hvor man må sette pasientens subjektive perspektiv i fokus. Dette kan bidra til at helsepersonell blir mer opptatt av den lidelsen pasienten opplever, og ikke bare årsaken til smertene.

#### **2.1.1 Revmatiske smerter og annen smerte fra muskel- og skjelettsystemet**

Revmatiske sykdommer har til felles at det kan påvises inflammasjon og inflammasjonsceller i ledd og andre affiserte organer. De fleste av de revmatiske sykdommene gir varierende grad av smerter og stivhet. Noen av pasientene vil oppleve kortvarige intense smerter, og noen har mer utbredte smerter av en kronisk karakter. Pasienter med revmatiske smerter opplever ofte redusert livskvalitet og kan utvikle depresjon som følge av dette (Langeland, Halse og Ørn 2011, s.457). Gregersen (2011, s.170) refererer til Ryan et al. (2003), som mener at når pasientene føler at de ikke har kontroll over smertene, økes frykten for å ikke klare å leve med dem. På grunn av denne frykten, er det mange som velger ulike alternative behandlinger i tillegg til de tradisjonelle.

Gregersen (2011, s.169-170) henviser til Kvien (2007), hvor det blir sagt at pasienter med en revmatisk sykdom ofte er avhengig av å utvikle hensiktsmessige mestringsstrategier for å klare å leve med de konsekvensene som sykdommen medfører. Etter hvert får ofte pasientene kunnskaper og erfaringer som er med på å kunne vurdere graden av plagene, og årsaken til dem. På denne måten vil pasienten få en større mestringsevne, hvor man kan tilrettelegge livet sitt slik at sykdommen i minst mulig grad begrenser livsutfoldelsen. Gregersen (2011, s.174) sier at pasienter med en revmatisk sykdom ofte må omstille og tilpasse seg for å forsones seg med situasjonen. Mestringsprosessen omfatter tre stadier: godta at sykdommen er kronisk, godta følelsen av annerledeshet og finne mestringsstrategier for å takle situasjonen sin.

## **2.2 Mestring**

Lazarus og Folkman (1984, s.141) definerer mestring som stadig skiftende kognitive og atferdsmessige tiltak for å håndtere ytre og/eller indre krav som oppleves som belastende eller som overskrider ens ressurser. Lazarus og Folkman (1984, s.150-152) sier videre at mestring kan deles inn i emosjonsfokusert og problemfokusert mestring. Mestring kan være rettet mot å håndtere eller endre problemet som forårsaker nød, og mestring kan også være rettet mot å regulere den følelsesmessige reaksjonen på problemet.

Emosjonsfokuserte strategier består av kognitive prosesser som er rettet mot å minske emosjonelle plager. Strategiene kan bestå av blant annet unngåelse, å minimalisere, distansering, positive sammenligninger og finne det positive i negative hendelser.

Problemfokuserte mestringsstrategier kan ligne på strategier som brukes ved problemløsning. Problemfokuserert innsats er ofte rettet mot å definere problemet, skape alternative løsninger, veie alternativene opp mot hverandre og velge blant dem og handle.

For å forstå mestring, og for å vurdere det, trenger vi å vite hva personen strever med. Jo mer definert sammenheng, jo lettere er det å knytte en bestemt mestringstanke eller handling til en innholds rettet etterspørsel. Gjennom en mestringsprosess kan man endre mestringstankene som opptrer når et stressende møte utfolder seg (Lazarus og Folkman 1984, s.142).

### **2.2.1 Mestringsstrategier som kan benyttes hos pasienter med kroniske smerter**

Mestring består av et bredt spekter av bestrebelser og strategier rettet mot å kontrollere både ytre og indre krav og konflikter. Mestringsstrategier er det en gjør for å takle krav

eller utfordringer. Alle mestringsstrategier en person bruker, har som formål å hjelpe vedkommende til å bevare sitt selvbylde, finne mening og opprettholde personlig kontroll over de problemer og ytre og indre krav personen står overfor (Reitan 2011, s.78-79).

### **Medikament**

Den Norske Legeforening (2009, s.8-10) sine retningslinjer for smertelindring sier at kombinasjoner av paracetamol eller NSAIDs samtidig med opioider er det mest veldokumenterte legemidlene mot smerte. Behandling med opioider bør alltid inngå i en helhetlig behandlingsplan, hvor man også bruker ikke-medikamentelle tiltak. Bruk av opioider bør i størst mulig grad unngås på grunn risikoen for avhengighet. Langvarig behandling med opioider kan være aktuelt for en selektert gruppe pasienter med sterke, kroniske smerter. Pasientens livssituasjon og helse skal være nøye kartlagt før man planlegger den medikamentelle behandlingen. Den Norske Legeforening (2009, s.20) sier videre at det ofte kombineres DMARDs med NSAIDs og/eller kortison hos pasienter med revmatiske smerter. NSAIDs virker bare symptomdempende, og kan gi alvorlige bivirkninger over tid.

### **Kognitive mestringsstrategier**

Ifølge Ljoså og Rustøen (2007, s.74) har kognitiv-, atferds- og avslapningsterapi vist seg å være effektive behandlinger hos mange pasienter med kroniske smerter. Kognitiv- og atferdsterapi omhandler blant annet å behandle depresjon, samt endre negativ tankemønster og atferd for å bedre mestringsnivået. Taylor (1983, s.1161) sin teori om kognitiv adaptasjon, viser hvor stor menneskets tilpasningsevne er når man opplever stress. Teorien viser at denne tilpasningsprosessen sentreres om tre temaer: man søker etter *mening* med situasjonen, man forsøker å gjenvinne *mestring* av livssituasjonen og man arbeider for å ta vare på og *øke selvfølelsen*.

Ifølge Morley, Eccleston og Williams (1999) er hovedmålet med kognitive atferds terapeutiske tilnærminger å forbedre fysisk funksjon, mestringsferdigheter og livskvalitet. Denne tilnærmingen rettes mot forskjellige tiltak, som for eksempel: understøtte pasientens evne til å hjelpe seg selv, modifisere pasientens tanker, følelser og atferd og fremme forandring ved å benytte atferds terapeutiske prosedyrer.

Gregersen (2011, s.183) mener at det å rette oppmerksomheten mot noe positivt kan gi økt velvære, redusere ubehag og smerter. Dette kan omfatte blant annet visualisering, fantasireiser, bevisst berøring, meditasjon og selvhypnose. Å være i arbeid eller drive med hobbyer kan være viktig, slik smertene ikke tar for mye plass i livet. Berntzen, Danielsen og Almås (2011, s.391-394) mener at man kan se på smertene som en rad av impulser som kommer inn til hjernen og fram til bevisstheten. En måte å dempe smertene på vil være å fylle bevisstheten med andre impulser. Det er kjent at smerter kan dempes eller helt forsvinne når en er sterkt konsentrert om noe, er inne i en god samtale, ser en spennende film eller blir oppslukt av et musikkstykke.

### **Komplementære mestringsstrategier**

Komplementære mestringsstrategier består gjerne av varme- eller kuldebehandling, massasje, ultralydbehandling og manipuleringssteknikker (Berntzen, Danielsen og Almås 2011, s.392). Gregersen (2011, s.183) refererer til Rathanayake (2009) og Welch et al. (2002) som mener at pasienter med revmatiske sykdommer bør ha mulighet til en varm dusj eller et varmt bad. Varme bad og varme pakninger virker mykgjørende og avslappende og lindrer smerten for de fleste. Når årsaken til smerte er inflammasjon, kan derimot kalde omslag lindre bedre.

### **Fysisk aktivitet**

Regelmessig fysisk aktivitet ser ut til å være viktig både som smertelindrende tiltak og for å forbedre funksjonsevnen ved langvarig smertetilstand (Helsedirektoratet 2008, s.590). Helsedirektoratet (2008, s.582-583) formidler at fysisk aktivitet som direkte og indirekte smertelindring bør drives regelmessig og kontinuerlig. Valg av aktivitetstype vil avhenge av den underliggende smertetilstanden og evnen til fysisk aktivitet. Personer med langvarige smerter har ofte svært lav prestasjonsevne, og aktiviteten bør ha en gradvis stigning fra en begynnelse med lav intensitet. Ifølge Lerdal og Grov (2011, s.647) er det gunstig for pasientene å finne en god balanse mellom fysisk aktivitet og hvile.

Langvarige smertetilstander fører ofte til at pasienten unngår fysisk aktivitet. Dette kan forsterke fysisk de kompensering, gi muskelsvakhet og økt muskelspenning og dermed senke terskelen for nye smerteplager. Den negative sirkelen mellom smerter – angst for smerte – unngåelse av aktivitet for å unngå smerte – fysisk svakhet – økt følsomhet for smerte, må brytes. Pasienter må hjelpes til å forstå plagene og endre atferden med fysisk

aktivitet (Den Norske Legeforening 2009, s.21).

Gregersen (2011, s.184) sier at fysisk aktivitet og trening kan foregå med støtte og veiledning, både individuelt og i grupper. Fritidsaktiviteter kan bli tilrettelagt og det kan anvendes hjelpemidler. Berntzen, Danielsen og Almås (2011, s.392) nevner at fysioterapeuter kan gi et variert tilbud til pasienter med kroniske smerter, blant annet ved aktive og passive behandlinger og opplæring i mestringsstrategier. Behandling kan bestå av kondisjonstrening, trening i varmtvannsbasseng og diverse øvelser.

### **Undervisning, støtte og veiledning**

Gregersen (2010, s.188) sier at kunnskapen bare er én side av læringen.

Pasientundervisning er like mye fokusert på problemidentifisering som på å styrke pasientens tro på sine egne ressurser. Det tilbys kurs i slike temaer ved mange mestrings- og læringscentre. Målet er å styrke pasientens tro på sin egen evne til å mestre symptomer og utfordringer. Hanssen og Natvig (2007, s.58) refererer til Lorig (2001) som formidler at pasienter kan benytte hverandres mestringsforsøk og sykepleieren kan bruke sine kunnskaper til å hjelpe de til å tolke symptomer eller som støtte for læring av nye mestringsferdigheter. Ifølge Lazarus og Folkman (1984, s.243-246) mottar mennesker næring og støtte fra sosiale forhold. Det kan forhindre stress ved å gjøre vanskelige erfaringer til å fremstå mindre konsekvensfulle, eller ved å gi verdifulle ressurser for mestring når stress opptrer. Hanssen og Natvig (2007, s.58) sier at det er sentralt at man tilstreber å styrke pasientens ressurser, slik at han kan mestre ulike krav. Vesentlige ressurser hos pasienten vil være blant annet psykologisk utholdenhet og sosial støtte, kunnskap og innsikt, motivasjon og tro.

### **2.3 Lidelse**

Å lide viser til selve lidelsesprosessen som det enkelte mennesket lever i. I dette ligger også muligheten til å leve gjennom lidelsen, og derved åpner lidelsen som prosess for et håp om noe bedre. Lidelse blir i økende grad knyttet til tilstander og diagnoser, spesielt til kroppslig smerte og sykdom (Kristoffersen 2007, s.79-80). Kristoffersen (2007, s.83-85) sier videre at lidelsen er ond, og har i seg selv ingen mening. Lidelsens onde karakter kan ikke minimeres ved at lidelsen også kan gi mulighet for vekst og utvikling. Lidelsen kan allikevel utvikle seg til også å bli en kraftkilde i et menneskes liv. Et mål kan være å finne en mening i lidelsen slik at den kan bli en positiv kraft.



## 2.4 Benner og Wrubels sykepleieteori

Vi har valgt å støtte oss til Patricia Benner og Judith Wrubels sykepleieteori, fordi denne teorien har størst fokus på mestring. Ifølge Kirkevold (2012, s.199) så tar Benner og Wrubels omsorgsteori utgangspunkt i begrepet omsorg, som de hevder er det primære i alt menneskelig liv. De hevder at det er omsorg i betydningen «bry seg om noe», som skaper muligheter for et menneske og gir opphav til meningsfulle måter å mestre en situasjon på. Benner og Wrubel (1989, s.63) mener at «mestring» er et sentralt begrep i helse. Ifølge dem så betyr ikke mestring å overvinne eller takle situasjoner på en objektiv sett «suksessfull måte». En persons mestring må en vurdere ut fra personens egen forståelse, vurdering og mulighet. Mestring kan aldri være et ubegrenset valg fra en liste over effektive og ineffektive alternativer, i stedet er mestring avgrenset av betydninger og problemstillinger som ligger i det som regnes som stressende .

