

Thea Kraabøl

Hvordan kan pasienter med kroniske smerter mestre sin lidelse ved hjelp av mestringsstrategier?

Bacheloroppgave i Sykepleie
Veileder: Marianne Louise Frilund
Mai 2022

Thea Kraabøl

Hvordan kan pasienter med kroniske smerter mestre sin lidelse ved hjelp av mestringsstrategier?

Bacheloroppgave i Sykepleie
Veileder: Marianne Louise Frilund
Mai 2022

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

Sammendrag

Hensikt: Denne oppgaven belyser hvordan pasienter med kroniske smerter kan mestre sin lidelse ved hjelp av mestringsstrategier.

Metode: Temaene skal belyses gjennom en systematisk litteraturstudie ved hjelp av relevant litteratur og aktuell forskning. Det har blitt utført et systematisk litteratursøk i databasene Cinahl og Svemed+. Jeg har inkludert åtte forskningsartikler av ulike kvalitative og kvantitative design. Forskningsartiklene har blitt analysert, og resultatene er kategorisert inn i tre hovedtemaer. Resultatet diskuteres opp mot teorien, og danner sammen grunnlaget for løsning av problemstillingen i oppgaven.

Resultat: Tre hovedkategorier ble brukt for å belyse ulike mestringsstrategier som pasienter med kroniske smerter kan bruke for å mestre sin lidelse; kognitive mestringsstrategier, sosiale mestringsstrategier og komplementære mestringsstrategier. Under disse kategoriene kommer det frem aksept, egenomsorg og selvinnsikt, veiledning, relasjoner og tillit, aktivitet og hvile som mestringsstrategier for pasienter med kroniske smerter.

Konklusjon: Funnene i dette systematiske litteratursøket viser at samtlige av mestringsstrategiene som er inkludert i denne studien har ført til mestrings hos deltakerne med kroniske smerter. Teorien støtter opp under flere av mestringsstrategiene som blir presentert, blant annet viktigheten av egenomsorg for bedre livskvalitet og fysisk aktivitet for å opprettholde god helse og begrense utvikling av sykdom. Kroniske smerter er et komplekst fenomen, som krever at sykepleier opparbeider seg tilstrekkelig med kunnskap. Sykepleier bør i møte med pasientene ha en motiverende, veiledende og behandlende funksjon, for å fremme mestring av lidelsen.

Abstract

Aim: The study`s objective is to shed light on how chronic pain patients are able to master their disease by the use of coping strategies.

Method: This question will be answered through a systematic review, with relevant litterature and research. There has been conducted systematic searches in research databases, such as Cinahl and Svemed+. I have included eight research articles of different qualitative and quantitative design. The research articles have then been analyzed, and the results are categorized in three main themes. Further, the results are discussed in the light of the theoretical basis, which forms the basis for the solution to the study`s objective.

Results: Three main themes will present different coping strategies which can be used for chronic pain patients to cope with their disease; cognitive coping strategies, social coping strategies and complementary coping strategies. Acceptance, self-care and self-knowledge, guidance, relationships and trust, activity and rest are some of the coping strategies that the studies point out as helpfull for chronic pain patients.

Conclusion: The results in this systematic litterature review show that all of the coping strategies included in this study have enabled the participants to master their suffering. The theory supports several of the coping strategies that are presented, e.g. the importance of selfcare to improve life quality, and physical activity to maintain good health and limit the development of the disease. Chronic pain is a complex phenomenon that demands the nurses to acquire sufficient knowledge. When meeting the patients, the nurse should have a motivating, guiding and treating function in order to promote how to cope with the disease.

«Uten smerte er livet vårt ikke til å leve.

Med smerte er livet knapt til å holde ut»

(Vetlesen, 2004)

Innhold

1	Introduksjon	11
1.1	Studiens hensikt.....	12
1.2	Problemstilling.....	12
1.3	Begrepsavklaring	12
1.3.1	Kroniske smerter.....	12
1.3.2	Mestring og mestringsstrategier	12
1.3.3	Lidelse	12
1.4	Avgrensning av oppgaven	12
1.5	Oversikt over oppgavens videre oppbygning	12
2	Teoribakgrunn	13
2.1	Den kroniske smertens dimensjoner.....	13
2.2	Livskvalitet og mestring.....	14
3	Metode	17
3.1	Datainnsamling	17
3.2	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	17
3.3	Søkestrategi og historikk	18
3.4	Kvalitativ og kvantitativ forskning	19
3.5	Etisk vurdering	19
3.6	Kvalitetsvurdering.....	19
3.7	Analyse	20
4	Resultat	21
4.1	Kognitive mestringsstrategier	21
4.2	Sosiale mestringsstrategier	22
4.3	Komplementære mestringsstrategier	23
5	Diskusjon	25
5.1	Metodediskusjon.....	25
5.2	Resultatdiskusjon	26
5.2.1	Kognitive mestringsstrategier.....	26
5.2.2	Sosiale mestringsstrategier.....	27
5.2.3	Komplementære mestringsstrategier.....	28
5.2.4	Konsekvenser for utøvelse av sykepleie.....	29
6	Konklusjon	30
	Referanser	31

- Vedlegg 1: Litteraturmatrise 1
- Vedlegg 2: Litteraturmatrise 2
- Vedlegg 3: Litteraturmatrise 3
- Vedlegg 4: Litteraturmatrise 4
- Vedlegg 5: Litteraturmatrise 5
- Vedlegg 6: Litteraturmatrise 6
- Vedlegg 7: Litteraturmatrise 7
- Vedlegg 8: Litteraturmatrise 8
- Vedlegg 9: Søkehistorikk
- Vedlegg 10: PICO-skjema
- Vedlegg 11: Sjekkliste for kvalitative artikler

Antall ord: 8665

1 Introduksjon

Jeg har valgt temaene «kroniske smerter» og «mestring», da jeg anser dette som viktig og interessante tema innenfor sykepleien. Kroniske smerter er et stadig mer aktuelt tema i dagens samfunn. Jeg ser selv hvordan fokuset innen helse vender seg mot de «usynlige» sykdommene som kan være utfordrende å oppdage, vurdere og behandle (Heggen & Danielsen, 2020). I følge FHI sine nettsider (Nielsen et al., 2018) oppgir 30 prosent av den norske voksne befolkningen at de har en form for langvarig smerte, altså har ca. én av tre nordmenn kroniske smerter. Den vanligste typen av kroniske smerter kommer fra smerter i muskel- og skjelettsystemet, og det er flere kvinner enn menn som rammes totalt. FHI (Nielsen et al., 2018) opplyser i tillegg om at så mye som 50 prosent av uførhetstilfellene relateres til langvarig smerte. Smerter blir trolig sett på som den vanligste grunnen til at pasienter oppsøker hjelp i helsevesenet, og i mange tilfeller er kroniske smerter hovedårsaken til langtidssykefraværet her i Norge (Nielsen et al., 2018).

Pasienter med kroniske smerter kan sykepleiere møte på i alle områdene av helsevesenet. Det kan være komplekse sykdomshistorier hos pasienter med kronisk smerte, som kan føre til store helseproblemer (Mjølstad, 2019). Kroniske smerter har i den senere tid blitt klassifisert av WHO i ICD-11 og ICPC-systemet i primær- og spesialhelsetjenesten, som «MG30 Chronic pain» (Smith et al., 2019).

Langvarig sykdom og kroniske smerter resulterer i store samfunnsmessige konsekvenser, blant annet på grunn av tap av arbeidstid, produktivitet, og utgifter til medisinsk behandling og sykepenger (Ljosa & Rustøen, sm. Bok s. 61-62). En studie (Øvreberg, 2014) viser at til tross for at mange personer med kroniske smerter ønsker å jobbe, blir store deler av de uføre og «navere». De fleste ønsker å ha et arbeid å gå til, der de føler seg nyttige uten å være avhengig av Nav (Arbeids- og velferdsetaten) med økonomiske stønader. Det er derimot personer som er avhengige av økonomisk støtte fra Nav fordi kroniske smerter har hindret de i å være i jobb. Det er strenge vilkår som må oppfylles skal man kunne få innvilget uføretrygd hos Nav. Det må blant annet foreligge langvarig sykdom eller skade, og ha nedsatt inntektsevne med minst 50% (Nav, 2019). Men det er et problem som gjentar seg for pasienter med varig sykdom og skaper problemer i samarbeidet med Nav, når defineres man som syk nok? I media ser man at det er publisert flere artikler (Jevne, 2019; Sæther, 2020) når det kommer til dette problemet. Flere uttrykker sin misnøye når det gjelder Nav sitt system og kriterier angående økonomiske stønader.

Kroniske smerter og mestring er tema som har fanget min interesse, og som jeg har lyst til å lære mer om. Det er en pasientgruppe der målet nødvendigvis ikke er å blir frisk, men jeg vil utforske hvordan de kan mestre livet sitt på tross av smertene.

1.1 Studiens hensikt

Hensikten med denne studien er å se på hvordan pasienter med kroniske smerter klarer å mestre sin lidelse, gjennom bruken av ulike mestringsstrategier.

1.2 Problemstilling

«Hvordan kan pasienter med kroniske smerter mestre sin lidelse ved hjelp av mestringsstrategier?».

1.3 Begrepsavklaring

Under dette punktet forklarer jeg kort begrepene som er brukt i problemstillingen.

1.3.1 Kroniske smerter

Kroniske smerter defineres ofte som smerter som har hatt en varighet på tre måneder eller lenger (Nielsen et al., 2018).

1.3.2 Mestring og mestringsstrategier

Jeg har valgt å bruke Hanssen og Natvig (2007) sin definisjon av mestring, der mestring betyr å beherske, ha tak på, greie eller å være herre over en situasjon. Et viktig mål innen mange av helse- og omsorgssektorens område er for pasienter å oppnå mestring av eget liv (Kristoffersen, 2017b).

Mestringsstrategier er strategier som kan tas i bruk for å mestre situasjoner som oppleves som blant annet stressende (Kristoffersen, 2017b).

1.3.3 Lidelse

Begrepet lidelse har flere synonymer, som smerte, plage og elendighet (Kristoffersen, 2007). Eriksson (Kristoffersen & Breievne, 2017) beskrives lidelse som en kamp- og sorgprosess som påvirker hele mennesket, en kamp mellom det gode og det onde i menneskets liv.