Benner og Wrubel (1989, s.319) sier at mestring ikke er en motgift mot stress. Stress er avbrudd av betydninger, og mestring er et forsøk på å opprettholde, gjenopprette eller lede tap av forstyrret betydninger. Benner og Wrubel (1989, s.187) hevder at helsefremmende tiltak må ta utgangspunkt i en persons opplevde situasjon, hva som er viktig for vedkommende og hvilke mestringsmuligheter han eller hun har. Helsefremmende tiltak må bygge på personens ressurser, samtidig som helsearbeideren hjelper personen til å åpne nye muligheter ved å for eksempel fremme nye mestringsmuligheter som utvider og supplerer de eksisterende.

### **3.0 Metode**

En systematisk litteraturstudie innebærer å systematisk søke, kritisk granske og deretter sammenstille litteraturen innen et valgt emne eller problemområde (Forsberg og Wengström 2013, s.30). Når man har en problemstilling klar, formulerer man søkeord som er grunnleggende for litteratursøkingen. Litteratursøkingen kan gjøres manuelt eller gjennom søking i databaser (Forsberg og Wengström 2013, s.74). I denne delen gjør vi rede for kvalitativ og kvantitativ forskning, datasamlingen, inklusjons- og eksklusjonskriterier, etisk vurdering, kvalitetsvurdering og analysen av artiklene.

#### **3.1 Kvalitativ og kvantitativ forskning**

Vi har inkludert seks kvalitative studier, en studie som har en kombinert metode av kvalitativ og kvantitativ, og en kvantitativ studie. Ifølge Forsberg og Wengström (2013, s.53-57) fokuserer kvalitativ forskning på et resultat basert på egne erfaringer, holdninger og synspunkt. Kvantitative studier fokuserer på anerkjente teorier og prinsipper basert på objektive og nøytrale referanser, hvor forskeren holder avstand til studieobjektet i den grad det er mulig. Kvantitativ forskning kan gi evidensbasert resultat som er målbare i form av prosenter og tall. Når man bruker en kombinert metode av kvalitativ og kvantitativ, er man ute etter å få ulik informasjon om ett fenomen. Fordelen med denne metoden er at forskningsspørsmålet kan belyses fra forskjellige synsvinkler. Vi har valgt å inkludere både kvalitative og kvantitative studier for å skape størst mulig forståelse i løsningen av problemstillingen vår.

#### **3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier**

Noe av det første vi gjorde i forberedelsesfasen, var å bli enige i inklusjons- og eksklusjonskriterier. Vi har valgt å fokusere på menn og kvinner i voksen alder, noe som vil si at vi inkluderte studier hvor deltakerne måtte være atten år eller eldre. Siden problemstillingen i oppgaven setter fokus på pasientperspektivet, var det vesentlig at forskningsstudiene også gjorde det. For å oppfylle «kravet» om å lide av kroniske smerter, ble en av inklusjonskriteriene at deltakerne hadde hatt smerter i minst tre måneder. Vi valgte også å avgrense oppgaven mot pasienter som lider av revmatiske smerter, annen muskel-, ledd- og skjelettsmerte eller generell kronisk smerte uten klar årsak. Studiene måtte ha et hovedfokus på ulike mestringsstrategier, da dette er hovedtemaet i oppgaven. For å holde oppgaven så aktuell som mulig, begrenset vi søket fra år 2010-2016. Alle

artiklene måtte følge IMRAD-strukturen og være fagfellevurdert/referee bedømt, da dette er med på å sikre kvaliteten på studiene. Vi valgte også å inkludere studier som har fått en etisk godkjenning (f.eks. av etisk komité el.lign.). Vi ønsket å inkludere studier som hadde blitt gjennomført i den vestlige verden, men dette la vi fra oss da vi så hvor utbredt kroniske smerter er rundt om i hele verden. For å sikre en fullstendig forståelse av artiklene, måtte de ha engelsk eller skandinavisk språk (Forsberg og Wengström 2013, s.98).

### **3.3 Etisk vurdering**

Ifølge Forsberg og Wengström (2013, s.145) så er god etikk et viktig aspekt i all vitenskapelig forskning. Forskerne bør vise ulike etiske hensyn ovenfor deltakerne i studien, samt gjøre rede for resultatet. Forsberg og Wengström (2013, s.70) sier videre at det er viktig at man velger ut artikler som har fått godkjenning fra en etisk komité. Man bør inkludere de resultatene som både støtter og ikke støtter hypotesen. Vi valgte å følge Forsberg og Wengströms beskrivelse av etiske vurderinger, hvor den ene inklusjonskriterien vår var at artiklene skulle være godkjent av en etisk komité eller lignende. Vi har også valgt og ikke bare inkludere artikler som «støtter» forskerens/forfatterens syn, men også artikler som ikke gjør det. Forskningsartiklene har også gjort rede for hvilke etiske hensyn de har gjort ovenfor deltakerne, og hvorfor. Artiklene har resultater som har blitt gjort godt rede for.

### **3.4 Kvalitetsvurdering**

Verdien av et systematisk litteraturstudie er avhengig av hvor godt man identifiserer og vurderer relevante studier. Kvalitetskrav til hvilke studier som skal inkluderes i oppgaven bør spesifiseres (Forsberg og Wengström 2013, s.115). Før vi startet søket etter forskningsartikler, bestemte vi oss for hvilke krav vi ville stille til kvaliteten på artiklene. Vi brukte også Forsberg og Wengström (2013, s.194-196) sin sjekklister for systematiske litteraturstudier. Viktige krav var at studiene skulle være fagfellevurdert, og være vurdert til nivå en eller to på nettstedet [nds.uib.no](http://nds.uib.no). Artiklene skulle være fra år 2010 eller senere tid, de skulle ha en tydelig IMRAD-struktur og ha et tydelig beskrevet resultat. Vi så på studienes gruppestørrelser, hvor vi ønsket å inkludere studier med et stort antall deltakere/pasienter, siden dette kan ifølge Forsberg og Wengström (2013, s.117) ha noe å si på studiens kvalitet. Selv om noen av studiene ikke har en stor gruppestørrelse, har vi likevel valgt å inkludere dem på bakgrunn av de andre kvalitetene og dens relevans for å

besvare problemstillingen. Studiene skulle innebære klare inklusjons- og eksklusjonskriterier. Dette var særlig viktig for å vite hvilke pasienter og diagnoser studien inneholdt.

### **3.5 Datasamling**

Det ble utført søk i databaser innenfor helsevitenskap, som blant annet: PubMed, Svemed+, Science Direct, Oria, Sykepleien/Forskning og Cinahl Complete. Flere av databasene har vi erfaring med fra tidligere, og noen ble vi anbefalt av veiledere, samt Forsberg og Wengstrøm (2013, s.74-78). Søket etter forskningsartikler startet med flere prøvesøk, for å få en oversikt over hva som kunne være passende søkeord og databaser. Med våre inklusjons- og eksklusjonskriterier og kvalitetskrav, fant vi relativt raskt ut at Science Direct og Cinahl Complete var de databasene som ga flest treff på aktuell forskning. I Cinahl Complete fant vi seks av artiklene, og de to andre artiklene ble funnet i Science Direct. Underveis valgte vi å forholde oss til en mer konkret søkestrategi. Vi valgte derfor å følge «PICO-metoden» (vedlegg 1). I følge Forsberg og Wengstrøm (2013, s.70) så er PICO en strukturert metode som en utfra problemstillingen setter sammen søkestrategier når man søker i databaser.

#### **3.5.1 Søkestrategi og historikk**

Etter vi hadde opparbeidet konkrete inklusjons- og eksklusjonskriterier, samt PICO-skjema, ble vi tryggere på hvilke studier vi ville inkludere i oppgaven. Vi ble også mer kritisk til utvalget. Når vi utførte de systematiske litteratursøkene, sørget vi for å notere ned hvordan vi gikk frem, hvor mange treff vi fikk og antall leste abstrakter og artikler (vedlegg 3). Vi vil videre gjøre rede for hvordan vi gikk frem under søkene i de to ulike databasene.

#### **Cinahl Complete**

CinahlComplete ga oss til sammen seks artikler. Studien til Furnes, Natvig og Dysvik (2014), samt studien til Dysvik, Kvaløy og Furnes (2013) var de første studiene som ble funnet i denne databasen. Her ble søkeordene «Chronic pain» AND «Management» anvendt. Det ble også huket av for at søkeordene skulle befinne seg i titlene til artiklene for at relevante artikler skulle komme opp, alder: 19-65, fra år 2010-2016, engelsk språk og abstrakt tilgjengelig. Vi fikk dermed 70 treff, hvor seksten abstrakter og fem artikler ble lest. Ettersom «Management» og «Coping» er ord av samme betydning, anvendte vi begge

disse ordene i søket vårt. Studien til Crowe et al. (2010) ble dermed funnet ved hjelp av søkeordene «Chronic pain» og «Coping». Det ble huket av for «Academic Journals» og fra år 2010-2016, som resulterte i 138 treff. 23 abstrakter og seks artikler ble lest. Gokyildiz et al. (2013) sin studie ble også funnet ved å bruke søkeordene «Chronic pain» og «Coping», mens det ble huket av for at søkeordene skulle befinne seg i titlene til artiklene og fra år 2010-2016. Søket ga 40 treff, hvor fjorten abstrakter, og fem artikler ble lest.

De to siste forskningsartiklene som ble funnet i Cinahl Complete var gjennomført av Traska et al. (2010) og Gauffin et al. (2013). Disse ble funnet med søkeordene «Fibromyalgia» AND «Self care». Mye av fokuset vårt er rundt revmatiske sykdommer, og Fibromyalgi er en meget relevant lidelse som ofte gir muskel og leddsmerter. Vi synes derfor at det var interessant, samt relevant for oppgaven å inkludere artikler med fokus på mestring av denne sykdommen. «Self care» er også et passende søkeord som vi tenker er nokså synonymt sammenlignet med de andre søkeordene vi har brukt. Ved bruk av søkeordene, samt avkrysning for «Academic Journals» og fra år 2010-2016, fikk vi 34 treff, hvor ti abstrakt og fire artikler ble lest i begge søk.

### **Science Direct**

I denne databasen ble det i utgangspunktet funnet fire relevante studier, hvor en av de ble ekskludert når den ikke dekket vår inklusjonskriterier om etisk godkjenning, og den andre pga. manglende kvalitet i resultatdelen. Kawi et al. (2014) var den første studien som ble funnet, hvor det ble brukt søkeordene «Chronic pain» AND «Management». Det ble deretter huket av for at søkeordene skulle befinne seg i titlene i artiklene, for å sikre relevante studier. Det ble også huket av for vitenskap innenfor «Nursing and health professions» og fra år 2010-2016. Antall treff ble 125, hvor sytten abstrakter ble lest, samt fem artikler. Den andre studien fra Science Direct, gjennomført av Nicholas et al. (2013), ble funnet ved bruk av søkeordene «Self-management» AND «Chronic pain». Disse søkeordene skulle også befinne seg i titlene og være gjennomført mellom år 2010-2016. Dette søket ga oss 29 treff, hvor fire abstrakter ble lest, samt to artikler.

### **3.6 Analyse**

Ifølge Forsberg og Wengstrøm (2013 s.166-167), så betyr analyse å «dele opp i mindre deler». For å analysere vitenskapelige artikler, må man dele opp fenomenet i mindre deler og undersøke dem hver for seg. Deretter må man sette i gang med syntesen. I syntesen skal

man sette sammen delene til en helhet. På denne måten kommer man frem til relevante kategorier man jobber videre med. Forsberg og Wengstrøm presenterer en «innholdsanalyse» med fem steg, som vi tok utgangspunkt i.

*Steg 1: Lese gjennom teksten i artikkelen flere ganger for å bli kjent med materialet.*

Forskningsartiklene ble skrevet ut og oversatt til norsk, hvor vi leste gjennom de flere ganger for å få med oss helheten i artiklene.

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

Det ble skrevet litteraturmatriser for alle forskningsartiklene, hvor vi på den måten ble enda mere kjent med innholdet. Deretter laget vi fargekoder for innholdet i artiklene, hvor vi merket innholdet med ulike farger utfra hva vi så etter. Vi fant på denne måten relevante uttalelser og funn i artiklene som vi laget koder av. Kodene vi da kom frem til var; *øvelser, aktivitet/bevegelse, trening tilpasset pasienten, terapeutisk skriving, musikk/sang, holde seg opptatt, jobbe med tanker og følelser, akseptere situasjonen, hjemmelekser, selvinnsikt, motivasjon og selvtillit, varme/kulde, massasje, hvile, musikk, medikament ved behov, NSAIDS-preparater/paracetamol, veiledning/råd fra helsepersonell eller andre med lignende erfaringer, undervisning, kunnskap, støttegrupper, fellesskap og forståelse.*

*Steg 3: Føre kodene inn i ulike kategorier.*

Vi så etter likheter og forskjeller i artiklene og kodene. Kategoriene ble da; *fysioterapi, tilpasse aktivitetsnivå, distraksjonsteknikker, terapeutisk dialog, fokusendring, egeninnsats, tilleggs strategier, avslappingsstrategier, veiledning, medikament og støtte.*

*Steg 4: Sammenfatte kategoriene til temaer.*

Utfra kategoriene valgte vi å føre de inn under fire hovedtemaer. Kategoriene ble ført inn i en tabell, hvor vi markerte kategoriene med like farger. På denne måten kom vi frem til de temaene som ble mest relevant. Hovedtemaene ble da; *fysisk aktivitet og øvelser tilpasset pasienten, kognitive mestringsstrategier, komplementære mestringsstrategier og støtte og veiledning (vedlegg 2).*

*Steg 5: Tolke og diskutere resultatet.*

Dette steget vil naturligvis bli omtalt i de neste kapitlene.

## **4.0 Resultat**

### **4.1 Fysisk aktivitet og øvelser tilpasset pasienten**

I de fleste studiene ble fysisk aktivitet og/eller trening omtalt som en anvendt mestringsstrategi i større eller mindre grad (Crowe et al. 2010, s.1481; Traska et al. 2010, s.630; Dysvik, Kvaløy og Furnes 2013, s.871; Gauffin et al. 2013, s.478; Furnes, Natvig og Dysvik 2014, s.713; Kawi et al. 2014, s.260). Øvelser og aktiviteter hadde deltakerne lært fra fysioterapeuter eller fra andre med lignende tilstander. «I've been doing the Pilates at physiotherapy and the walking has vastly improved my condition» (Crowe et al. 2010, s.1481). Fysiske aktiviteter som pasientene nevnte at de benyttet; å gå, strekke ut, yoga, svømming, samt fysisk terapi (Kawi et al. 2014, s.260).

Fysisk aktivitet omtales som en god strategi for å mestre smerter (Dysvik, Kvaløy og Furnes 2013, s.871). Fysisk aktivitet viste seg å være nyttig i å endre pasientens fokus ved å tillate restrukturering av ny innsikt og perspektiver på deres livssituasjon (Dysvik, Kvaløy og Furnes 2013, s.871; Furnes, Natvig og Dysvik 2014, s.713).

Pasienter som ikke omtalte fysisk aktivitet som mestringsstrategi, formidler at de hadde behov for å bevege seg mye, som å endre sittestilling ofte, røyse seg opp, «vrikke» på seg etc. (Traska et al. 2010, s.631). I studien til Nicholas et al. (2013, s.831) belyses det også at å bare fokusere på fysisk aktivitet, gir langt dårligere resultater. En kombinasjon av kognitiv atferdsterapi med fokus på å fremme selvmestring av smerter, samt fysisk aktivitet i tillegg opplevdes mer gunstig.

### **4.2 Kognitive mestringsstrategier**

I studien til Nicholas et al. (2013, s.827-832) lærte deltakerne blant annet å sette meningsfulle og realistiske mål, å redusere sinne/frustrasjon, takle utageringer og problemløsning ved å følge teksten «Manage your pain». Gruppen rapporterte redusert smerteopplevelse, forbedret funksjonsevne, redusert katastrofetenkning og depresjon etter deltakelse i kognitiv atferdsterapi.

Den terapeutiske skrivingen så ut til å være en verdifull mestringsstrategi. Skrivingen ga positive følelser, hvor de fikk muligheten til å åpne seg og bli bevisst på emosjonelle-,

kognitive- og atferdsendringer (Dysvik, Kvaløy og Furnes 2013, s.870; Furnes, Natvig og Dysvik 2014, s.711). «Writing was a great help to me. Ten kilograms fell off my shoulders. The writing helped me to get rid of problems» (Furnes, Natvig og Dysvik 2014, s.711).

Etter smertemestringsprogrammene fikk deltakerne økt forståelse for viktigheten av deres egeninnsats og selvinnsikt. De så hvor viktig det er å være aktiv involvert i sin egen situasjon, se muligheter og tenke positivt (Dysvik, Kvaløy og Furnes 2013, s.870; Furnes, Natvig og Dysvik 2014, s.711-712). «My way of thinking has changed because of the course. I see that I need to work actively with myself and my situation. I feel that I have started a new chapter in my life» (Furnes, Natvig og Dysvik 2014, s.712).

Deltakerne opplevde mening i å akseptere og tilpasse seg helsesituasjonen, samt forandre fokuset mot positive tanker (Dysvik, Kvaløy og Furnes 2013, s.870; Furnes, Natvig og Dysvik 2014, s.711; Crowe et al. 2010, s.1482). «I guess you rationalize it into your life, like I mean things could be a whole lot worse, so you know just get on with it really» (Crowe et al. 2010, s.1482). «I have accepted my life as it is and I now see much joy and challenges instead of limitations» (Dysvik, Kvaløy og Furnes 2013, s.870).

Musikk/sang var en av distraksjonsteknikkene som ble beskrevet (Gokyildiz et al. 2013, s.128; Traska et al. 2010, s.631). Skrivning ble tatt i bruk hos noen av deltakerne for å ta fokuset bort fra smertene (Traska et al. 2010, s.631; Dysvik, Kvaløy og Furnes 2013, s.870; Furnes, Natvig og Dysvik 2014, s.711). Å finne noe å gjøre, for å holde fokuset borte fra smertene ble gjort hos flere av deltakerne (Traska et al. 2010, s.631; Gokyildiz et al. 2013, s.128). Distraksjonsteknikker ble beskrevet av deltakerne; «It helps you go within, to balance your body, to focus» (Traska et al. 2010, s.631).

### **4.3 Komplementære mestringsstrategier**

Med komplementære mestringsstrategier, menes det mestringsstrategier som kategoriseres som «alternativ» eller som «tilleggs strategier». Hvilke ble beskrevet som en avslappende mestringsstrategi i flere av studiene (Kawi et al. 2014, s.261; Traska et al. 2010, s.630; Gauffin et al. 2013, s.478; Gokyildiz et al. 2013, s.128). Musikk ble også omtalt som en avslappende mestringsstrategi (Traska et al. 2010, s.630; Gokyildiz et al. 2013, s.128; Crowe et al. 2010, s.1482). Varme og kulde så ut til å være sterkt favorisert. Gauffin et al.



(2013, s.478) og Kawi et al. (2014, s.261) sine studier viser at kulde virket smertelindrende. Traska et al. (2010, s.630); Gauffin et al. (2013, s.478); Gokyildiz et al. (2013, s.128); Crowe et al. (2010, s.1482) og Kawi et al. (2014, s.261) sine studier beskriver varme som en favorisert mestringsstrategi blant deltakerne. Bruk av varme ble beskrevet: « One thing that helps is putting the electric blanket on in the morning to warm my body up and warm my back» (Crowe et al. 2010, s.1482). I fire av studiene kommer det frem at massasje ble brukt som en mestringsstrategi (Traska et al. 2010, s.630; Gauffin et al. 2013, s.478; Gokyildiz et al. 2013, s.128; Kawi et al. 2014, s.261).

For noen var den aller vanligste mestringsstrategien å bruke medikamenter (Crowe et al. 2010, s.1481; Traska et al. 2010, s.631; Gokyildiz et al. 2013, s.128; Kawi et al. 2014, s.260). Deltakerne beskrev hovedsakelig et bruk av antiinflammatoriske medikamenter, smertestillende og muskelavslappende (Crowe et al. 2010, s.1481; Gokyildiz et al. 2013, s.128; Kawi et al. 2014, s.260). «When it gets really severe that's when I will resort to pain killers» (Crowe et al. 2010, s.1481). Noen av deltakerne forsøkte å unngå å bruke medikament, da de kunne oppleve uheldige bivirkninger (Traska et al. 2010, s.631).

#### **4.4 Støtte og veiledning**

Flere pasienter belyser viktigheten av støtte fra andre (Traska et al. 2010, s.631; Dysvik, Kvaløy og Furnes 2013, s.870; Furnes, Natvig og Dysvik 2014, s.711; Kawi et al. 2014, s.261). De nevner spesielt det å være i en gruppe med andre kroniske smertepasienter. Å kunne dele erfaringer med andre som virkelig forsto, var viktig og meningsfullt for mange (Traska et al. 2010, s.631; Dysvik, Kvaløy og Furnes 2013, s.870; Furnes, Natvig og Dysvik 2014, s.711). Deltakerne formidlet at støtte fra gruppen, følelse av et samfunn og et fellesskap hjalp (Dysvik, Kvaløy og Furnes 2013, s.870; Furnes, Natvig og Dysvik. 2014, s.711).

En pasient fortalte: «finding people that understand and have the same experiences that you do are really what help get you through it» (Traska et al. 2010, s.631). En annen kvinne fra samme studie uttalte: «It's very difficult for people to understand what you go through and probably boring for them as well to hear you just complaining about the pain all the time».

Det kommer også frem i studiene at flere pasienter verdsetter dialoger med helsepersonell (Gokyildiz et al. 2013, s.128; Furnes, Natvig og Dysvik 2014, s.711; Kawi et al. 2014, s.261). I følge pasienter har de forståelse, medfølelse, de lytter og holder de motiverte til livsstilsendring (Kawi et al. 2014, s.261). Pasienter har gjerne behov for og benytter seg av rådgivning fra helsepersonell (Crowe et al. 2010, s.1584; Kawi et al. 2014, s.260). Undervisning og hjemmelekser fra helsepersonell er også mestringsstrategier som går igjen i flere studier (Crowe et al. 2010, s.1584; Dysvik, Kvaløy og Furnes 2013, s.870; Furnes, Natvig og Dysvik 2014, s.711).

## 5.0 Diskusjon

### 5.1 Metodediskusjon

I følge Forsberg og Wengström (2013, s.171) bør diskusjonen inneholde en kritisk metodediskusjon. Her blir styrker og svakheter med metoden vi har valgt kritisk diskutert.

Vi har valgt å ta utgangspunkt i Forsberg og Wengström sin bok «*Att göra systematiska litteraturstudier*» gjennom hele arbeidsprosessen. Vi føler at vi har samarbeidet godt, hvor vi stort sett har arbeidet sammen for å kvalitetssikre innholdet i oppgaven. Det tok noe tid før vi kom godt i gang med søkingen, hvor vi i starten arbeidet noe ustrukturert. Vi fant fort ut at vi måtte lage en fremdriftsplan, noe vi utarbeidet sammen.

Vi mener selv at vi har vært kritisk til forsknings studienes innhold og kvalitet. Studiene som er inkludert er av nyere dato, år: 2010-2014, noe som kan være en styrke for oppgaven. Siden problemstillingen vinkler seg mot et pasientperspektiv, ble det naturlig å lete etter studier med en kvalitativ metode. Vi endte opp med å inkludere seks kvalitative studier, en kvantitativ og en studie med en kombinert metode. Siden vi har inkludert ulike typer studier, ser vi at dette har bidratt til at vi får belyst problemstillingen fra flere synsvinkler.