1.4 Avgrensning av oppgaven

Jeg har valgt å avgrense denne oppgaven ved å kun fokusere på kvinner og menn over 18 år, med kroniske smerter. Jeg har valgt å ikke fokusere på spesifikke sykdommer, men heller se på generelle kroniske smerter. Forskningsartiklene skal fokusere på pasientenes egne subjektive oppfatning og erfaringer med studien.

1.5 Oversikt over oppgavens videre oppbygning

Videre i oppgaven skal jeg presentere teoribakgrunn i kapittel to, der jeg definerer og går dypere inn i ulike begrep knyttet til min problemstilling. I kapittelet om metodebeskrivelsen vil jeg presentere hvordan jeg gikk frem i det systematiske litteratursøket via ulike databaser, for å finne og analysere åtte forskningsartikler til min oppgave. Videre i oppgaven vil jeg presentere de ulike resultatene som er gjort i de ulike studiene, inndelt i tema. I påfølgende kapittel kommer en metodediskusjon og resultatdiskusjon. I resultatdiskusjonen drøfter jeg resultatet i lys av teoribakgrunnen. Under diskusjonskapitlet belyses konsekvenser for utøvelse av sykepleie. Oppgaven avsluttes med en konklusjon.

2 Teoribakgrunn

Under dette kapittelet beskrives teori som er relevant for å belyse min problemstilling. Jeg gjør rede for den kroniske smertens dimensjoner og livskvalitet og mestring. Jeg knytter teori opp mot ulike sykepleieteorier om mestring og egenomsorg.

2.1 Den kroniske smertens dimensjoner

Det finnes både akutt og *kronisk smerte*, men det er sistnevnte som fokuseres på i denne oppgaven. *Kroniske smerter* kan være vanskeligere å observere og vurdere, da det ikke utspiller seg på samme måte som den akutte smerten. Kroniske og varige smerter kan være dysfunksjonell som kan medføre store lidelser. Ved kroniske smerter kan det være problematisk å leve et normalt og fullverdig liv, da det kan redusere livskvaliteten. Langvarige smerter har vist seg å ha en negativ effekt på flere sentrale livsområder. Det kan resultere i søvnproblemer, konsentrasjonsvansker, ensomhet, depresjon og nedsatt arbeidsevne (Nortvedt, 2017).

Det kan være flere årsaker til kroniske smerter (Danielsen et al., 2020). Smertene kan oppstå under, eller etter endt langvarig sykdom, og i noen tilfeller har det ikke en klar årsak. Det er pasienter med smerter fra muskel- og skjelettsystemet som utgjør den største gruppen innenfor kroniske smerter. Siden kroniske smerter kan være vanskelig å observere, blir diagnosen ofte satt basert på beskrivelsen av smerten (Danielsen et al., 2020).

Kroppslig smerte er aldri bare fysisk eller psykisk, men en totalopplevelse som også involverer de eksistensielle sidene ved å være et menneske (Nortvedt, 2017). Smerter er flerdimensjonalt ved at det å ha «vondt» er et uttrykk av smerte, som er forent av både fysiologiske, eksistensielle, psykologiske, kulturelle og sosiale dimensjoner. Det er flere teoretiske modeller som beskriver begrepet *smerte*, både gjennom biologiske og psykologiske teorier. Teoriene gir sammen en økt forståelse for smerte, og at det er en personlig, sammensatt og kontekstuell erfaring. Smerteopplevelsen kan påvirkes både av biologiske, psykologiske, sosiokulturelle og eksistensielle forhold (Nortvedt, 2017).

Sykdom og kroniske smerter kan påvirke det sosiale nettverket på ulike måter, og resultere i ensomhet (Helgesen & Smebye, 2017). Lidelsen kan påvirke den syke personens rolle, eller sin relasjon til andre. Kroniske smerter påvirker store deler av livet og energien i hverdagen, det kan derfor være vanskelig å opprettholde all sosial kontakt og vedlikeholde relasjoner. Bent Høie omtaler ensomhet som Norges usynlige folkehelseproblem (Helgesen & Smebye, 2017). Ensomhet og manglende sosial støtte øker faren for utvikling av fysisk og psykiske lidelser.

Langvarig smerte er et av de tydeligste og sterkeste uttrykkene som finnes for menneskelig *lidelse* (Nortvedt, 2017). Smerte og lidelse er to ulike begrep, der smerte uttrykker seg kroppslig og kan føre til lidelse. Man kan lide uten å ha smerter, og ha smerter uten å lide (Nortvedt, 2017).

Lidelse er et begrep som kan defineres på ulike måter, men menneskets individuelle opplevelse av lidelse er unik (Kristoffersen & Breievne, 2017). Den finske sykepleieren Katie Eriksson skriver om at sosiokulturelle vurderinger av sykdom vil kunne forsterke pasientens opplevelse av både lidelse og smerte. Eriksson beskriver ofte lidelse som en kamp i menneskets liv. Eriksson skriver at lidelse kan være en del av en personlig utviklingsprosess, fordi en gjennom lidelsen oppløses, omdannes og forvandles som menneske (Kristoffersen & Breievne, 2017). Lidelse er i seg selv meningsløs, men den kan være utgangspunkt for fremvekst av ny mening hos den enkelte. Eriksson sier: «Kan människan inte ändra omständigheterna måste hon ändra innställningen til omständigheterna» (Eriksson, 1993, s. 18)

2.2 Livskvalitet og mestring

Livskvalitet

Siden starten av 1990-årene har livskvalitet blitt et akseptert mål for pasientbehandling, nasjonalt og internasjonalt (Kristoffersen, 2017a). Dette målet står i *forskrift om prioritering av helsetjenester* fra Helse- og omsorgsdepartementet, og deretter videreført i helsepolitiske dokumenter som St. Melding 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen*.

Siri Næss (Kristoffersen, 2017a) har sin definisjon av *livskvalitet*. Hun knytter det opp mot menneskets indre opplevelser og betegner det som psykisk velvære. Psykisk velvære omfatter mennesket subjektive opplevelse av deres livssituasjon. Dette synet på livskvalitet har stor betydning i sykepleien. Affektive opplevelser og kognitive vurderinger er subjektive opplevelser som krysser hverandre, og er ifølge Næss en *opplevelseskvalitet*. Det er ulike måter å måle helserelatert livskvalitet, og ofte er spørreskjema brukt for kartlegging. Sykdom og behandling måles mot personens psykiske, fysiske og sosiale fungering (Kristoffersen, 2017a).

Aktivitet og hvile

Helsemyndighetene trekker frem fysisk aktivitet som et virkemiddel for å fremme og bevare helse, forebygge sykdom og som en del av rehabiliteringen (Helsedirektoratet, 2014, Meld. St. 34 (2012-2013)). Fysisk aktivitet har mange fordeler, blant annet kan det føre til sosial kontakt, og dermed forebygge sosial isolasjon. Psykisk helse og fysisk aktivitet påvirker hverandre i stor grad. Fysisk aktivitet kan blant annet redusere angstsymptomer, og redusere utvikling av depresjon (Skaug, 2017).

Pasienter med kroniske smerter vil ofte automatisk prøve å begrense smerten, dette kan føre til uønskede bevegelsesmønstre som kan gi spenninger og smerter i musklene. Dette kan føre til smerter andre steder i kroppen. Ved å unngå fysisk aktivitet reduseres muskelmassen, økt muskelspenninger og risikoen for nye smertetilstander øker (Danielsen et al., 2020).

Søvn er grunnleggende for å ivareta og fremme helse, velvære og livskvalitet (Bastøe & Frantsen, 2017). God balanse mellom antall timer søvn og våkenhet bidrar til krefter til å fremme helse, velvære og god rehabilitering ved sykdom. Behovet for antall timer søvn er individuelt, men dersom man får for lite søvn fører det til *søvntap* (Bastøe & Frantsen, 2017). Personer med kronisk smerte kan oppleve *fatigue*, som er en annen form for tretthet. Fatigue har symptomer som påvirker både det fysiske, kognitive og emosjonelle. Fatigue kan defineres som tretthet med mangel på energi, og kan oppleves

som å ha depresjon, konsentrasjonsvansker, følelsen av nedsatt styrke og yteevne og apati. Dersom man opplever fatigue i en periode på over tre måneder, vil det oppleves som invalidiserende og vanskelig å behandle. Stress, mangel på søvn og hvile kan hindre det å leve et godt liv, fordi følelsen av å aldri være helt uthvilt preger hverdagen (Bastøe & Frantsen, 2017).

Egenomsorg

Dorothea Orem har en sykepleieteori om *egenomsorg*, som definerer hva egenomsorg er og hva det innebærer (Kirkevold, 1998, s. 128-129). Orem har valgt å definere egenomsorg som aktiviteter man utfører på eget initiativ for å oppretthold liv, helse og velvære. Aktivitetene skal være frivillige, bevisste og være målrettet med tanke på at det skal oppfylle den individuelle egenomsorgskrav. Orem ser på sykepleie som erstatning for helserelaterte aktiviteter, egenomsorg, når pasienten ikke selv klarer å ivareta disse (Kirkevold, 1998, s. 128).

Mestring og mestringsstrategier

Mestring er et begrep som gir positive assosiasjoner og brukes i dagliglivet. Begrepet kan defineres på ulike måter (Hanssen & Natvig, 2007).

Mestringsstrategier defineres som en mental og atferdsmessig innsats som er rettet mot det å håndtere, redusere eller tolerere stressende situasjoner. Mestringsstrategi er noe individet gjennomfører aktivt og bevisst. Dette for å håndtere situasjoner som oppleves som belastende, og som negativt stress (Gjøsund et al., 2016, s. 176).

I forskningen skilles det mellom tre hovedtilnærminger til mestring, som vektlegger ulike aspekt ved begrepet: mestring som personlighetstrekk, mestring som positiv responsforventning og mestring som en prosess. Mestring som en prosess bygger på læringsteori, fenomenologi, kognitiv teori og stress mellom individ og miljø. Denne tilnærmingen og teorien om mestring er det Richard Lazarus som har definert, sammen med sin samarbeidspartner Folkman (1984). De definerer mestring som skiftende kognitive og atferdsmessige anstrengelser for å møte ytre og indre krav som oppleves som belastende, eller overstiger ens ressurser ved å true ens velvære (Lazarus & Folkman, 1984).