Vi har valgt å bruke PICO-metoden, noe som gjorde søkingen mer strukturert og oversiktlig. Når vi analyserte artiklene tok vi i bruk analysemodellen i Forsberg og Wengström (2013, s.167). Det skal være nevnt at vi også har sett på «Evans analysemodell», siden denne modellen beskriver stegene i analysen mere detaljert. Vi analyserte artiklene hver for oss to ganger, hvor vi delte funnene i fargekoder. Deretter sammenlignet vi arbeidet vårt, hvor vi på denne måten sikret at det ikke ble oversett noe.

Noe som kan være en svakhet for oppgaven er at noen av søkene våre har relativt mange treff (vedlegg 2). Når vi begrenset disse søkene ytterligere ved å tilføye flere ulike søkeord, fant vi utvalget av artikler å være mangelfullt. De gangene vi fikk mange treff, så vi gjennom alle titlene for å unngå å «gå glipp av» relevante artikler. Det skal også nevnes at vi har brukt noen sekundærkilder i oppgaven. Sekundærkildene som er tatt i bruk, er kilder som er hentet fra relevant sykepleielitteratur og som bidrar til å belyse relevante temaer i oppgaven. I studien til Furnes, Natvig og Dysvik (2014) besto deltakere av pasienter med

muskel- og skjelettplager, nevrologiske smerter og smerte forbundet med ettervirkning av kreftbehandling. Siden et tydelig flertall av pasientene har smerte forårsaket av muskel- og skjelettplager velger vi derfor å inkludere artikkelen.

## **5.2 Resultatdiskusjon**

### **5.2.1 Kognitive mestringsstrategier**

Deltakerne opplevde mening i å akseptere og tilpasse seg helsesituasjonen, og forandre fokuset mot positive tanker (Dysvik, Kvaløy og Furnes 2013, s.870; Furnes, Natvig og Dysvik 2014, s.711; Crowe et al. 2010, s.1482; Nicholas et al. 2013, s.832). I Taylors teori om kognitiv adaptasjon belyses det hvor viktig det er å finne mening i livet slik det er nå (Taylor 1983, s.1163). Pasienter med en revmatisk sykdom må ofte omstille og tilpasse seg for å forsones seg med situasjonen. Mestringsprosessen omfatter tre stadier: godta at sykdommen er kronisk, godta følelsen av annerledeshet og finne mestringsstrategier til å takle situasjonen sin. Sykepleieren bør ta utgangspunktet i det stadiet der pasienten er, når hun møter han (Gregersen 2011, s.174). På den ene siden kan det være at pasienter med kroniske smerter bør finne en mening med situasjonen sin, for å lettere akseptere den. Samtidig bør sykepleier vise forståelse for at det kan være utfordrende for pasienten. Sykepleier bør ha en motiverende funksjon, hvor de kan oppfordre til fokusendring og finne gunstige mestringsstrategier.

Terapeutisk skriving opplevdes som en verdifull mestringsstrategi, hvor de fikk muligheten til å åpne seg og bli bevisst på emosjonelle-, kognitive- og atferdsendringer (Dysvik, Kvaløy og Furnes 2013, s.870; Furnes, Natvig og Dysvik 2014, s.711). En kognitiv atferds terapeutisk tilnærming rettes mot å understøtte pasientens evne til å hjelpe seg selv og endre pasientens tanker, følelser og atferd. Denne tilnærmingen kan blant annet involvere hjemmearbeid (Morley, Eccleston og Williams 1999). For å hjelpe pasienten til å ta fokuset bort fra smertene og oppleve positive følelser, kan sykepleier oppfordre til å blant annet bruke skriving som en mestringsstrategi.

Deltakerne fikk forståelse for viktigheten av deres egeninnsats og selvinnsikt. De så hvor viktig det er å være aktiv involvert i sin egen situasjon, se muligheter og tenke positivt (Dysvik, Kvaløy og Furnes 2013, s.870; Furnes, Natvig og Dysvik 2014, s.711-712). Som Benner og Wrubel (1989, s.48-49) sier, så er det ultimate målet for sykepleieren å vise

omsorg ved å «lede pasienten». Denne metoden består av å støtte og tilrettelegge for pasienten. Dette myndiggjører pasienten til å være den han eller hun vil være. Dette forteller oss at sykepleier bør være bevisst på å la pasienten bruke sine ressurser for å bevare sin identitet.

Musikk/sang var blant distraksjonsteknikkene som ble beskrevet (Gokyildiz et al. 2013, s.128; Traska et al. 2010, s.631). Som Berntzen, Danielsen og Almås (2011, s.391-394) sier, så kan en dempe smertene ved å fylle bevisstheten med andre impulser. Det er kjent at smerter kan dempes eller helt forsvinne når en er sterkt konsentrert om noe, som for eksempel å være oppslukt av et musikkstykke.

Skriving ble tatt i bruk hos noen av deltakerne for å ta fokuset bort fra smertene (Traska et al. 2010, s.631; Dysvik, Kvaløy og Furnes 2013, s.870; Furnes, Natvig og Dysvik 2014, s.711). Å finne noe å gjøre, for å holde fokuset borte fra smertene ble gjort hos flere av deltakerne (Traska et al. 2010, s.631; Gokyildiz et al. 2013, s.128). Ifølge Gregersen (2011, s. 183) kan det å rette oppmerksomheten mot noe positivt gi økt velvære og redusere ubehag og smerter. Å være i arbeid og holde på med hobbyer, kan hjelpe til med å ta fokuset bort fra smertene. Lazarus og Folkman (1984, s.150) sier at emosjonsfokuserede mestringsstrategier består av kognitive prosesser som er rettet mot å minske emosjonelle plager. Strategiene kan bestå av blant annet unngåelse, å minimalisere, distansering, positive sammenligninger og finne det positive i negative hendelser. Som Berntzen, Danielsen og Almås (2011, s.393) sier så vil målet med den lindrende funksjonen i sykepleien være å fremme velvære, redusere stress og angst, motivere og fremme håp i en vanskelig situasjon. Vi tenker at sykepleiere bør fremme håp ved å motivere pasientene til å bruke distraksjonsteknikkene som er nevnt, som kan være gunstige for å ta fokuset bort fra smertene.

### **5.2.2 Betydningen av støtte og veiledning**

Flere av pasientene verdsetter dialoger med helsepersonell (Gokyildiz et al. 2013, s.128; Furnes, Natvig og Dysvik 2014, s.711; Kawi et al. 2014, s.261). Som Lazarus og Folkman (1984, s.246) formidler det, kan støtte forhindre stress ved å gjøre harmfulle erfaringer mindre konsekvensfulle og gi ressurser for mestring. I studien til Kawi et al. (2014, s.261) syns pasienter at helsepersonell ga emosjonell støtte ved å vise forståelse, medfølelse, de lyttet og holdt de motiverte til livsstilsendring. Som Kirkevold (2012, s.199) sier, så mener

Benner og Wrubel at det er mye omsorg i betydningen «bry seg om noe», som skaper muligheter for mennesker og gir opphav til meningsfulle måter å mestre en situasjon på. Hanssen og Natvig (2007, s.58) mener at en vesentlig sykepleieroppgave blir å bidra til utvikling av krefter, kunnskap og vilje til å kunne mestre og få kontroll over sin sykdom. For å mestre krav, er styrkning av pasientens ressurser sentralt. Vesentlige ressurser vil være psykologisk utholdenhet og sosial støtte, kunnskap og innsikt, motivasjon og tro. Hummelvoll (2012, s.32) refererer til Toombs (1993) som sier at sykdom og lidelse er en indre hendelse. For å gi en individuell tilpasset pleie, bør sykepleier søke å forstå pasientenes situasjon ut fra vedkommende sitt perspektiv. Sykepleier kan forklare sitt perspektiv, men må samtidig lytte til pasientens historie for å forstå sykdomsopplevelsen.

Pasienter har både behov for, og benytter seg av rådgivning fra helsepersonell (Crowe et al. 2010, s.158; Kawi et al. 2014, s.260). Undervisning og hjemmeoppgaver er mestringsstrategier som går igjen i flere undersøkelser (Crowe et al. 2010, s.1584; Dysvik, Kvaløy og Furnes 2013, s.870; Furnes, Natvig og Dysvik 2014, s.711). For å minske eller hindre sykdomsstress er det nødvendig at sykepleieren kjenner til hva ved kronisk sykdom som kan skape stress. Det er viktig at sykepleieren kjenner til ulike aspekter ved mestring og utvikler handlingsberedskap for å kunne bidra til mestring (Hanssen og Natvig 2007, s.59). Sykepleier kan styrke den andres livsmot og livsmuligheter ved innlevelse i og forståelse av den lidende. For at lidelsen skal kunne få en positiv dimensjon, må pasienten kunne få muligheten til å formidle lidelsen til et annet menneske (Kristoffersen 2007, 88-89).

Flere pasienter belyser viktigheten av støtte fra andre (Traska et al. 2010, s.631; Dysvik, Kvaløy og Furnes 2013, s.870; Furnes, Natvig og Dysvik 2014, s.711; Kawi et al. 2014, s.261). De nevner spesielt det å være i en gruppe med andre kroniske smertepasienter. Å kunne dele erfaringer med andre som forstår var viktig og meningsfullt (Traska et al. 2010, s.631; Dysvik, Kvaløy og Furnes 2013, s.870; Furnes, Natvig og Dysvik 2014, s.711). Lazarus og Folkman (1984, s.243) bekrefter dette, hvor de mener at mennesker mottar næring og støtte fra sosiale forhold. Ifølge Gregersen (2011, s.188) tilbys det kurs med fokus på problemidentifisering og styrking av tro på egne ressurser ved mange mestrings- og læringscentre. Målet er å styrke pasientens tro på sin egen evne til å mestre symptomer og utfordringer. Hanssen og Natvig (2007, s.58) henviser seg til Lorig (2001) som sier at pasienter kan benytte hverandres mestringsforsøk og sykepleieren kan bruke sine

kunnskaper til å hjelpe de til å tolke symptomer eller som støtte for læring av nye mestringsferdigheter.

### **5.2.3 Fysisk aktivitet og øvelser tilpasset pasienten**

I de fleste studiene ble fysisk aktivitet og/eller trening omtalt som en anvendt mestringsstrategi i større eller mindre grad (Crowe et al. 2010, s.1481; Traska et al. 2010, s.630; Dysvik, Kvaløy og Furnes 2013, s.871; Gauffin et al. 2013, s.478; Furnes, Natvig og Dysvik 2014, s.713; Kawi et al. 2014, s.260).

Valg av aktivitetstype vil avhenge av smertetilstand og funksjonelt nivå (Helsedirektoratet 2008, s.582-583). Pasienter med langvarige smerter har ofte lav prestasjonsevne, og aktiviteten bør skje gradvis. Her blir informering om tilpasset, fysisk aktivitet en vesentlig oppgave for sykepleieren. Om pasienten har lav prestasjonsevne, kan en vesentlig sykepleieroppgave være å bidra til motivasjon. Regelmessig fysisk aktivitet ser ut til å være viktig både som smertelindrende tiltak og for å forbedre funksjonsevnen (Helsedirektoratet 2008, s.590). Flere pasienter unngår å være fysisk aktiv på grunn av sterke smerter. Ifølge Retningslinjer for smertelindring (2009, s.21) kan dette forsterke fysisk de-kompensering, gi muskelsvakhet og økt muskelspenning og dermed senke smerteterskelen. Sykepleier bør informere om fordelene ved fysisk aktivitet, og konsekvensene som kan oppstå ved et lavt aktivitetsnivå.

Ut ifra flere studier vises det at flere pasienter lærer seg øvelser gjennom fysioterapeuter (Crowe et al. 2010, s.1481; Kawi et al. 2014, s.260). Noe flere pasienter synes er viktig, er å gjøre kloke beslutninger og livsstilsendringer (Kawi et al. 2014, s.260). Ifølge Lerdal og Grov (2011, s.647) er det gunstig for pasientene å finne balanse mellom fysisk aktivitet og hvile. Ved bruk av undervisning, dialog og veiledning, kan sykepleier øke pasientens kunnskapsnivå og vise til gode strategier innen fysisk aktivitet. Tverrfaglig samarbeid med fysioterapeut kan være nyttig for å sikre god oppfølging av pasienten.