Teorien til Lazarus og Folkman om stress, vurdering og mestring er mye brukt innen sykepleieforskning (Hanssen & Natvig, 2007). Teorien viser sammenhengen mellom stress, mestring og resultat. Den beskriver menneskets samspill i miljøet, hvordan man både påvirker og blir påvirket. Det er subjektivt hva som oppleves som stress, dette foretas i en primærvurdering av situasjonen. Dersom situasjonen oppleves som stressende foretas en sekundærvurdering, der det vurderes hvilke mestringsstrategier som skal anvendes (Hanssen & Natvig, 2007).

Lazarus og Folkman deler mestring inn i to hovedtyper; problemfokuset og emosjonsfokuset mestring (Hanssen & Natvig, 2007). Der problemfokuset mestring handler om *mestringsstrategier* hvor målet er å endre eller håndtere det i miljøet som oppleves belastende. Emosjonsfokusede strategier har derimot som hensikt å håndtere egne følelser i forhold til belastningen. Mestring fører til kortsiktige og langsiktige konsekvenser (Hanssen & Natvig, 2007). De kortsiktige effektene kan være fysiologiske endringer, endring i følelser og det kvalitative resultatet. Langsiktige er derimot tilknyttet til livskvalitet, helse, sykdom, velvære og sosial funksjon (Lazarus & Folkman, 1984).

Lazarus og Folkman (1984) teori beskriver hvordan *mestring* og *mestringsstrategier* kan påvirke og blir påvirket av emosjoner. Emosjoner kan bli påvirket på tre måter (Hanssen & Natvig, 2007):

1. Ved bruk av mestringsstrategier kan dette lede oppmerksomheten over på noe annet, for eksempel fysisk aktivitet, i stedet for på det som oppleves som stressende.
2. Mestring kan endre mening eller oppfatning individet har til belastningen, som for eksempel ved å se det positive i situasjonen.
3. Emosjonene kan endres på ved å aktivt endre eller beherske stresset, enten ved å konfrontere belastningen eller legge en plan for hvordan overkomme stresset.

Benner og Wrubel har en teori om stress og mestring fra et sykepleieperspektiv (Hanssen & Natvig, 2007). Sentralt i denne teorien om mestring er begrepet «care», som kan defineres som å bry seg om, bekymring, ha eller føle omsorg for eller ha interesse for (Hanssen & Natvig, 2007). Det man bryr seg om og synes er viktig, påvirker hva som oppleves som stress, og synliggjør muligheter for mestring. Når en sykepleier føler omsorg ovenfor pasienter og involverer seg, er det et nødvendig aspekt for å bidra til mestring og økt velvære (Benner & Wrubel, 1989).

Aksept er en viktig del av mestringsprosessen hos pasienter (Kristoffersen & Breievne, 2017). Mange pasienter ser på sykdommen eller lidelsen som urettferdig, men Travelbee velger å bruke spørsmålet «Hvorfor ikke meg?» (Kristoffersen & Breievne, 2017). Denne måten å møte lidelsen på er sjelden fordi den er fullt aksepterende, en naturlig akseptasjon. Personer som møter lidelse med denne holdningen, vil ofte være i bedre stand til å mestre motstand. Travelbee sier at det blir avgjørende å *finne mening* i lidelsen for å oppnå aksept (Kristoffersen & Breievne, 2017).

Riktig *legemiddelbehandling* er viktig med tanke på mestringsprosessen, da tilstrekkelig smertelindring gir mulighet til mestring. Mange av pasientene med kroniske smerter bruker legemidler mot smertene (Danielsen et al., 2020). Hos denne pasientgruppen er det viktig å se på bruken av legemiddel, og måle nytteverdi opp mot bivirkninger. Ved langvarige smerter blir det anbefalt paracetamol som førstevalg og deretter NSAID-preparater. Opioider blir anbefalt ved sterke smerter (Danielsen et al., 2020).

3 Metode

Forsberg og Wengström (Forsberg & Wengström, 2015, s. 63) skriver at en systematisk litteraturstudie gjennomføres innenfor et valgt tema eller problemområde. En må systematisk søke, kritisk granske og deretter sammenstille litteraturen. Problemstillingen min er utgangspunktet for valgt av søkeord i det systematiske søket. Søket kan gjennomføres i ulike databaser som for eksempel Cinahl og Svemed+, som er brukt i denne oppgaven (Forsberg & Wengström, 2015, s. 63).

I denne metodedelen av oppgaven gjør jeg rede for datainnsamling, inklusjons- og eksklusjonskriterier, søkestrategi og historikk, kvalitativ og kvantitativ forskning, etisk vurdering, kvalitetsvurdering og analyse av de åtte forskningsartiklene som ble inkludert i oppgaven.

3.1 Datainnsamling

Det finnes flere databaser innenfor helsevitenskap, blant annet Cinahl Complete, Svemed+ og PubMed. Forsberg og Wengström (2015, s. 64-68) nevner flere av disse databasene, og jeg har i tillegg erfaring med flere av dem fra tidligere i studie. I starten av søket måtte jeg prøve meg litt frem med hvilke ord som kunne være aktuelle, i tillegg til inklusjons- og eksklusjonskriteriene, for å finne forskningsartikler som passer til min problemstilling. Fra databasen til Cinahl Complete inkluderte jeg fire artikler, og de resterende fire fant jeg i databasen Svemed+.

Jeg valgte å ta i bruk PICO-skjema (vedlegg 10) for å skape en oversikt over aktuelle søkeord. Forsberg og Wengström (2015, s. 60-61) beskriver PICO-skjema som en strukturert metode, der man ut ifra problemstilling setter sammen søkestrategier.

3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Forsberg og Wengström (2015, s. 174) skriver at i en systematisk litteraturstudie hjelper inklusjons- og eksklusjonskriterier forfatteren med hva som skal inkluderes i oppgaven.

Før søket etter forskningsartikler ble igangsatt, måtte jeg bestemme meg for hvilke inklusjons- og eksklusjonskriterier jeg ville inkludere i søket mitt. I min oppgave har jeg valgt å fokusere på voksne kvinner og menn over 18 år med kroniske smerter. Studiene jeg inkluderte skulle ha hovedfokus på mestringsstrategier. Søket ble i tillegg avgrenset av formelle kriterier som publiseringsdato mellom 2011-2022, fagfelleverdert, forskningsartikkel, etisk godkjent, IMRAD-struktur og tilgjengelig abstrakt. Et annet inklusjonskriterium var å velge artikler publisert på engelsk eller skandinaviske språk, dette for å ekskludere innhold som er publisert på et språk jeg ikke mestrer.

3.3 Søkestrategi og historikk

I alle søk som er gjennomført har jeg tatt i bruk samme inklusjons- og eksklusjonskriterier som beskrevet ovenfor. Tabell over søkehistorikk er lagt ved som vedlegg (Vedlegg nr. 9), der jeg noterte dato for søket, søkeord, antall treff, antall leste abstrakter og artikler inkludert. Videre vil jeg gjøre rede for hvordan jeg gikk frem i søkene i de ulike databasene. Jeg har valgt å kombinere flere av søkeordene mine med «AND», dette er et kombinasjonsord som begrenser søket, og gjør at funnene viser artikler som inneholder alle søkeordene som blir brukt (Forsberg & Wengström, 2015, s. 68-69).

Cinahl Complete

Ut ifra min problemstilling valgte jeg å bruke søkeordene «Chronic Pain» AND «Patient» AND «Pain Management» Jeg gjennomførte første søk i databasen Cinahl Complete. Cinahl Complete er en internasjonal database (Forsberg & Wengström, 2015, s. 65), derfor har jeg valgt å oversette mine søkeord til engelsk, for å få flere resultat i søket. Søket ga et funn på 281 artikler, der fem abstrakter ble gjennomgått og to artikler lest. Artikkelen som ble funnet i dette søket viste seg å være mindre relevante for min problemstilling, da artikkelen handler i større grad om en spesifikk diagnose fremfor kroniske smerter. Jeg gjennomførte samme søk i Cinahl Complete uten å inkludere søkeordet «patient», dette ga et treff på 719 artikler, der 16 abstrakter ble lest, fire artikler gjennomgått og to (Kim et al., 2021; Deshpande et al., 2020) valgt ut til min oppgave. Jeg fikk mange treff på søket, men valgte likevel bare å inkludere to artikler i min oppgave på grunn av relevansen til min problemstilling.

Jeg gjennomførte et nyere søk i databasen Cinahl Complete der jeg søkeordene var «Pain management» AND «Chronic pain» (nøkkelord). Dette søket resulterte i 429 treff, 12 abstrakter ble gjennomgått, seks artikler lest, og to inkludert (Curry et al., 2021; Frers et al., 2021). Artikkelen svarer godt på min problemstilling, da de presenterer en konkret mestringsstrategi.

Svemed+

Jeg gjennomførte et søk i den skandinaviske databasen Svemed+. Søkeordene som ble brukt i søket var «kronisk smerte» AND «mestring» som ga 17 treff. Jeg avgrenset søket ved å kun inkludere fagfelleverderte forskning som er publisert i tidsrommet 2011-2022. Fem abstrakter ble lest, to artikler ble gjennomgått og begge (Kallhed & Mårtensson, 2018; Tul et al., 2011) valgte jeg å inkludere i min oppgave. Dette fordi artikkelen er svært relevante for min problemstilling.

Jeg gjennomførte et nytt søk i Svemed+ med de samme inklusjons- og eksklusjonskriteriene fra tidligere søk, der jeg brukte søkeordet «Kronisk smerte». Jeg brukte kun et søkeord for å få opp flere artikler, dette søket resulterte i 131 studier. Seks abstrakter ble gjennomgått og en artikkel lest. Jeg valgte å inkludere denne artikkelen (Bystad et al., 2015), da den svarer godt på min problemstilling. Ved å endre skrivemåten på søkeordet fra «Kronisk smerte» til «Kroniske smerter», resulterte dette i treff på andre artikler en ved forrige søk. 91 funn, der ti abstrakter ble lest og tre artikler lest. Én av disse artikkelen (Arman & Hök, 2015) ble inkludert i oppgaven min, da jeg anser den som relevant med tanke på oppgavens hensikt og problemstilling.

3.4 Kvalitativ og kvantitativ forskning

Av de åtte forskningsartiklene jeg har valgt å inkludere i min oppgave er fire av de rene kvalitative studier, en kvantitativ, en blanding av kvalitativ og kvantitativ, en kohortstudie og en metaanalyse. Flertallet av artikler som er inkludert er av kvalitativt design, som passer bra til min problemstilling som har et pasientperspektiv. Kvalitative metoder fokuserer på å forstå og tolke menneskets subjektive oppfatning og opplevelser (Forsberg & Wengström, 2015, s. 44).

Studier av kohortdesign gjennomføres ved at en gruppe, med en viss egenskap, blir målt opp mot en annen gruppe uten denne egenskapen (Forsberg & Wengström, 2015, s. 80-81). Artikkelen (Deshpande et al., 2020, s. 383-391) jeg har valgt å inkludere har et prospektivt kohortdesign, som vil si at studien følger deltakerne fremover i tid (Forsberg & Wengström, 2015, s. 80-81).

En metaanalyse er en studie sammensatt av flere tidligere gjennomførte studier, og er en form for systematisk litteraturstudie (Forsberg & Wengström, 2015, s. 28). Enkelte studier alene gir ingen sikre resultat, men ved å samle flere studier kan resultatet bli mer sikkert og anvendbart.

Jeg har valgt å inkludere studier med ulike metoder, da dette kan være en fordel ved at det belyser min problemstilling fra ulike perspektiv (Forsberg & Wengström, 2015, s. 47).

3.5 Etisk vurdering

Etisk vurdering er viktig innenfor arbeid med systematisk litteraturstudie, da det finnes retningslinjer for medisinsk forskning, publisert av vitenskapsrådet (Forsberg & Wengström, 2015, s. 59). Samtlige av artiklene jeg har valgt å inkludere i min oppgave er vurdert av etiske komiteer, som godkjenner oppgaven som etisk riktig gjennomført. Forskningsartiklene har gjort rede for hvilke etiske hensyn som har blitt gjennomført ovenfor deltakerne.

3.6 Kvalitetsvurdering

For å sikre at forskningsartiklene er av god nok kvalitet har jeg gjennomført en kvalitetssjekk, der jeg blant annet ser på artikkelens struktur, fagfelleevaluering og klassifiseringsnivå. Jeg søkte i norsk register over vitenskapelige publiseringskanaler for å bekrefte at alle artiklene som er inkludert er publisert i et vitenskapelig tidsskrift, der de er klassifisert som nivå 1 (Direktoratet for Høgare Utdanning og Kompetanse).

Jeg har valgt å ta i bruk sjekklister til Forsberg og Wengström (2015, s. 203) for å kvalitetssikre artiklene jeg velger å inkludere i oppgaven. Det er lagt ved et vedlegg (vedlegg nr.11) der jeg går gjennom sjekklisten for artikkelen publisert av Kallhed og Mårtensson (2018), for å vise et eksempel på hvordan arbeidet med kvalitetsvurdering ble gjennomført.

3.7 Analyse

I en systematisk litteraturstudie analyseres resultat fra hver enkelt forskningsartikkel gjennom en innholdsanalyse på fem steg (Forsberg & Wengström, 2015, s. 152-153). I innholdsanalysen går man gjennom innholdet til artiklene på en systematisk måte, for så å kategorisere funn og resultat i ulike tema.

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

Jeg har lest gjennom alle artiklene flere ganger for å få en bedre forståelse av innholdet. Samtidig som jeg leser artiklene, noterer jeg ned de viktigste punktene for å skape en oversikt. Det er fylt ut en litteraturmatrise (vedlegg 1-8) til hver artikkel, som også gir en god oversikt over innholdet.

Steg 2 – Finne frem til hva artikkelen handler om, og gi uttalelsene koder.

For å kartlegge hva artiklene handler om, noterer jeg ned hva som kommer frem som ulike mestringsstrategier. Innholdet i artiklene handler om: *Kroniske smerter, rehabilitering, alternative metoder, selvbilde, smerteoppfatning, kronisk sykdom, ensomhet, håpløshet, psykosomatikk, trening, mestring, tilpasning, søvn, pasient-pleier relasjon, egenomsorg, rådgivning, hvile, stress og medikamentell behandling.*

Steg 3: Føre kodene inn i ulike kategorier

Under dette punktet skal kodene nevnt i forrige punkt føres inn i ulike kategorier: *Aksept, egenomsorg og selvinnsikt, veiledning, relasjon og tillit, aktivitet og hvile, og funksjonell gjenoppretting.*

Steg 4: Sammenfatte kategoriene til temaer

Kategoriene skal deretter inn under ulike tema: Kognitive mestringsstrategier, sosiale mestringsstrategier og komplementære mestringsstrategier.

Steg 5: Tolke og diskutere resultatet.

Tolkning og diskusjon av resultatet er å finne i de påfølgende kapitlene.

Etter å ha lest gjennom studiene flere ganger, analysert innholdet og notert ned stikkord, har jeg kommet frem til tre tema som jeg kan dele studienes resultat inn i. Under temaene er resultatene delt inn i flere undertema.

4 Resultat

I dette kapitlet presenteres resultat fra studiene jeg har valgt å inkludere i min oppgave. Resultatene deler jeg opp i tema og undertema.

4.1 Kognitive mestringsstrategier

Kognitive mestringsstrategier kan innebære aksept, egenomsorg og selvinnsikt (Bystad et al. 2015; Arman & Hök, 2015; Curry et al. 2021).

Aksept

I studien til Bystad et. al (2015) er oppmerksomt nærvær utøvd som en mestringsstrategi, som kan føre til aksept hos pasienter med kroniske smerter. I hovedfunnene kommer det frem at oppmerksomt nærvær gir bedring av livskvalitet, aksept og reduserer depressive symptomer. I tre av de gjennomgåtte studiene (Bystad et al. 2015) har oppmerksomt nærvær vist seg å ha begrenset effekt på smerteintensiteten og smerteoppfattelsen. Derimot kan det ha en positiv effekt på livskvalitet, depresjon og aksept av smerten. Seks av de 12 studiene i denne metaanalysen (Bystad et al., 2015) viser at trening innen oppmerksomt nærvær vil kunne gi samme resultat som kognitiv adferdsterapi og psykoedukasjon (Bystad et al., 2015). Oppmerksomt nærvær blir beskrevet som en strategi som krever øvelse over lengre tid, for å gi resultater og bedring hos pasienter med kroniske smerter. I tre av de 12 studiene inkludert ga deltakerne uttrykk for at oppmerksomt nærvær førte til signifikant bedring i smerte og depresjon (Bystad et al., 2015).

Egenomsorg og selvinnsikt

Studien til Arman og Hök (2015) beskriver hvordan pasientens egenomsorg påvirker rehabiliteringsprosessen, og hvordan egenomsorg kommer som en følge av tilstrekkelig omsorg fra helsepersonell. Gjennom å motta omsorg ga det deltakerne i den ettårige integrative rehabiliteringen, mulighet til å identifisere sine egne behov som første steg mot egenomsorg. Arman og Hök (2015) gjennomførte intervju under det de kaller «vendepunktet» i studien, her beskriver deltakerne hvordan de ansatte på klinikken motiverte dem til å fokusere på seg selv. Mot slutten av det ettårige rehabiliteringsprogrammet begynte deltakerne å vise tegn til egenomsorg. Deltakerne beskriver hvordan pleiepersonell fikk dem til å føle seg verdifulle, og de følte at både deres sykdom og hele dem ble sett. En deltaker sa dette i sitt siste intervju: «If everybody else is so interested in me and how I feel then I have to become interested in myself as well» (Arman & Hök, 2015, s. 374-381).

I en av studiene (Curry et al. 2021) ble aktiviteten qigong, puste- og bevegelsesteknikker, utført som mestringsstrategi. Deltakerne rapporterte økt selvinnsikt, og dermed økt egenomsorg etter å ha utført øvelsene over tid. Resultatet av studien forteller at helsefordelene henger sammen med mengde trening. Flere av deltakerne nevnte i sine intervju hvordan søvnen har blitt forbedret: «Quality of life has improved exponentially» (Curry et al. 2021, s. 1-14).

4.2 Sosiale mestringsstrategier

Flere av studiene omtaler relasjon mellom pasient og pleier som viktig, der veiledning og relasjonsbygging blir trukket frem som mestringsstrategi hos pasienter med kroniske smerter (Kallhed & Mårtensson, 2017; Kim et al., 2021; Arman og Hök, 2015).

Veiledning

I studien til Kallhed og Mårtensson (2017) tar deltakerne del i gruppeleksjoner om blant annet ergonomi, aktivitetstempo, samt individuelle leksjoner som innebar aktivitet tilpasset pasientens individuelle helsetilstand. Dette for å lære hvordan deltakerne skal finne nye strategier til å mestre sin hverdag, tross hindringer forårsaket av smerter. Dette kan være å regulere aktivitetstempo og ta små pauser. En deltaker sa følgende i et intervju etter endt studie:

Usually I do it in several parts, I prepare and set the table maybe a few hours before... so I don't do everything at once but maybe I do something for ten minutes three times instead of thirty minutes at once ... That I manage more the rest of the day if I do it like that. I mean instead of doing everything at the same time and then be tired the rest of the day, I'm more alert and I'm able to do more. (Kallhed & Mårtensson 2017, s.145-152)

Et annet resultat i Kallhed og Mårtensson (2017) sin studie beskriver viktigheten av å planlegge og strebe etter balanse av aktivitet hos pasienter med kroniske smerter. Deltakerne ble veiledet av pleiepersonellet til å prioritere hva som skal gjennomføres av aktiviteter. Planlegging hjalp deltakerne å tenke langsiktig ved å spare opp energi frem til neste aktivitet. En av deltaker fortalte at tidligere aktiviteter kanskje ikke lenger er like viktige å gjennomføre, med tanke på at tid og energi er begrenset av smerter. En av deltakerne sa dette i sitt intervju:

I have always cleaned. All my life being active in my home and cleaned and so. But I have like, f*** that. Changed me a bit ... So I have lowered the bar a bit I think. There are more important things». (Kallhed & Mårtensson 2017, s.145-152)

Relasjon og tillit

Deltakerne i studien til Kim et al. (2021) understreker at for å oppnå individuell og skreddersydd omsorg, må de møtes med et helsevesen som lytter, bryr seg og ser dem helhetlig. I denne studien blir det forsket på hva pasienter med kroniske smerter anser som ideell behandling, og hva helsevesenet fokuserer på i sitt arbeid med kroniske smerter. Pasientene ble stilt spørsmål om kroniske smerter, behandling, tilnærming og hva som kan gjøre behandlingen mer pasientsentrert. Studiens resultat viser at pasientene ønsker terapeutisk kommunikasjon fra helsepersonell, aktiv lytting, respekt og en ikke-dømmende holdning. Pasientene beskrev viktigheten av å møte helsepersonell med tilstrekkelig kunnskap om deres lidelse, for å få den behandlingen de ønsket (Kim et al., 2021).