Selv om noen pasienter ikke omtaler fysisk aktivitet som en mestringsstrategi, er det flere som formidler at de ikke klarer å sitte i ro, og har stort behov for å bevege seg (Traska et al. 2010, s.631). Fysisk aktivitet kan brukes som smertelindring og bør gjøres regelmessig. Aktiviteten bør pågå minst 10 minutter og ha minst moderat intensitet. Fysiske aktiviteter kan være kondisjons- og utholdenhetstrening som spaserturer, jogging og svømming

(Helsedirektoratet 2008, s.582). Det kommer også frem i studier at dette er fysiske aktiviteter som pasienter benytter seg av. Sykepleiere kan motivere, undervise og veilede mot en hverdag med mer fysisk aktivitet. Ifølge Reitan (2011, s. 102) kan sykepleier bidra i pasienters målsettingsarbeid. Å arbeide med egne mål er motivasjonsskapende og kan styrke troen på egne ressurser. Tiltakene bør presenteres slik pasienten får troen på at han er i stand til å håndtere det.

Fysisk aktivitet har vist seg å være nyttig i å endre pasientens fokus ved å tillate ny innsikt og perspektiver på livssituasjonen (Dysvik, Kvaløy og Furnes 2013, s.871; Furnes, Natvig og Dysvik 2014, s.713). En studie forsket på effekten av kombinasjonen av fysisk aktivitet og kognitiv atferdsterapi med fokus på selvmestring av smerter (Nicholas et al. 2013, s.831). Resultater viste at kombinasjonen av disse, førte til betydelig økt mestring av smerter og reduksjon av fysisk funksjonshemming. Dette viser til at det er relativt hensiktsmessig og kombinere flere mestringsstrategier.

Som vi nevner ovenfor, har gruppetilnærminger god effekt på pasienter som lider av kroniske smerter. Gregersen (2011, s.184) formidler at fysisk aktivitet og trening kan foregå med støtte og veiledning, både individuelt og i grupper. Berntzen, Danielsen og Almås (2011, s.392) formidler ulike tilbud som kondisjonstrening, trening i varmtvannsbasseng, strekkøvinger, oppmykning og styrking av muskulatur. Avhengig av hvor sykepleieren arbeider, så kan sykepleier støtte pasienten i den fysiske aktiviteten og utarbeide tilpassede øvelser.

#### **5.2.4 Komplementære mestringsstrategier**

Hvile ble beskrevet som en avslappende mestringsstrategi i flere av studiene (Kawi et al. 2014, s.261; Traska et al. 2010, s.630; Gauffin et al. 2013, s.478; Gokyildiz et al. 2013, s.128). Musikk ble også omtalt som en avslappende strategi (Traska et al. 2010, s.630; Gokyildiz et al. 2013, s.128; Crowe et al. 2010, s.1482). Massasje ble foretrukket som en avslappende og lindrende strategi (Traska et al. 2010, s.630; Gauffin et al. 2013, s.478; Gokyildiz et al. 2013, s.128; Kawi et al. 2014, s.261). Passive behandlingsformer kan være varme- eller kuldebehandling, massasje, ultralydbehandling, akupunktur og manipuleringssteknikker (Berntzen, Danielsen og Almås 2011, s.392). Sykepleier bør ha forståelse for at mestringsstrategier en person bruker, har et formål å hjelpe vedkommende til å bevare sitt selvilde, finne mening og opprettholde personlig kontroll (Reitan 2011,



s.78-79). Vi tenker at sykepleiere bør støtte og søke å bevare pasientens integritet ved å respektere deres valg av mestringsstrategier. Vi tenker også at sykepleier bør ha kunnskap om ulike komplementære strategier som kan lindre smertene, for så å gi råd og veiledning.

Varme og kulde så ut til å være sterkt favorisert. Gauffin et al. (2013, s.478) og Kawi et al. (2014, s.261) sine studier viser at kulde virket smertelindrende. Traska et al. (2010, s.630), Gauffin et al. (2013, s.478), Gokyildiz et al. (2013, s.128) Crowe et al. (2010, s.1482) og Kawi et al. (2014, s.261) sine studier beskriver varme som lindrende mot smertene. Gregersen (2011, s.183) refererer til Rathanayake (2009) og Welch et al. (2002) som sier at varme bad og varme pakninger virker mykgjørende og avslappende og lindrer smerten for de fleste. Når årsaken til smerte er inflammasjon, kan derimot kalde omslag lindre bedre. Sykepleier bør hjelpe pasienten til å finne tilpassede mestringsstrategier.

Gregersen (2011, s.170) refererer Ryan et al. 2003 som sier at på grunn av en frykt for å ikke klare å leve med smertene, er det mange som velger ulike alternative behandlinger i tillegg til de tradisjonelle. Kristofferen (2007, s.88) mener at det kreves at sykepleier har kunnskap, forståelse, omsorg, kjærlighet, tilstedeværelse, medlidelse, ansvar, respekt og solidaritet for å hjelpe den lidende.

Gjennom intervjuer kom det frem at den aller vanligste mestringsstrategien var bruk av medikament (Crowe et al. 2010, s.1481; Traska et al. 2010, s.631; Gokyildiz et al. 2013, s.128; Kawi et al. 2014, s.260). Noen av deltakerne unngikk å bruke medikament, da de kunne oppleve uheldige bivirkninger (Traska et al. 2010, s.631). Deltakerne beskrev hovedsakelig et bruk av antiinflammatoriske medikamenter, smertestillende og muskelavslappende (Crowe et al. 2010, s.1481; Gokyildiz et al. 2013, s.128; Kawi et al. 2014, s.260). Den Norske Legeforeningen (2009, s.8-10) sine retningslinjer for smertelindring sier at kombinasjoner av paracetamol eller NSAIDs i samtidig med opioider er det mest veldokumenterte legemidlene mot smerte. Opioidbehandling bør alltid inngå i en helhetlig individuell behandlingsplan, hvor man også bruker ikke-medikamentelle tiltak. Bruk av opioider bør unngås på grunn av risikoen for å utvikle avhengighet. Dette forteller oss at medikamentbruk er noe pasienten ofte vil få personlige erfaringer rundt, hvor sykepleierens oppgave kanskje retter seg mest mot å observere effekten av medikamentene. Samtidig er det viktig at sykepleier bevisstgjør pasienten om eventuelle bivirkninger og risiko for avhengighet, for å forebygge ytterligere lidelse.

## 6.0 Konklusjon

Hensikten med denne systematiske litteraturstudien, var å få en dypere innsikt i hvilke mestringsstrategier som benyttes av pasienter med kroniske smerter. Basert på funnene og litteraturen som er anvendt, kan vi konkludere med at dette er oppnådd. Gjennom analysen, kom vi frem til fire hovedtema; fysisk aktivitet og øvelser tilpasset pasienten, kognitive mestringsstrategier, komplementære mestringsstrategier og støtte og veiledning.

Fysisk aktivitet/trening tilpasset smertetilstanden og det funksjonelle nivået, var noe som ble omtalt som den mest utbredte mestringsstrategien i flere studier. Deltakerne opplevde mening i å akseptere og tilpasse seg helsesituasjonen, samt forandre fokus. Muligheten til å åpne seg og bli bevisst på emosjonelle-, kognitive- og atferdsendringer ga positiv effekt. Deltakerne så også viktigheten med å gjøre en egeninnsats og være bevisst på sin selvinnsett. Ulike distraksjonsteknikker ble anvendt for å ta fokuset bort fra smertene, dette var blant annet: musikk/sang, skriving og holde seg opptatt. Flere pasienter belyste viktigheten av støtte fra helsepersonell og dele erfaringer med andre pasienter. Økt kunnskap gjennom undervisning og hjemmeoppgaver var mestringsstrategier som var nyttig. Komplementære mestringsstrategier som ble benyttet var blant annet varme/kulde, medikament, massasje, musikk og hvile.

Kroniske smerter er et komplekst fenomen, hvor samarbeidet med denne pasientgruppen vil kreve mye av sykepleierne. Det vil kreve at sykepleierne har den «rette» kunnskapen, for å være en veiledende og motiverende støttespiller for å fremme mestring hos pasienten. Sykepleiers rolle bør være å lytte, vise forståelse og respekt, omsorg, tilrettelegge, styrke pasientens tro og se pasientens ressurser. Det er viktig at sykepleier ser på pasienten som et enestående individ, på den måten kan pasienten føle seg sett og forstått. Vi anbefaler videre forskning på dette temaet. Vi opplevde å finne mye forskning om konkrete fysiologiske og psykologiske mestringsstrategier, men mindre om hvordan mennesker med kroniske smerter tar beslutninger om hvilke strategier de velger å benytte.

## Litteraturliste

- Benner, P. og Wrubel, J. (1989) *The Primacy of Caring. Stress and coping in health and illness*. Addison: Wesley Publishing Company.
- Berntzen, H., Danielsen, A. og Almås, H. (2011) 'Sykepleie ved smerter', i Almås, H. Stubberud, D.G. og Grønseth, R. (red.) *Klinisk Sykepleie 1*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 355-398.
- Breivik, H. (2002) 'International Association for the study of pain: update on WHO-IASP activities'. *Journal of pain and symptom management*, 24 (2): 97-101.  
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0885392402004657>
- Breivik, H., Collet, B., Ventafridda, V., Cohen, R. og Gallacher, D. (2006) 'Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment'. *European Journal of Pain*, 10 (2006), s. 287-333. URL:  
[http://www.nascholingnoord.nl/presentaties/2012\\_02\\_02\\_Breivik\\_et\\_al\\_\\_\\_Survey\\_of\\_chronic\\_pain\\_in\\_Europe.pdf](http://www.nascholingnoord.nl/presentaties/2012_02_02_Breivik_et_al___Survey_of_chronic_pain_in_Europe.pdf) (lest 06.04.2016).
- Crowe, M., Whitehead, L., Gagan, M.J., Baxter, D. og Panckhurst, A. (2010) Self-management and chronic low back pain: a qualitative study. *Journal of advanced nursing*. 66(7), s. 1478-1486. Tilgjengelig fra:  
<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=39b1d9ab-6a91-490f-91d3-4feff4877cb6%40sessionmgr4004&vid=13&hid=4204> (Lest 16 mars 2016).
- Den norske legeforening (2009) *Andre kroniske muskel- og skjelettsmerter*. Nr. 10. Retningslinjer for smertelindring. Oslo: Den norske legeforening.
- Dysvik, E., Kvaløy, J.T. og Furnes, B. (2013) A mixed-method study exploring suffering and alleviation in participants attending a chronic pain management programme. *Journal of Clinical Nursing*. 23 (5-6), s.865-876. Tilgjengelig fra:  
<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=6f2ebe01-0f81-4d78-99c8-194bff16c6dc%40sessionmgr4001&vid=14&hid=4204> (Lest 15.mars 2016).

- Forsberg, C. og Wengstöm, Y. (2013) *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur & kultur.
- Furnes, B. Natvig, G.K. og Dysvik, E. (2014) Suffering and transition strategies in adult patients attending a chronic pain management programme. *Journal of Clinical Nursing*. 24(5-6), s.707-716. Tilgjengelig fra:  
<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=6f2ebe01-0f81-4d78-99c8-194bff16c6dc%40sessionmgr4001&vid=12&hid=4204> (Lest 15.mars 2016).
- Gauffin, J., Hankama, T., Hannonen, P., Kautiainen, H., Pohjolainen, T. og Haanpaa, M. (2013). Do fibromyalgia patients use active pain management strategies? A cohort study. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 45(5), s. 477-480. Tilgjengelig fra:  
<http://web.b.ebscohost.com/ehost/command/detail?sid=bbcc3e3c-3217-4c98-8ace-b640da21b7bf%40sessionmgr104&vid=13&hid=107> (Lest 27 mars 2016).
- Gokyildiz, S., Beji, N.K., Avcibay, B. og Ozgunen, F.T. (2013) Coping strategies of women having chronic pelvic pain. *International Journal of Urological Nursing*. 7(3), s.126-132. Tilgjengelig fra:  
<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=39b1d9ab-6a91-490f-91d3-4feff4877cb6%40sessionmgr4004&vid=16&hid=4204> (Lest 25 mars 2016).
- Gregersen, A.G. (2011) 'Sykepleie ved revmatiske sykdommer', i Almås, H. Stubberud, D.G. og Grønseth, R. (red.) *Klinisk sykepleie 2*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s.169-189.
- 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: J.W. Cappelens Forlag AS, s. 40-59.
- Helsedirektoratet (2008) 'Smerter'. *Aktivitetshåndboken. Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. Oslo: Helsedirektoratet.