I studien til Arman og Hök (2015) kommer det frem hvordan konsekvensene av de kroniske smertene har gjort det utfordrende å opprettholde relasjoner. Studien handler om hvordan tilstrekkelig omsorg fra helsepersonell kan bidra til økt egenomsorg hos deltakerne. En av deltakerne sa følgende: «I have reduced my life to encompass only myself and my son these days. I can't take responsibility for anyone else, I don't have

the energy to take responsibility for other people» (Arman & Hög, 2015, s. 374-381). Studiens resultat presenterer hvordan omsorg og en god relasjon til helsepersonell bidrar til engasjement for egen helse. En av deltakerne sa dette i sitt intervju: «... And it was so great to get there (to the clinic) and be seen and cared for» (Arman & Hög, 2015, s. 374-381).

4.3 Komplementære mestringsstrategier

Flere av studiene som er inkludert i oppgaven anvender komplementære mestringsstrategier innenfor aktivitet og hvile, funksjonell rehabilitering for å mestre de kroniske smertene (Tul et al. 2011; Curry et al. 2021; Frers et al., 2021; Deshpande et al. 2020).

Aktivitet og hvile

I studien til Tul et al. (2011) er yoga anvendt som mestringsstrategi hos deltakerne. Deltakerne rapporterte at det å praktisere yoga, for å håndtere kroniske smerter, gjorde det mulig å være bevisst over at deres egne tanker og handlinger kunne forverre smertene. Ved å utføre yoga forbedret dette forståelsen og forholdet til de kroniske smertene. Denne prosessen ble gjennomført ved å gjenoppdage bevissthet, og endre forhold til en kropp med smerter gjennom aksept. Bortimot alle deltakerne i studien (Tul et al. 2011) rapporterte at de fikk økt mestringsfølelse eller bedret fysisk selvtillit. Yoga ga dem mulighet til å redusere smerte, eller fortsette med en oppgave tross for smertene. En deltaker sa følgende i et intervju:

I think it (yoga) had affected the kind of things that I had difficulty doing in the sense that like I mentioned before about being more aware of my body and that yes I can do that. Yes I can pick that thing up off the floor. Yes I can reach over there and get this and it's not going to hurt me. It's not going to hurt me. (Tul et al. 2011, s. 435-443)

I studien til Curry et al. (2021) er qigong, puste- og bevegelsesteknikker, brukt som mestringsstrategi. Seks av de 43 deltakerne rapporterte at de utførte qigong mellom en og en halv time til tre timer hver dag. Disse rapporterte en bedring i smerte, humør, søvn, immunfunksjon, respirasjon, mobilitet, depresjon og angst. Flere av disse seks deltakerne rapporterte i tillegg om seponering av smertestillende og andre faste medisiner som følge av å ha utført qigong. Deltakerne som praktiserte qigong to til fire ganger rapporterte om bedring av smerte og/eller at smerten ble mer håndterbar. En av dem rapporterte dette etter seks uker praktisering: «Pain certainly is more manageable; pain level reduced, overall wellbeing better and am more able to cope on daily basis» (Curry et al. 2021, s. 1-14).

I studien (Curry et al. 2021) som anvendte qigong som en mestringsstrategi, rapporterte noen av deltakerne forbedring av søvn som resultat. En av deltakerne som praktiserte Qigong fem til seks ganger ukentlig, rapporterte etter seks ukers praksis dette: «Pain is more manageable ... Sleep is deeper and longer.» (Curry et al. 2021, s. 1-14). Qigong resulterte i bedre søvnkvalitet, også hos noen av dem som ikke praktiserte i like stor grad som deltakeren nevnt ovenfor.

I studien til Frers et al. (2021) forskes det på hvordan langtidsbruk av opioider påvirker søvnkvaliteten. Deltakerne som er inkludert i studien er enten i pågående behandling med opioider, eller har tidligere anvendt dette mot kroniske smerter. I studien er det inkludert fire ulike grupper, metadonbrukere, buprenorfinbrukere, de med langvarig abstinens etter endt behandling og opioidnaive. Det er resultatene fra de tre første gruppene som presenteres her, da den siste gruppen ikke er aktuell for oppgaven. Resultat i studien viser at opioidbruk over tid har påvirket søvnkvaliteten hos deltakerne, som har ført til lavere smerteterskel og høyere smertesensitivitet. Målinger viste at gruppen med lavest søvnkvalitet var gruppen som har avsluttet behandling med opioider, og som opplever abstinenser i ettertid (Frers et al., 2021).

Funksjonell rehabilitering

Deshpande et al. (2020) har gjennomført en studie der deltakerne har tatt del av et program for funksjonell gjenoppretting. I denne studien blir alle deltakerne behandlet individuelt av et team bestående av lege, psykolog, sykepleier, fysioterapeut og ergoterapeut. Behandlingen besto blant annet av et treningsprogram med mål om å mestre smertene, gjenoppta sysselsetting og fritidsaktiviteter og reduserer behovet for medisiner. Deltakerne ble målt i åtte ulike fysiske øvelser ved innkomst og ved endt studie. Samtlige av deltakerne viste funksjonell forbedring i seks av de åtte øvelsene som ble testet. Deltakerne fylte ut undersøkelser og skjema ved endt studie, og resultatet viser at deltakerne blant annet opplevde redusert smerterelatert funksjonshemming, redusert smerteintensitet og psykiske plager. Ni av deltakerne som fullførte studien gikk på vedlikeholdsdoser av opioidmedisiner, men ved endt program var alle vendt av medisinene.

5 Diskusjon

Dette kapitlet inneholder en metodediskusjon og en resultatdiskusjon. I metodediskusjonen gjennomføres en kritisk diskusjon av metoden brukt i min oppgave. Deretter følger en faglig resultatdiskusjon, som skal svare på min problemstilling «*Hvordan kan pasienter med kroniske smerter mestre sin lidelse ved hjelp av mestringsstrategier?*».

5.1 Metodediskusjon

Forsberg og Wengström (2015, s. 157-158) skriver at diskusjonen bør inneholde en kritisk metodediskusjon. I en systematisk litteraturstudie bør det diskuteres fremgangen i litteratursøket, utvalgets innhold og kvalitet. Styrker og svakheter ved studien blir presentert i denne delen av oppgaven.

Jeg har brukt boken «*Att göra systematiska litteraturstudier*» til Forsberg og Wengström (2015) som utgangspunkt i oppgaven min. Når jeg startet prosessen med litteratursøk i databaser, var jeg noe usikker på hvilke begrep som ville gi meg de resultatene jeg søkte etter. Søkeordene jeg valgte å bruke i databasene resulterte i relativt mange treff. Alle titlene måtte leses for å fange opp mulige forskningsartikler som passet min problemstilling. Jeg har tatt i bruk PICO-skjema som en strukturell metode, for å finne passende søkeord med utgangspunkt i problemstillingen min.

Et av inklusjonskriteriene i søket mitt var å velge artikler som er publisert på engelsk eller skandinavisk språk, fordi det er språk jeg behersker. Det var likevel ord og uttrykk i artiklene publisert på engelsk, som var vanskelig å forstå betydningen av. Jeg tok i bruk oversettelsesprogrammer for å oversette artiklene, noe som kan være en svakhet med tanke på misforståelser eller feiltolking av ord.

Flere av artiklene som jeg har valgt å inkludere i oppgaven er studier som er gjennomført utenfor Europa. Jeg anser ikke dette som en svakhet, da mestringsstrategiene som er presentert kan brukes av alle pasienter med kroniske smerter tross geografiske forhold.

Det finnes flere databaser tilgjengelig for litteratursøk. Jeg valgte å bruke databasene Cinahl og Svemed+. Cinahl er en av de største databasene innen sykepleiefaget. Samme søk i begge databasene resulterte også i noen av de samme forskningsartiklene. Forskningsartiklene som er inkludert i oppgaven svarer på min problemstilling, og er relevante fordi de beskriver konkrete mestringsstrategier for pasienter med kroniske smerter.

Opgaven er skrevet individuelt uten samarbeid med andre, etter eget valg. Dette kan være en svakhet for oppgaven da jeg ikke har hatt noen å idémyldre eller diskutere arbeidet i oppgaven med. Jeg føler likevel at oppgaven ikke bærer preg av dette, da jeg har jobbet grundig med stoffet og har god oversikt over alle delene av oppgaven.

5.2 Resultatdiskusjon

Resultatdiskusjonen er delt inn i fire hovedtema; kognitive mestringsstrategier, sosiale mestringsstrategier, komplementære mestringsstrategier og konsekvenser for utøvelse av sykepleie.

5.2.1 Kognitive mestringsstrategier

Oppmerksomt nærvær, som mestringsstrategi, har i studien til Bystad et al. (2015) vist seg å føre til aksept av smerter hos deltakerne. Aksept blir i teorien beskrevet som viktig innenfor mestring, da man med aksept har lettere for å møte motstand og oppnå mestring (Kristoffersen & Breievne, 2017). Ved å utøve oppmerksomt nærvær, eller «mindfulness», er ikke målet å fjerne selve smerten, men for pasienten å innta en åpen og ikke-dømmende holdning til sin smerteopplevelse (Bystad et al., 2015). Pasienten opparbeider aksept gjennom oppmerksomt nærvær, fremfor å kjempe imot situasjonen, dette antas å redusere stress og øke livskvalitet. Lazarus og Folkman sin emosjonsfokuserte mestringsstrategi har som hensikt at pasienten skal håndtere egne følelser i forhold til belastningen (Hanssen & Natvig, 2007). Oppmerksomt nærvær kan beskrives som en emosjonsfokuseret mestringsstrategi, da den hjelper pasienten til å håndtere de kroniske smertene gjennom aksept. Det kan likevel stilles spørsmål om dette er en mestringsstrategi som vil fungere like godt for alle. Kroniske smerter kan ha en negativ påvirkning på flere livsområder, og flere utvikler blant annet depresjon og angst (Nordtvedt, 2017). Depresjon kan utartes i vansker med å tenke og konsentrere seg (Helsebiblioteket/BMJ, 2021). Oppmerksomt nærvær handler om å være til stede her og nå, og er en aktivitet som krever trening i fokus. Det kan derfor stilles spørsmål om det vil være vanskelig for pasienter med kroniske smerter å utføre aktiviteten og holde på fokuset, tross den psykososiale smertens dimensjoner og påvirkninger.