Hummelvoll, J.K. (2012) *Helt – ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

IStockphoto (u.å) (digitalisert fotografi).Tilgjengelig fra:

<http://forskning.no/psykologi/2011/10/depresjon-kan-skade-hjernen> (Hentet 08. mai 2016).

Kawi, J., PhD, MSN, APN og FNP-BC. (2014) Chronic low back pain patients' perceptions on self-management, self-management support, and functional ability. *Pain Management Nursing*. 15(1), s.258-264. Tilgjengelig fra: [http://ac.els-cdn.com/S1524904212001476/1-s2.0-S1524904212001476-main.pdf?\\_tid=777377b8-116e-11e6-80b9-00000aacb360&acdnat=1462307863\\_574d078f87104da2a6eb1fa63748cbe1](http://ac.els-cdn.com/S1524904212001476/1-s2.0-S1524904212001476-main.pdf?_tid=777377b8-116e-11e6-80b9-00000aacb360&acdnat=1462307863_574d078f87104da2a6eb1fa63748cbe1) (Lest 15.mars 2016).

Kirkevold, M. (2012) *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, K. (2007) 'Lidelse og kronisk sykdom', i Gjengedal, E. og Hanestad, B.R. (red.) *Å leve med kronisk sykdom – en varig kursendring*. Oslo: J.W. Cappelens Forlag AS, s. 78-92.

Langeland, N., Halse, A.K. og Ørn, S. (2011) 'Sykdommer i bevegelsesapparatet', i Ørn, S., Mjell, J. og Bach-Gransmo, E. (red.) *Sykdommer og behandling*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 456-496.

Lazarus, R.S. og Folkman, S. (1984) *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company.

Lerdal, A. og Grov, E.K. (2011) 'Aktivitet', i Holter, I.M. og Mekki, T.E. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 1*. 4. utg. Oslo: Akribes AS, s. 640-656.

- Ljoså, T.M. og Rustøen, T. (2007) 'Kronisk smerte', i Gjengedal, E. og Hanestad, B.R. (red.) *Å leve med kronisk sykdom – en varig kursendring*. Oslo: J.W. Cappelens Forlag AS, s. 60-77.
- Morley, S., Eccleston, C. og Williams, A. (1999) Review article. Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trial of cognitive behaviour therapy and behaviour therapy of chronic pain in adults, excluding headache. *Pain* 80, 1-13.  
Tilgjengelig fra:  
[https://www.researchgate.net/profile/Stephen\\_Morley/publication/13092976\\_Morley\\_S\\_Eccleston\\_C\\_Williams\\_A\\_Systematic\\_review\\_and\\_meta-analysis\\_of\\_randomized\\_controlled\\_trials\\_of\\_cognitive\\_behaviour\\_therapy\\_and\\_behaviour\\_therapy\\_for\\_chronic\\_pain\\_in\\_adults\\_excluding\\_headache\\_Pain\\_80\\_1-13/links/0912f50af5a79d2bfe000000.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Stephen_Morley/publication/13092976_Morley_S_Eccleston_C_Williams_A_Systematic_review_and_meta-analysis_of_randomized_controlled_trials_of_cognitive_behaviour_therapy_and_behaviour_therapy_for_chronic_pain_in_adults_excluding_headache_Pain_80_1-13/links/0912f50af5a79d2bfe000000.pdf) (lest 11 mai 2016).
- Nicholas, M.K., Asghari, A., Blyth, F.M., Wood, B.M, Murray, R., McCabe, R., Brnabic, A., Beeston, L., Corbett, M., Sherrington, C., og Overton, S. (2013) Self-management intervention for chronic pain in older adults: A randomised controlled trial. *International Association for the Study of Pain*. 154(6), s.824-835.  
Tilgjengelig fra: [http://ac.els-cdn.com/S0304395913000651/1-s2.0-S0304395913000651-main.pdf?\\_tid=b2675f9a-1175-11e6-adf5-00000aab0f6c&acdnat=1462310968\\_d1dbbe54d39c1f88f4f5850f318ca47a](http://ac.els-cdn.com/S0304395913000651/1-s2.0-S0304395913000651-main.pdf?_tid=b2675f9a-1175-11e6-adf5-00000aab0f6c&acdnat=1462310968_d1dbbe54d39c1f88f4f5850f318ca47a) (Lest 21 april 2016).
- Reitan, A.M. (2011). 'Mestring', i Knutstad, U. (red.) *Sentrale begreper i klinisk sykepleie – Sykepleieboken 2*. Oslo: Akribe AS, s. 74-107.
- Taylor, S.E. (1983) 'Adjustment to Threatening Events. A Theory og Cognitive Adaption'. *American Psychologist*. University of California, Los Angeles. 38 (11), s. 1161-1173. Tilgjengelig fra:  
[http://66.199.228.237/boundary/Childhood\\_trauma\\_and\\_PTSD/adjustment\\_to\\_threatening\\_events.pdf](http://66.199.228.237/boundary/Childhood_trauma_and_PTSD/adjustment_to_threatening_events.pdf) (Lest 11 mai 2016).
- Traska, T.K., Rutledge, D.N., Mouttapa, M., Weiss, J. og Aquino, J. (2010) Strategies used

for managing symptoms by women with fibromyalgia. *Journal of Clinical Nursing*.  
21(5-6), s. 626-635. Tilgjengelig fra:

<http://web.a.ebscohost.com/ehost/command/detail?sid=d0925634-cf26-4da0-b513-4531039680c0%40sessionmgr4001&vid=7&hid=4204> (Lest 27 mars 2016).

## Vedlegg 1

### PICO-skjema

<b>P</b>	<i><u>Pasient/populasjon (Hvem):</u></i> Studier som har fokus på deltakernes/pasientens perspektiv på kroniske smerter og mestringsstrategier. Både menn og kvinner over 18 år.
<b>I</b>	<i><u>Intervensjon (Hva):</u></i> Denne delen står for hva man søker etter. Vi søker etter studier som fremstiller ulike mestringsstrategier som benyttes hos pasienter med kroniske smerter. Dette kan være fra deltakernes/pasientenes egne erfaringer eller for eksempel smertemestringsprogram. Utfra problemstillingen og hensikten med oppgaven, ble søkeordene; Chronic pain, management, coping, self-care, fibromyalgia og self-management.
<b>C</b>	<i><u>Kontroll (Kontrollgruppe):</u></i> Denne brukes om det er relevant for oppgaven. Vi mener at det ikke har noe relevans.
<b>O</b>	<i><u>Outcome (Utfall/resultat - hva skal oppnås, forbedres, påvirkes):</u></i> Studiene må vise et tydelig resultat hvor ulike mestringsstrategier blir belyst, og hva som hjelper kronisk smertepasienter med å mestre lidelsen sin. Deltakernes/pasientens erfaringer og meninger, både negative og positive, bør komme frem i studien.



## Vedlegg 2

### Oversikt over Analysen: Hovedtema, kategorier og koder

Hovedtema	Kategorier/koder
<b>1. Fysisk aktivitet og øvelser tilpasset pasienten</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Fysioterapi<ul style="list-style-type: none"><li>➢ Øvelser</li></ul></li><li>▪ Tilpasse aktivitetsnivå<ul style="list-style-type: none"><li>➢ Aktiviteter/bevegelse</li><li>➢ Trening tilpasset pasienten</li></ul></li></ul>
<b>2. Kognitive mestringsstrategier</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Distraksjonsteknikker<ul style="list-style-type: none"><li>➢ Terapeutisk skriving</li><li>➢ Musikk/sang</li><li>➢ Holde seg opptatt</li></ul></li><li>▪ Fokusendring<ul style="list-style-type: none"><li>➢ Jobbe med tanker og følelser</li><li>➢ Akseptere situasjonen</li><li>➢ Hjemmelekser</li></ul></li><li>▪ Egeninnsats<ul style="list-style-type: none"><li>➢ Selvinnsikt</li><li>➢ Motivasjon og selvtillit</li></ul></li></ul>
<b>3. Komplementære mestringsstrategier</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Tilleggs strategier<ul style="list-style-type: none"><li>➢ Varme/kulde</li><li>➢ Massasje</li></ul></li><li>▪ Avslappingsstrategier<ul style="list-style-type: none"><li>➢ Musikk</li><li>➢ Hvile</li></ul></li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Medikament<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Medikamentbruk ved behov</li><li>➤ NSAIDS-preparater/paracetamol</li></ul></li></ul>
<b>4. Støtte og veiledning</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Veiledning<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Veiledning/råd fra helsepersonell eller andre med lignende erfaringer</li><li>➤ Undervisning</li><li>➤ Kunnskap</li></ul></li><li>▪ Støtte<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Støttegrupper</li><li>➤ Fellesskap</li><li>➤ Forståelse</li></ul></li></ul>

## Vedlegg 3

### Skjema for søkehistorikk

Artikler	Database	Dato	Søkeord	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte artikler
Kawi et al. (2014)	Science Direct	15/03-16	Chronic pain (i tittel) AND* Management (i tittel) Topics som ble huket av for: Nursing og health professions	125	17	5	1
Furnes, Natvig og Dysvik (2014) og Dysvik, Kvaløy og Furnes (2013)	Cinahl Complete	15/03-16	Chronic pain (i tittel) AND* Management (i tittel)	70	16	5	2
Crowe et al. (2010)	Cinahl Complete	16/03-16	Chronic pain AND* Coping	138	23	6	1
Gokyildiz et al. (2013)	Cinahl Complete	25/03-16	Chronic pain (i tittel) AND* Coping (i tittel)	40	14	5	1
Traska et al. (2012) og Gauffin et al. (2013)	Cinahl Complete	27/03-16	Fibromyalgia AND* Self care	34	10	4	2
Nicholas et al. (2013)	Science Direct	21/04-16	Self-Management (i tittel) AND* Chronic pain (i tittel)	29	4	2	1

## Vedlegg 4 Litteratormatrise

Referanse	Studiens hensikt/mål/ problemstilling	Nøkkel- begrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans for min oppgave?
<p>Kawi, J., PhD, MSN, APN og FNP-BC. (2014).</p> <p>Chronic low back pain patients' perceptions on self-management, self-management support, and functional ability.</p> <p><i>Pain Management Nursing.</i> 15(1): 258-264.</p>	<p>Hensikten med denne studien er å beskrive pasienter med kroniske nedre ryggsmarter sine syn, for å lette forståelsen for og øke kunnskapen om deres selvmestring, selvmestringsstøtte og funksjoner, samt forbedre kvalitet på helse- og omsorgstjenester.</p>	<p>Forskning sartikkelen har ikke noen nøkkelord oppført.</p>	<p><b>Utvalg:</b> 109 pasienter fra 19-86 år. Pasientene hadde kroniske smerter i korsryggen fra 3 mnd. til 50 år.</p> <p><b>Datasamling:</b> Ved bruk av kvalitativ metode ble tre spørsmål stilt: 1. På hvilke måter håndterer du dine kroniske nedre ryggsmarter? 2. På hvilke måter gir helsepersonell deg støtte innen håndteringen av dine smerter? 3. Hva er dine bekymringer innenfor funksjonelle evner?</p> <p><b>Analyse:</b> Informasjon ble analysert med "qualitative content analysis" og oppsummert med hverdagslig språk, koder og evaluering av temaer.</p>	<p>Ulike temaer ble identifisert i resultatene. <i>Spørsmål 1:</i> 1) medikament, 2) fysisk aktivitet, 3) gjøre kloke beslutninger og livsstilsendringer, og følge råd fra helsepersonell, 4) varme- og kulde momenter, 5) hvile, 6) komplimentere mestringsstrategier. <i>Spørsmål 2:</i> 1) medikamentordning, 2) tilbud om andre alternativ, 3) emosjonell støtte og engasjement, 4) henvisning til andre profesjonelle, 5) informasjon og råd, 6) forsikring av oppfølging. <i>Spørsmål 3:</i> 1) angst/frykt, bekymring for smertene, funksjonelt nivå og fremtiden, 2) bekymring for å gå glipp av livet, 4) besto av de som aksepterte situasjonen, 5) besto av pasienter som hadde behov for mer behandling før de kunne svare. Erfaringene reflekterte til utvikling av selvmestringsstrategier, økt sjøltillit og evne til å lettere ta kontroll. Helsepersonell bør gi mestringsstøtte og hjelpe til å rette oppmerksomheten mot positive helserettede mål. Studien gir informasjon om selvmestring, selvmestringsstøtte og funksjonsevnen til pasienter. Dataene gir grunnlag for å forstå disse pasientene, og for å forbedre praksis og videre forskning.</p>	<p>Denne studien er relevant for oppgaven fordi den går ut fra pasientens perspektiv og fokuserer på kroniske lave ryggsmarter. Studien inneholder mye informasjon som sykepleiere kan få nytte av. Studien består av gode og konkrete spørsmål og svar, noe som gjør det svært oversiktlig.</p>

## Litteraturmatrise

Referanse	Studiens hensikt/mål/ problemstilling	Nøkkel- begrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans for min oppgave?
<p>Furnes, B., Natvig, GK. og Dysvik, E. (2014).</p> <p>Suffering and transition strategies in adult patients attending a chronic pain management programme.</p> <p><i>Journal of Clinical Nursing.</i> 24(5-6): 707-716.</p>	<p>Hensikten med studien var å utvikle en dypere forståelse av lidelse, samt nyttige overgangsstrategier hos pasienter, etter deltakelse i et kronisk smerte mestrings program.</p>	<p>Adaptation, alleviation, chronic pain, suffering, transition strategies.</p>	<p><b>Utvalg:</b> 12 pasienter fra 18-67 år, kroniske nonmaligne smerter &gt;6 mnd., medisinsk undersøkelse/behandling fullført før henvisning, motivert til å delta i programmet.</p> <p><b>Datasamling:</b> Kvalitativ metode ble brukt, som omfattet åpne intervjuer på 40-60 min. Det gruppebaserte programmet med fokus på kognitiv atferdsterapi ble ledet av sykepleiere. Det inkluderte hjemmelekser, skriftlige oppgaver, avslapning, sosial ferdighetstrening og fysisk aktivitet. <b>Analyse:</b> Intervjuer ble spilt inn og transkribert. Analyse ble utført ved bruk av naiv lesing, strukturell analyse og kritisk tolkning og diskusjon.</p>	<p>Pasientenes smertetilstander var relatert til muskel- og skjelett (7), nevropatisk (4) og ettervirkning av kreftbehandling (1). Tre funn dukket opp: 1) Å lide av i kroniske smerter betyr håndtering av vanskelige tanker og følelser, 2) Å gi uttrykk for vanskelige tanker og følelser gjennom gruppestøtte og terapeutisk skriving lindrer lidelse 3) Nye perspektiver gjennom aktiv deltakelse i CBT-programmet viser en overgang mot tilpasning til den kroniske smertesituasjonen. Deltakerne påpekte tap forårsaket av smertene. Følelse av et samfunn, forståelse og støtte syntes å hjelpe deltakerne til å åpne seg. Deltakerne ble bevisst på forholdet mellom tanker, følelser og atferd. Aktivitetene var viktig innen å utvikle nye perspektiver på livssituasjonene deres. Gruppedeltagelse er nyttig for å hjelpe pasienter til å håndtere utfordrende opplevelser i overgangene. Pasienter bør spille en aktiv rolle i overgangen ved å utvikle nye perspektiver og innsikt. Det er viktig for sykepleiere/helsearbeidere å stimulere til aktiv deltakelse og å bistå pasienter i overganger mot å leve best mulig.</p>	<p>Studien har stor relevans for vår oppgave når den beskriver pasienters meninger/tanker om endring og overgang fra lidelse til evt. lindring. Den tar fatt i det psykiske og beskriver godt behovet for mestring. Studien inneholder informasjon som sykepleiere kan få nytte av, den inneholder i tillegg et eget punkt som beskriver relevansen for klinisk praksis.</p>

## Litteraturmatrise

Referanse	Studiens hensikt/mål/ problemstilling	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans for min oppgave?
<p>Crowe, M. Whitehead, L. Gagan, MJ. Baxter, D. og Panckhurst, A. (2010).</p> <p>Self-management and chronic low back pain: a qualitative study.</p> <p><i>Journal of advanced nursing.</i> 66(7): 1478-1486.</p>	<p>Hensikten med denne studien var primært å undersøke selvledelse/mestringsstrategier hos mennesker med kroniske korsryggsmerte. Studien tok også sikte på hvordan helsepersonell oppfattet sin rolle i tilretteleggingen for mestring.</p>	<p>Chronic illness, chronic low back pain, exercises, nursing, pain management, patient experience, self-management.</p>	<p><b>Utvalg:</b> 64 deltakere, hvor 31 deltakere var kvinner og 33 var menn, med en gjennomsnittsalder på 55 år. Helsepersonell ble inkludert hvis de var nominert av rekrutter med kroniske korsryggmerter.</p> <p><b>Datasamling og metode:</b> Studien har en kvalitativ metode, hvor semi-strukturerte intervjuer med tre hovedspørsmål. 12-45 minutters intervju som ble båndinnspilte. Helsepersonellet ble intervjuet via telefon.</p> <p><b>Analyse:</b> Kvalitativ innholdsanalyse ble beskrevet av Graneheim &amp; Lundman, som en fortolkende prosess som involverer å undersøke tekster for manifest og latent innhold.</p>	<p>De «mest» brukte mestringsstrategiene viste seg å være: <i>Mosjon, medikamenter og varme</i>. Andre mestringsstrategier som ble trekt frem: lære seg å kjenne sine begrensninger, tilpasse hverdagen, tenke kreativt, skape seg personlige erfaringer, sette ting i perspektiv, distraksjonsteknikker lære seg å leve med smertene. 15 stykk av deltakerne hadde regelmessig kontakt med helsepersonell, fordi de mente at de spilte en stor rolle. Fysioterapeutene så på sin oppgave å oppmuntre til fysisk aktivitet, fastlegene ser på sitt ansvar å skrive ut resepter, sykemelde og henvise til spesialister. Man må ha motivasjon, selvtillit og ferdigheter for å takle smertene, være effektive problemløser og være i stand til å ta egenkontroll. Sykepleiere kan tilrettelegge for kunnskapsutvikling om kroniske korsryggmerter og strategier som kan være effektive.</p>	<p>Denne studien er svært relevant for oppgaven. Dette fordi studien legger vekt på deltakernes personlige erfaringer. Det kommer frem tydelige mestringsstrategier som vi kan belyse i oppgaven.</p>

## Litteraturmatrise

Referanse	Studiens hensikt/mål/ problemstilling	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans for min oppgave?
<p>Traska, TK. Rutledge, DN. Mouttapa, M. Weiss, J. og Aquino, J. (2010).</p> <p>Strategies used for managing symptoms by women with fibromyalgia a.</p> <p><i>Journal of Clinical Nursing.</i> 21(5-6): 626-635.</p>	<p>Målet med denne studien var å beskrive hvordan personer med fibromyalgi mestrer livet med ulike sykdomssymptomer. Studien ville spesielt belyse hvilke «ikke-farmakologiske» strategier som blir benyttet, sammen med farmakologiske stoffer.</p>	<p>Chronic illness, chronic pain, fibromyalgia, interviews, qualitative, self-management.</p>	<p><b>Utvalg:</b> åtte kvinner med fibromyalgi, som hadde deltatt i en tidligere studie fra 2008. Kvinnene måtte være minst 50 år.</p> <p><b>Datasamling:</b> Kvalitativ studie, hvor data ble samlet inn gjennom gruppe- intervjuer med spørsmål om hvordan det er å leve med fibromyalgi og spesifikke spørsmål om hvordan de mestrer sykdomssymptomene.</p> <p><b>Analyse:</b> Forskerne møttes for å diskutere funnene og bestemte da tilstedeværelsen av overordnede temaer og undertemaer.</p>	<p>Seks temaer ble samlet inn under intervjuene: «Planlegging», «å fokusere på sinn, kropp og ånd / distraksjon», «takle følsomhet», «sosial støtte», «sette på en maske» og «medikamenter». Måten deltakerne mente at de kunne mestre dagliglivet på: balansere aktiviteter, planlegge, prioritere, støtte fra familien, tilpasse seg omgivelsene, varme, meditasjon, pusteteknikker, musikk, distraksjon/kognitive teknikker, forhåndsregler når det kom til berøring, massasje og støttegrupper/støtte.</p> <p>Funnene viser at det kan i noen tilfeller være nok å ha en «ikke-medikamentell» tilnærming for å mestre en hverdag med fibromyalgi og opprettholde livskvaliteten.</p>	<p>Denne studien er svært relevant for oppgaven. Den får frem seks mestringsstrategier som fungerer godt for deltakerne med fibromyalgi. Deltakerne var preget av kroniske smerter, og andre tilleggs symptom. Studien er kvalitativ, noe som får godt frem deltakernes perspektiv.</p>

## Litteraturmatrise

Referanse	Studiens hensikt/mål/ problemstilling	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans for min oppgave?
<p>Gauffin, J. Hankama, T. Hannonen, P. Kautiainen, H. Pohjolainen, T. og Haanpaa, M. (2013).</p> <p>Do fibromyalgia patients use active pain management strategies? A cohort study.</p> <p><i>Journal of Rehabilitation Medicine.</i> 45(5): 477-480.</p>	<p><b>Hensikt:</b> Det finnes lite bevis på hvilke langsiktige effekter dagens behandlingstilbud har på pasienter med fibromyalgi. Denne studien hadde derfor som mål å undersøke hvilke typer smertemestringsstrategier som benyttes av pasienter med fibromyalgi og hvilke forhåndsregler som må gjøres for at strategiene skal ha en effekt.</p>	<p>Fibromyalgia, pain, management and activity.</p>	<p><b>Utvalg:</b> Det ble samlet inn 158 pasienter med Fibromyalgi, hvor 149 av dem var kvinner.</p> <p><b>Datasamling:</b> Kvalitativ studie, hvor pasientene fullførte tre ulike spørreskjemaer.</p> <p>Intensiteten av smerte, generell trivsel og effekten av strategiene ble vurdert utfra skalaer.</p> <p><b>Analyse:</b> Statistisk sammenligning mellom gruppene ble gjort. Regresjonsanalyser ble brukt til å identifisere de riktige forhåndsreglene for god effekt av strategiene.</p>	<p>Mestringsstrategiene som benyttes mest var: Fysisk trening (54%), fysioterapi (31%) og kald behandling (27%). Studien viser for øvrig at massasje, andre komplementære strategier og fysisk aktivitet var nyttige.</p> <p>Det ser også ut til at pasientens selvtillit til å mestre smertene er viktig. Pasientene som bruker mestringsstrategier hyppig mot sine smerter ser ut til å håndtere smertene på en bedre måte. Pasienter trenger ofte veiledning for å lære seg å bruke aktive mestringsstrategier mot sine smerter. En tverrfaglig tilnærming ser ut til å ha best effekt.</p> <p>Pasientene bør oppfordres til å bruke aktive mestringsstrategier selv om det lider av depresjon.</p>	<p>Denne studien er svært relevant for oppgaven, da den undersøker konkrete smertemestringsmetoder blant pasienter med Fibromyalgi. Studien er gjennomført i Finland, noe som er svært interessant siden dette er et av nabolandene til Norge. Studien er kvalitativ, noe som gjør at man får frem pasientens perspektiv. Studien får frem gode og konkrete funn som kan brukes i oppgaven.</p>