Selvpleie kan ha en stor påvirkning hos pasienter med kroniske smerter. *Egenomsorg* kan føre til økt gjenkjenning av kroppens behov (Arman & Hök, 2015). Alternativ behandling kan øke egenomsorg ved å lære seg å lytte til egen kropp og være i ett med seg selv. Behandlingen på klinikken gikk ut på å oppmuntre pasientene til å reflektere over seg selv. Personalet skapte trygge og omsorgsfulle omgivelser, som var med på å øke ønske om å jobbe med egen helse. Ved å utføre egenomsorg i trygge omgivelser ga dette økt tro til å fortsette videre etter endt studie. Omsorg og veiledning fra pleiere er essensielt for at pasienter skal kunne jobbe med sin lidelse og seg selv. Veien til helse begynner når den lidende pasienten opplever hvordan det er å bli tatt vare på (Arman & Hök, 2015). Derfor vil et slikt rehabiliteringsprogram kunne danne grunnlag for gjenopprettelse av pasientens naturlige egenomsorg.

Dorothea Orem skriver at når mennesker utfører egenomsorg, opprettholder det både liv, helse og velvære (Kirkevold, 1998, s. 128). Derfor kan egenomsorg anses som essensielt for at pasienter med kroniske smerter skal mestre sin lidelse. Egenomsorg fører til økt *livskvalitet*, som blir definert som et mål innenfor pasientbehandling (Kristoffersen, 2017a). Siri Næss (Kristoffersen, 2017a) knytter livskvalitet opp mot psykisk velvære. Egenomsorg er noe som må jobbes med, og som Orem (Kirkevold, 1998, s. 128) påpeker er egenomsorg aktiviteter som utføres frivillig og bevisst. Det kan derfor tenkes at pasienter som føler seg oversett eller følt på mangel av omsorg fra helsevesen og NAV (Jevne, 2019; Sæther, 2020), kan ha problemer med å utvikle egenomsorg. Det kan da

diskuteres om egenomsorg som mestringsstrategier bare kan oppnås ved følt omsorg utenfra, før man selv kan gjenopprette den naturlige egenomsorgen.

Økt *selvinn*sikt ved hjelp av puste- og bevegelsesteknikker (qigong) har i studien til Curry et al. (2021) vist seg å føre til økt egenomsorg. Ved å vende fokuset bort fra smerten og mot seg selv, skaper det bedre forståelse for kroppen og kroppens signaler. I Lazarus og Folkman (1984) sin sykepleieteori om mestring blir det beskrevet hvordan emosjoner kan påvirke mestringsstrategier. I dette tilfelle vil puste- og bevegelsesteknikker være med på å lede oppmerksomheten over på noe annet enn smertene, og det kan endre oppfatningen pasientene har til sine kroniske smerter. I studiens resultat kommer det frem at helsefordelene henger i stor grad sammen med mengde aktivitet (Curry et al., 2021). Pasienter med kroniske smerter har ofte redusert energinivå (Helgesen & Smebye, 2017). Denne typen teknikk som mestringsstrategi krever mye øvelse for å gjennomføre, og for å oppnå helsefordeler må det praktiseres flere timer i uken. På grunn av den begrensende energien hos pasientene med kroniske smerter, kan det derfor være utfordrende å komme i gang og opprettholde aktiviteten. Studiens resultat viser at flere av pasientene ikke opprettholdt rutinen på egenhånd på grunn av smerter, tid og energi som begrensning.

5.2.2 Sosiale mestringsstrategier

Veiledning som mestringsstrategi har vist seg ha god effekt på deltakerne i studien til Kallhed og Mårtensson (2017). Livet med kroniske smerter kan være begrensende, og pasientene må finne nye strategier for å tilpasse seg livet med kroniske smerter. Deltakerne ble veiledet innen planlegging av dagen og gjøremål, som må tilpasses etter smerter og energinivå. Deltakerne lærte om viktigheten av planlegging for å porsjonere energi og krefter. Når tid og energi er begrenset grunnet kroniske smerter, må pasientene prioritere hva som er viktig å få gjennomført, og i noen situasjoner innse at det kanskje ikke lenger er mulig å gjennomføre alt som før. Veilederen må ha en forståelse for at kroniske smerter er flerdimensjonalt og må behandles individuelt (Nortvedt, 2017). God veiledning fra helsepersonell er viktig for pasienter med kroniske smerter, for å lære hvilke muligheter de har til å kunne mestre sin lidelse.

I studien til Kim et al. (2021) kommer det frem viktigheten av en god relasjon mellom pasient og pleier for optimal behandling av kroniske smerter. For at pasienter skal få den beste pasientsentrerte smertebehandlingen må pasienten føle seg hørt, forstått og sett av helsepersonell. Dette for å skape en god relasjon og utvikle en god nok individuell smertebehandling. Helsepersonell fokuserer på at pasientene skal sette seg realistiske forventninger, og pasientene forventer at helsepersonell sitter inne med tilstrekkelig kunnskap om kroniske smerter og mulige mestringsstrategier (Kim et al., 2021). Relasjonen mellom helsepersonell og pasient må bygges på tillit, og et gjensidig ønske om bedring. Benner og Wrubel (1989) beskriver viktigheten av at sykepleier involverer seg, og føler omsorg ovenfor pasientene. Dette er et nødvendig aspekt for å kunne oppnå mestring av lidelsen og økt velvære. Som nevnt kan tilstander med kroniske smerter være utfordrende å observere og behandle på riktig måte (Nortvedt, 2017). Ofte blir behandlingsplanen til gjennom å prøve, feile og revurdere. Det kan da stilles spørsmål om det kan være utfordrende for pasienter med kroniske smerter å bygge tillit til helsepersonell og annet hjelpeapparat, når behandlingen til tider kan være mangelfull og man ikke føler at behovene sine er møtt.

Som nevnt i studien til Arman og Høk (2015) har flere av deltakerne negative erfaringer i møte med leger, spesialister og annet helsepersonell, der de har følt seg oversett eller avvist. Ved å kjenne på omsorg gitt av helsepersonell og pleiere, gir det grunnlag for oppbygging av tillit og god relasjon, og dermed mulighet for behandling som kan gi mestringsfølelse. Man kan derfor diskutere viktigheten av tilstrekkelig med kunnskap om kroniske smerter hos helsepersonell, for at pasientene skal kunne bygge relasjon og tillit til dem.

5.2.3 Komplementære mestringsstrategier

Studien til Tul et al. (2011) beskriver hvordan yoga kan gi økt bevissthet over egen kropp og egne smerter. På grunn av økt fokus på egen kropp, ga det mulighet for tidlig identifisering kroppens signaler, og økt bevissthet over triggere som kan ha en negativ innvirkning på smertene. Gjennom å utføre yoga, rapporterte deltakerne økt kontroll på kroppen, og at de til en viss grad klarte å kontrollere hvor mye smertene påvirket hverdagen. Deltakerne i studien (Tul et al. 2011) lærte å i større grad akseptere deres smerte og kropp, gjennom utførelsen av yoga. Deltakerne ble motivert til å legge fra seg tanken om å skulle eliminere all smerte, og at det ikke nødvendigvis betyr at de gir opp ønske om å føle seg bedre. Det blir beskrevet at i yoga betyr det å *gi slipp på noe*, å finne alternative måter å føle seg bedre på i en smertefull kropp.

I Curry et al. (2021) sin studie blir qigong forsket på som mulig mestringsstrategi hos pasienter med kroniske smerter. Qigong innebærer puste- og bevegelsesteknikker, og er en form for fysisk aktivitet. Denne formen for fysisk aktivitet viser seg gjennom studien å ha en rekke helsefordeler hos deltakerne som gjennomfører aktiviteten over lengre tid.

Det fysiske aspektet ved yoga og qigong kan i teorien føre til helsefordeler, da fysisk aktivitet kan fremme og bevare helse, og forebygge sykdom (Helsedirektoratet, 2014, Meld. St. 34 (2012-2013)). Fysisk aktivitet er ofte en del av rehabiliteringen hos pasienter med kroniske smerter (Tul et al., 2011). Smertene kan derimot være en utfordring når det kommer til utøvelse av fysisk aktivitet. Pasientene med kroniske smerter vil ofte bevisst eller ubevisst prøve å begrense smerten, ved å unngå aktivitet og bevegelse (Danielsen et al., 2020). Pasienter kan oppleve økning av smerter ved spenninger i musklene, og dermed ha lav motivasjon for å utøve fysisk aktivitet som yoga eller qigong. Som med all behandling, må behandlingens virkning veies opp mot eventuelle uønskede effekter. Fysisk aktivitet bringer med seg mange helsefordeler, og er en essensiell del av rehabiliteringen hos pasienter med kroniske smerter for at de skal kunne mestre sin lidelse. Pasienter med kroniske smerter er i risikogruppen for å utvikle depresjon og angst (Skaug, 2017). Fysisk aktivitet har vist seg å redusere symptomer på angst og utvikling av depresjon, og bør derfor tilstrebes av pasienter med kroniske smerter.

I studien til Frers et al. (2021) forskes det på langtidsbivirkningene opioider har på søvnkvalitet. Deltakerne har enten tidligere gått på opioider, eller er i aktiv behandling. Resultatet i studien (Frers et al., 2021) viser at deltakernes søvnkvalitet har i stor grad blitt påvirket av opioidbruk. Lav søvnkvalitet har vist seg å redusere smertetoleransen, og er derfor et viktig område å fokusere på i behandlingen av kroniske smerter, skal pasienten kunne mestre sin lidelse (Frers et al., 2021).

Mange pasienter med kroniske smerter bruker legemidler i sin behandling (Danielsen et al., 2020). Tilstrekkelig smertelindring gir mulighet for mestring av lidelsen hos pasienter med kroniske smerter. Opioider er legemidler som ofte blir forskrevet av legen for å behandle sterke smerter, når førstevalgene paracetamol og NSAIDs ikke lindrer tilstrekkelig. I en nyhetsartikkel publisert på NHI sine nettsider (Lein, 2020) kommer det frem at 50 prosent av pasienter i Norge som får opioider på blå resept mot kroniske smerter, blir langvarige brukere. Stor andel av pasienter med kroniske smerter bruker opioider over lengre perioder, er det derfor viktig å være klar over i hvor stor grad det påvirker søvnkvaliteten, og dermed livskvaliteten. Tilstrekkelig med søvn og god søvnkvalitet er grunnleggende for å ivareta og fremme helse og livskvalitet (Bastøe & Frantsen, 2017). Frers et al. (2021) nevner i sin studie at det ikke er tilstrekkelig med informasjon rundt langtidsbivirkningene til opioider, og at mørketallene av bivirkningene kan være store.