## Litteraturmatrise

Referanse	Studiens hensikt/mål/ problemstilling	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans for min oppgave?
<p>Gokyildiz, S. Beji, NK. Avcibay, B. og Ozgunen, FT. (2013).</p> <p>Coping strategies of women having chronic pelvic pain.</p> <p><i>International Journal of Urological Nursing.</i> 7(3): 126-132.</p>	<p>Hensikten med denne studien var å finne særtrekkene ved bekkenmerter erfart av kvinner med kroniske bekkenmerter, samt identifisere mestringsstrategiene de benytter.</p>	<p>Chronic pelvic pain, coping strategies, women.</p>	<p><b>Utvalg:</b> 134 frivillige kvinner som hadde hatt smerter i bekkenet/nedre del av magen eller underlivet i seks måneder eller mer. Gjennomsnittsalderen på kvinnene var 34 år.</p> <p><b>Datasamling:</b> Denne studien har en kvalitativ metode, hvor data ble samlet inn gjennom spørreskjema med ni spørsmål.</p> <p><b>Analyse:</b> Dataen fra studien ble analysert ved å bruke «Statistical Programme for Social Science (SPSS).</p>	<p>Funnene i forhold til beskrivelse av smertene, viser at 42,9% beskrev smertene som «knivstikkende». 12,8% beskrev smertene som «krampaktige», 12,8% som tung og verkende smerte, 9,8% som menstruasjonssmerter, 8,3% som stikkende smerte, 6,8% som prikkende smerte, 4,5 % følte at «kjønnsorganet ville sprette ut» og 2,3 % følte en bankende smerte. Funnene viser at 63,9% av deltakerne ikke vet hva som er årsak til smertene. 27,1% mente at det ville være nødvendig med kirurgi. 96,2 % mener at det ikke hadde skjedd en hendelse som forårsaket smertene. 26,3% mente at bekkenmerter er den verste smerten de har følt.</p> <p>Mestringsstrategier som ble brukt av kvinnene: 85,7% brukte smertestillende legemidler, 46,6% brukte soving som en mestringsstrategi, 46,6% brukte hvile, 34,6% brukte varmebad, 28,6% brukte massasje, 16,5% brukte diverse varmeelementer, 7,5% bruke musikk og 6% brukte urinering. Deltakerne brukte også kognitive teknikker for å mestre smertene. Blant annet brukte 27,1% å prøve å tenke på noe annet. 38,3% ba og håpte på at smertene ikke skulle vare lenge, 17,3% prøvde å ignorere smertene og 16,5% prøvde å lindre smertene ved å snakke til seg selv. Det viste seg at 43,6% snakket med sine ektefeller om smertene. 36,8% snakket med sine slektninger, 27,1% snakket med sine venner og 36,1% snakket med leger/sykepleiere. Noen foretrakk åndelige metoder. De kvinnene med et høyre smertenivå foretrakk bruk av smertestillende.</p>	<p>Denne studien er svært relevant for oppgaven, da den hovedsakelig tar sikte på mestringsstrategier mot kroniske smerter. Studier viser en detaljert prosentskala over funnene, hvor det da en enkelt å få en oversikt. Studien er også vinklet fra pasientens perspektiv.</p>

## Litteraturmatrise

Referanse	Studiens hensikt/mål/ problemstilling	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans for min oppgave?
<p>Dysvik, E., Kvaløy, JT. og Furnes, B. (2013).</p> <p>A mixed-method study exploring suffering and alleviation in participants attending a chronic pain management programme.</p> <p><i>Journal of Clinical Nursing.</i> 23(5-6): 865-876.</p>	<p>Studien ville utforske og beskrive lidelsene som oppstår ved tap forårsaket av kronisk smerte og lindringen innenfor et mestringsprogram for kroniske smerter. Det ble også undersøkt om kvantitative tiltak kan supplere og utvide kvalitative beskrivende funn.</p> <p>Problemstilling: "Hva er opplevelsen av lidelse og lindring etter deltakelse i et mestringsprogram for smerter?"</p>	<p>Alleviation, chronic pain, mixed-method design, suffering.</p>	<p><b>Utvalg:</b> Inklusjonskriterier: 18-67 år, kroniske, nonmaligne smerter &gt;6 mnd., medisinsk undersøkelse/behandling fullført, motivert for deltakelse. 30 pasienter deltok i studien.</p> <p><b>Datasamling:</b> Programmet varte i åtte uker og besto av kognitiv atferdsterapi med fokus på smertemestring. Det besto av dialoger, terapeutisk skriving, fysisk aktivitet, undervisning, hjemmelekser og oppgaveskriving, samt seks måneders oppfølging. Studien benyttet både kvalitativ og kvantitativ metode. Tre spørsmål ble stilt: 1) <i>Har du opplevd endringer etter den åtte uker kurs? Hvis ja, beskriv disse endringene,</i> 2) <i>På hvilke områder har du opplevd forandring?</i>, 3) <i>Hvordan vil du si at du har kommet nærmere livet du ønsker å leve?</i> Tre spørreskjema for kvantitative</p>	<p>Deltakerne hadde smerter i ulike kroppsregioner og noen hadde generell smerte. To funn fra analysen av kvalitative data var: 1) <i>Økt forståelse om viktigheten av deres egen innsats,</i> 2) <i>Støtte fra gruppedeltakerne og lederne var verdifulle.</i> Tre tema ble formulert: 1) <i>Kunnskap om helsefordelene av endringsprosesser,</i> 2) <i>Bevissthet om emosjonelle, kognitive og atferds endringer,</i> 3) <i>Bevegelser mot et bedre liv.</i> Ved seks måneders oppfølging, opplevde 8 av 30 deltakere ingen endring, 10 var litt bedre, 6 var noe bedre, 4 var mye bedre, og 1 var veldig mye bedre. Ved erfaringer med tap, rapporterte 25% "veldig mye tap" i 1 runden og dette ble redusert til 21% ved runde 3. Samtidig i runde 1 rapporterte 21% svært mye sorg, mens ved runde 3 var det bare 13%. Resultater viser at programmet reduserte lidelse. Endringene var relatert til selvinnsikt, aksept av situasjonen og fokusering på realistiske muligheter. Samlede resultat ga to tematiske funn: "<i>Behovet for endring av fokus</i>" og "<i>aktiv engasjement for å oppnå et meningsfylt liv</i>". Pasienter krever</p>	<p>Denne studien har stor relevans for vår oppgave, og framstår som en grundig utført og pålitelig forskningsartikkel. Den går ut i fra pasientens perspektiv og den fokuserer på kroniske smerter. Studien inneholder mye nyttig informasjon som sykepleiere kan få nytte av, den inneholder i tillegg et eget punkt som beskriver relevansen for klinisk praksis.</p>

			<p>data ble også brukt. <b>Analyse:</b> For kvalitative data ble det brukt naiv lesing, strukturell analyse og kritisk tolkning og diskusjon. PASW versjon 18 og R versjon 2.12.2, ble brukt til å analysere de kvantitative dataene.</p>	<p>sykepleiere som kan hjelpe dem til å bevege seg fra sykdom til helse. Lidelsen forårsaket av kronisk smerte kan lindres ved å delta i et tverrfaglig smertebehandlings-program basert på CBT. Til helsepersonell, særlig sykepleiere, kan slike program gi egnede tiltak for å lindre lidelse.</p>	
--	--	--	---	---	--

## Litteraturmatrise

Referanse	Studiens hensikt/mål/ problemstilling	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans for min oppgave?
Nicholas, MK., Asghari, A., Blyth, FM., Wood, BM, Murray, R., McCabe, R., Brnabic, A., Beeston, L., Corbett, M., Sherrington, C., og Overton, S. (2013).  Self-management intervention for chronic pain in older adults: A randomised controlled trial.  <i>International Association for the Study of Pain</i> . 154(6): 824-835.	Studien undersøker utfallet fra før til etter behandlingsperioden, samt ved en måneders oppfølging. Det testes om sterkere effekter kan oppnås ved anvendelse av lignende behandling som har blitt testet tidligere, men med mer behandlingstid og mer erfarne behandlere. To hypoteser blir testet: 1) funksjonshemminger forårsaket av smerte vil bli forbedret av en intervensjon bestående av	Chronic pain, older adults, CBT-based pain self-management, randomised trial.	<b>Utvalg:</b> Denne kvantitative studien inkluderte 141 pasienter. Inklusjonskriterier: >65 år, ikke hatt kreftsmarter >6 måneder, søker fortsatt hjelp, klarer å delta på øktene, kunne lese og snakke, score >22 i Rowland Universal Demens Assessment Scale, avklaring fra lege og godtar randomisering til en intervensjonsgruppe. Pasienter ble plassert i 6 Pain Self-management (PSM) grupper, 7 Exercise-Attention Control (EAC) og 5 Waiting-list (WL) kontrollgrupper. <b>Datasamling:</b> PSM- og EAC-gruppene fullførte spørreskjemaer før deltakelse, ved slutten og oppfølgingen. WL-gruppen fullførte målinger ved begynnelsen, men programmet startet ikke før 12 uker senere. De fullførte vurderings målingene igjen da, og ble etterpå tatt opp til PSM-programmet utenfor studien. PSM-gruppen besto av 8 2-timersøkter 2 ganger i uken, i 1 mnd. Deltakere fikk teksten "Manage your pain" for	38% hadde korsrygg- eller rygg og bensmerter og 45% hadde generelle smerter. Målinger fra forbehandling til etter behandling viser at i forhold til EAC-gruppen, gjorde PSM-gruppen betydelige forbedringer av smerter, funksjonshemming, depresjon, tro på fryktunngåelse, katastrofering, selvmestring av smerter og den funksjonelle rekkevidden. Fra forbehandling til oppfølgingen rapporterte også PSM-gruppen betydelig mindre smerte. Forbedrede tilfeller fra PSM-gruppen var nesten dobbelt så stor som de 2 andre gruppene. Endring i funksjonshemming fra start til oppfølging: 44% av pasientene i PSM-gruppen, 22% fra EAC-gruppen og 20% fra WL-gruppen. Studien undersøkte å endre 3	Først og fremst, er dette en studie av høy kvalitet. Den beskriver veldig godt hva de har gjort, hvorfor de har gjort det og tar stort hensyn til pasientene med mer. Den forklarer viktigheten av å ta tak i det kognitive/psykiske ved det å ha kroniske smerter. De har godt bevis på at for å mestre smertene/kjenne mindre smerte, er det nødvendig å stille sterkere psykisk.

	<p>smertemestring, istedenfor bare ukentlige øvelser eller vanlig behandling og tid, 2) endringer i kognitive målinger i løpet av CBT (kognitiv atferdsterapi)-basert behandling vil forutsi endringer i funksjonshemming en ved en måneders oppfølging.</p>		<p>å lese og bruke som manual. Ferdigheter de fikk lære: sette meningsfulle og realistiske mål, activity pacing, opphisselses reduksjon, takle utageringer og problemløsning. Øvelser inkluderte strekking, step-ups, gange, aerobic og styrke. <i>EAC-gruppen</i> deltok i øvelsene på samme tid som PSM gruppen. «Mange your pain» ble ikke gitt her. <b>Analyse:</b> Det ble brukt SAS for Windows, versjon 9.2, SPSS versjon 19, ANOVA, Fishers exact test og MMRM. Differanser ble undersøkt av gruppeforskjeller fra start til slutt og start til oppfølgingen.</p>	<p>kognitive variabler med negativ påvirkning: <i>lavere tro på selvmestring, høyere katastrofering og høyere frykt for bevegelse/re-skade</i>. Alle variablene endret seg vesentlig i PSM-gruppen og den oppnådde betydelig bedring på en rekke emner. Funn viser at å kombinere CBT-basert selvmestring av smerter og øvelser er mer effektivt enn øvelser alene, og at øvelser alene er ikke bedre enn vanlig behandling.</p>	
--	--	--	---	--	--