I studien til Deshpande et al. (2020) tar deltakerne del i et program for funksjonell rehabilitering. Ved hjelp av et team bestående av blant annet leger, psykologer og fysioterapeuter, skal deltakerne tildeles mestringsstrategier for å mestre deres lidelse. Fysisk funksjon blir brukt til å måle resultat, og samtlige av deltakerne viste forbedring i de fysiske øvelsene. Flere av deltakerne opplevde rehabiliteringsprogrammet som svært vellykket, da de etter endt studie var vendt av medisiner de tidligere var avhengige av, med tanke på smertelindring (Deshpande et al., 2020). Hos pasienter med kroniske smerter følger det ofte med komplekse og sammensatte sykdomshistorier (Mjølstad, 2019). Denne studien (Deshpande et al., 2020) viser at for at pasienter med kroniske smerter skal mestre sin lidelse, er det flere områder i livet som må behandles. Smerter påvirkes av ulike dimensjoner, psykologiske, fysiologiske og sosiale (Nortvedt, 2017). Det kan derfor stilles spørsmål ved om det er tilstrekkelig med én og én form for mestringsstrategi, eller om flere bør kombineres skal pasienter med kroniske smerter mestre sin lidelse.

5.2.4 Konsekvenser for utøvelse av sykepleie

Når det kommer til sykepleierens ansvar og funksjon ved lindring av kroniske smerter, er det viktig å være klar over at målet med sykepleien ikke nødvendigvis er at pasienten skal bli frisk (Danielsen et al., 2020). I rehabiliteringsprosessen har sykepleier en støttende og motiverende funksjon. Det finnes en rekke målsettinger for sykepleien når det kommer til rehabiliteringen av kroniske smerter, blant annet; å opprettholde følelsen av å være normal, å tilpasse livsstilen til smertene og å beherske fysisk ubehag (Danielsen et al., 2020). Sykepleier har en behandlende funksjon, ved at de har ansvaret for å tilrettelegge for best mulig smertelindring, med og uten bruk av legemidler. Ved å lindre smertene, vil det fremme opplevelse av velvære, redusere angst og stress og motivere i en vanskelig situasjon. Når sykepleier har tilstrekkelig med kunnskap innenfor kroniske smerter og mulige mestringsstrategier, kan dette hjelpe pasientene med å føle mestring ovenfor egen lidelse. Det er viktig at sykepleier ser pasienten som et enestående individ, slik at pasienten føler seg sett og hørt (Danielsen et al., 2020).

6 Konklusjon

Hensikten med denne systematiske litteraturstudien var å finne mestringsstrategier, som pasienter med kroniske smerter kan bruke for å mestre sin lidelse. Forskningsartiklene og annen litteratur tilsier at det finnes en rekke mestringsstrategier, og målet med studien er oppnådd. Gjennom analyse av resultat fra forskningsartiklene ble mestringsstrategiene delt inn i tre hovedtema; Kognitive mestringsstrategier, sosiale mestringsstrategier og komplementære mestringsstrategier.

Under de kognitive mestringsstrategiene ble oppmerksomt nærvær og omsorg trukket frem som suksessfulle strategier. Samtlige av deltakerne følte på mestring over egen lidelse, økt egenomsorg og selvinnsikt. Deltakerne endret fokus, ved å akseptere og tilpasse seg sin helsesituasjon, og understreket viktigheten av omsorg fra helsepersonell. Veiledning, relasjon og tillitt trekkes frem som viktige faktorer for mestring, under de sosiale mestringsstrategiene. Veiledning på ulike områder var viktig for at pasientene skulle lære seg mestringsstrategier som passet for dem. Deltakerne lærte under veiledning viktigheten av å prioritere og planlegge, for å porsjonere energien gjennom dagen. Komplementære mestringsstrategier innebar ulik form for fysisk aktivitet, hvile og funksjonell rehabilitering. Fysisk aktivitet er en viktig del av behandlingen av kroniske smerter, da det kan opprettholde god helse og bidra til at pasienter med kroniske smerter mestrer sin lidelse.

Kroniske smerter er et komplekst fenomen, og det kan være utfordrende å forstå, observere og behandle. Sykepleier må være innforstått med at målet med behandlingen ikke er å få disse pasientene friske. Sykepleier har i arbeidet hos pasienter med kronisk smerte en motiverende, veiledende og behandlende funksjon, der de tilrettelegger for tilstrekkelig smertelindring og veileder innenfor mulige mestringsstrategier.

Jeg anbefaler videre forskning innen temaene som er tatt for seg i denne oppgaven. I litteratursøket observerte jeg at mange av artiklene fokuserte på én og én mestringsstrategi. Jeg ønsker mer forskning som måler ulike mestringsstrategier opp mot hverandre.

Referanser

- Arman, M. & Hök, J. (2015). Self-Care follows from compassionate care – chronic pain patients' experience of integrative rehabilitation, *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 30(2): s. 374-381.
<https://doi.org/10.1111/scs.12258>.
- Bastøe, L.K.H., Frantsen, A. (2017). Behovet for søvn og hvile. Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug., E., Grimsbø, G. H. (Red.). *Grunnleggende sykepleie 2 – Grunnleggende behov* (3.utgave, s. 347-372). Gyldendal Akademisk
- Benner, P., Wrubel, J. (1989). *The Primacy of Caring. Stress and Coping in Health and Illness*. Menlo Park, California: Addison-Wesley Publishing Company.
- Bystad, M., Lunde., L-H., Solhaug, I. (2015). Kronisk smerte: Kan oppmerksomt nærvær være til hjelp?, *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*.
- Curry, L., Pike, M., Lynch, M., Marcon, D., Sawynok, J. (2021). Observational Study of Qigong as a Complementary Self-Care Practice at a Tertiary-Care Pain Management Unit, *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*; s. 1-14. <https://doi.org/10.1155/2021/6621069>.
- Danielsen, A., Berntzen, H., Almås, H. (2020) Sykepleie ved smerter. Stubberud, D., Grønseth, R., Almås, H. (Red.). *Klinisk sykepleie 1* (5.utave, s. 381-427). Gyldendal Norsk Forlag.
- Deshpande, K. S., Roehmer, C., Raum, G., Slavin-Spenney, O. (2020). Functional recovery program: An interdisciplinary approach to treating chronic pain, *Journal of Pain Management*, 13(4): 383-391.
- Direktoratet for høgare utdanning og kompetanse (u.å). *Register over vitenskapelige publiseringskanaler*. Kanalregister.hkdir.no. Hentet 8.desember 2021 fra <https://kanalregister.hkdir.no/publiseringskanaler/Forside>.
- Dysvik, E. (2007). Kronisk smerte – hjelp til kursendring. Gjengedal, E., Hanestad, B. R. (Red.). *Å leve med kronisk sykdom – en varig kursendring*. (3.utgave, s.330-342). Cappelen Akademisk Forlag.
- Eriksson, K. (1993). *Möten med lidanden*. Rapport nr. 4. Vasa: Åbo Akademi.
- Forsberg, C., Wengström, Y. (2015). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (Utgave 4). Natur og Kultur.
- Frers, A., Shaffer, J., Edinger, J., Wachholtz, A. (2021). The relationship between sleep and opioids in chronic pain patients, *Journal of Behavioral Medicine* 44(3): 412-

420. <https://doi.org/10.1007/s10865-021-00205-1>.

Gjørund, P., Huseby, R., Barstad, S. (2016). *Psykologi 1 – Mennesket i utvikling* (2.utgave). Cappelen Damm AS.

Hanssen, T.A., Natvig, G. K. (2007). Stress og mestring. Gjengedal, E., Hanestad, B.R. (Red.). *Å leve med kronisk sykdom – en varig kursendring*. (3.utgave, s. 40-59). Cappelen Akademisk Forlag.

Heggen, C., Danielsen, A. (2020). *Pasienters kroniske smerter kan være usynlig for sykepleiere*. Sykepleien.no. Hentet 5. desember 2021 fra <https://sykepleien.no/fag/2020/08/pasienters-kroniske-smerter-kan-vaere-usynlig-sykepleiere>. Doi: [10.4220/Sykepleiens.2020.81840](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2020.81840).

Helgesen, A.K., Smebye, K. L. (2017). Sosial kontakt. Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F., Skaug, E., Grimsbø, G. H. (Red.). *Grunnleggende sykepleie 3 – pasientfenomener, samfunn og mestring* (3.utgave, s. 141-167). Gyldendal Akademisk.

Helsebiblioteket/BMJ (2021, 9.mars). *Depresjon hos voksne*. Helsenorge.no. Hentet 21.mai 2022 fra <https://www.helsenorge.no/sykdom/psykiske-lidelser/depresjon/depresjon-voksne/#symptombilde>

Helsedirektoratet (2014). *Anbefalinger om kosthold, ernæring og fysisk aktivitet*. Rapport IS-2170. Oslo: Helsedirektoratet.

Jevne, I.P. (2019, 4.november). *Allison (51) er for syk til å jobbe, men for frisk til å motta trygd fra Nav*. Frifagbevegelse. <https://frifagbevegelse.no/nyheter/allison-51-er-for-syk-til-a-jobbe-men-for-frisk-til-a-motta-trygd-fra-nav-6.158.659462.a80ba0597d>.

Kallhed, C., & Mårtensson, L. (2017). Strategies to manage activities in everyday life after a pain rehabilitation program, *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 25:2, 145-152. <https://doi.org/10.1080/11038128.2017.1283442>.

Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier -analyse og evaluering* (2.utgave). Gyldendal Akademisk Forlag.

Kim, K., Rendon, I., Starkweather, A. (2021). Patient and provider perspectives on patient-centered chronic pain management, *Pain Management Nursing* 22(4): 470-477. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2021.02.003>

Kristoffersen, K. (2007). Lidelse og kronisk sykdom. Gjengedal, E., Hanestad, B. R. (Red.). *Å leve med kronisk sykdom – en varig kursendring*. (3.utgave, s.78-92). Cappelen Akademisk Forlag.

Kristoffersen, N.J. (2017a). Helse og sykdom – utvikling og begreper. Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F., Skaug, E., Grimsbø, G. H. (Red.). *Grunnleggende sykepleie 1 – sykepleie – fag og funksjon* (3.utgave, s. 29-87). Gyldendal Akademisk.

- Kristoffersen, N.J. (2017b). Stress og mestring. Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F., Skaug., E., Grimsbø, G. H. (Red.). *Grunnleggende sykepleie 3 – pasientfenomener, samfunn og mestring* (3.utgave, s. 237-294). Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N.J., Breievne, G. (2017). Lidelse, mening og håp. Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F., Skaug., E., Grimsbø, G. H. (Red.). *Grunnleggende sykepleie 3 – pasientfenomener, samfunn og mestring* (3.utgave, s. 187-235). Gyldendal Akademisk.
- Lazarus. R.S., Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publ. Co.
- Lein, M. (2020, 19.november). *Opioider mot langvarige smerter: - Det finnes alternativer*. Nhi.no. Hentet 21.mai 2022 fra <https://nhi.no/forskning-og-intervju/Opioider-mot-langvarige-smerter-Det-finnes-alternativer/>
- Mjølstad, B.P. (2019). Artikkel om ny klassifisering av kroniske smerter. *Allmenntmedisinsk Forskningsenhet (AFE)*. Hentet 7.desember 2021 fra <https://www.ntnu.no/blogger/allmenntmedisin/2019/01/29/artikkel-om-ny-klassifisering-av-kroniske-smerter/>.
- NAV – Arbeids- og velferdsetaten. (2019, 1.desember). *Vilkårene for uføretrygd – for leger*. Nav.no. https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/samarbeid/leger-og-andre-behandlere/uforetrygd-informasjon-for-leger/vilka%CC%8Arene-for-uforetrygd-for-leger_kap.
- Nielsen, C. S., Steingrimsdottir, Ö. A., Svetlana, O. S., Handal, M. (2018). *Langvarig smerte*. Folkehelseinstituttet. Hentet 5.desember 2021 fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/smerte/>.
- Nortvedt, F. (2017). Smerte – En personlig og sammensatt erfaring. Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F., Skaug., E., Grimsbø, G. H. (Red.). *Grunnleggende sykepleie 3 – pasientfenomener, samfunn og mestring* (3.utgave, s. 169-185). Gyldendal Akademisk.
- Skaug, E. (2017). Aktivitet. Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug., E., Grimsbø, G. H. (Red.). *Grunnleggende sykepleie 2 – Grunnleggende behov* (3.utgave, s. 313-346). Gyldendal Akademisk.
- Smith, B., Fors, E., Korwisi, B., Barke, A., Cameron, P., Colvin, L., Richardson, C., Rief, W., Treede, R-D. (2019). The IASP classification of chronic pain for ICD-11: Applicability in primary care. *Pain - The Journal of International Association for The Study of Pain*. Volum 160, utgave 1, s. 83-87. Doi: 0.1097/j.pain.0000000000001360.
- St.meld. nr. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Sæther, J.M. (2020, 13.juni). *ME-syke Anniken: -Jeg føler meg diskriminert og tråkket på av Nav*. Abc nyheter. <https://www.abcnyheter.no/helse-og-livsstil/helse/2020/06/13/195684220/me-syke-anniken-jeg-foler-meg-diskriminert-og-trakket-pa-av-nav>.

Tul, Y., Unruh, A., Dick, B. (2011). Yoga for Chronic Pain Management: a qualitative exploration, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25:3, 435-443.
<https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2010.00842.x>.

Vetlesen, A.J. (2004). *Smerte*. Oslo: Dinamo Forlag.

WHOQOL Group (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine*, 41(10): 1403-1409.

Øvreberg, E. (2014, 21.november). *Smertepasienter ønsker ikke å nave*. Forskning.no.
<https://forskning.no/arbeid-helsetjenester-partner/smertepasienter-onsker-ikke-a-nave/529187>.

Vedlegg 1

LITTERATURMATRISE 1

Referanse	Kallhed, C., & Mårtensson, L. (2017). Strategies to manage activities in everyday life after a pain rehabilitation program, <i>Scandinavian Journal of Occupational Therapy</i> , 25:2, 145-152. https://doi.org/10.1080/11038128.2017.1283442
Studiens hensikt/mål	Hensikten til studien var å utforske hvordan personer med kroniske smerter velger å bruke strategier for å mestre aktiviteter i hverdagen. Et viktig mål i studien var å få en bedre forståelse av kronisk smerte og hvilke strategier som kan være med på å bedre livskvaliteten.
Nøkkelbegrep	Chronic pain, rehabilitation, occupational therapy, qualitative method.
Metode	<p>Metode: Kvalitativ studie med fordypende semi-strukturerte intervju for å se hvordan bruken av ulike strategier ble brukt til å mestre hverdagen tross smerter. Rehabiliteringsprogrammet i studien fokuserer på både individuelle og gruppetimer. Gruppetimene inkluderer læring om blant annet ergonomi, aktivitetstempo, anatomi, smerte, fysisk trening, oppmerksomt nærvær, mediyoga, psykologi, søvn og balanse i hverdagen. De individuelle timene omfattet sosial og psykologisk behandling, i tillegg til fysisk trening og aktiviteter basert på den individuelle pasientens spesifikke problem.</p> <p>Utvalg: The Swedish Quality Registry for Pain Rehabilitation ble brukt til å utarbeide en liste med pasienter som har gjennomført et gruppeprogram mellom september 2013 og november 2014. Inklusjonskriteriene var pasienter med dokumentert kronisk smerte i muskel- og skjelettsystem, over 18 år, svenske verbale kommunikasjonsferdigheter. Eksklusjonskriteriene var mer en 20% fravær fra rehabiliteringsprogrammet, dokumentert depresjon eller psykisk lidelse under studien, annen dokumentert skade eller sykdom som kan føre til komplikasjoner i hverdagen under studien. 87 tidligere pasienter ble inkludert i et eksempel, hvorav 24 oppfylte kriteriene der de mottok skriftlig informasjon om studien. Åtte personer gikk med på å gjennomføre studien, dette inkluderte menn og kvinner i ulik alder.</p> <p>Datainnsamling: Data ble samlet gjennom to semi-strukturerte intervju, gjennomført av den første forfatteren. Intervjuene hadde en lengde på mellom 47 og 58 minutter. Dette kunne deltakeren velge å gjennomføre enten hjemme eller på rehabiliteringsklinikken.</p> <p>Analyse: En kvalitativ innholdsanalyse ble brukt til å analysere notatene fra intervjuet. De leste gjennom intervjuene, deretter delt inn i ulike ord og setninger som korresponderte med hensikten til studien. Delene ble så redusert, abstrahert og merket med koder. Analysen førte til tre kategorier med syv underkategorier.</p>
Resultat/konklusjon	<p>Resultat: Studien beskriver hvordan deltakeren brukte strategier for å redusere komplikasjoner forårsaket av kronisk smerter, for å forbedre hverdagen. Valg av strategi har en stor innvirkning på hvordan livet kan bli mer meningsfylt og øke følelsen av velvære.</p> <p>Konklusjon: Hovedbudskapet til denne studien er at det er viktig at personer med kroniske smerter har kunnskap om ulike strategier for å være i stand til å påvirke deres livssituasjon. Studien viste at terapeuter burde fokusere på strategier for aktivitet og smertebehandling, fremfor selve smertetilstanden under rehabiliteringsoppholdet.</p>
Relevans	Studien viser til ulike strategier til hvordan man skal mestre sin livssituasjon med kroniske smerter Ikke bare strategier for å redusere følelsen av smerte, men også forbedre hverdagen og øke følelsen av velvære. Studien beskriver også at pasienter må ha tilstrekkelig med kunnskap for å kunne påvirke sin livssituasjon.

Vedlegg 2
LITTERATURMATRISE 2

Referanse	Tul, Y., Unruh, A., Dick, B. (2011). Yoga for Chronic Pain Management: a qualitative exploration, <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> , 25:3, 435-443. https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2010.00842.x
Studiens hensikt/mål	Utforske pasientens oppfatning av deres egen smerte, mens de deltar i et åtte ukers program med yoga.
Nøkkelbegrep	Pain perception, yoga, adaptation, adult, awareness, body image, chronic disease, female, humans, male, observation, pain, surveys and questionnaires, treatment outcome.
Metode	<p>Metode: En kvalitativ forskning med en fenomenologisk hermeneutisk metode. 8 ukers Hatha yoga program, som inkluderer ukentlige gruppetimer og hjemmetrening.</p> <p>Utvalg: Syv voksne (seks kvinner og en mann). Deltakerne ble rekruttert fra Univeristy og Alerbta Hospitals Multidisciplinary Pain Centre (MPC) og Department of Anesthesiology and Pain Medicine. Alle deltakerne var henvist til MPC av deres fastlege, der de ble tilbudt en medisinsk konsultasjon. Deltakerne ble ekskludert fra studien dersom de allerede praktiserte yoga, hadde en ustabil medisinsk tilstand, mottok økonomisk stønad i forbindelse med mistet arbeid eller som var involvert i prosedyrer gjennom retten.</p> <p>Datainnsamling: Data ble samlet gjennom å observere deltakerne, i tillegg til dybdeintervju. Intervjuene utforsket både opplevelsen ved å utøve yoga, men også forholdet til smerten under utøvelsen.</p> <p>Analyse: Analysen av intervjuene ble gjort ved bruk av Manen´s tilnærming, der det analyseres gjennom lesing, refleksjon, skriving og omskriving.</p>
Resultat/konklusjon	<p>Resultat: Analysene identifiserte tre temaer: fornyet bevissthet av kroppen, endret forhold til en kropp med smerte og aksept. Noen av deltakerne rapporterte at følelsen av smerte ikke endret seg, men ble mindre til bry. Deltakerne følte de kunne kontrollere i større grad hvor mye smerten påvirket hverdagslivet. Andre deltakere rapporterte at de følte sjeldnere på smerte og at det reduserte de intense smerte-episodene fordi de kunne kjenne igjen kroppens signal og justere seg etter dette.</p> <p>Konklusjon: Funnene viser at for noen av deltakerne vil yoga muliggjøre endringer i kognisjon og atferd mot smerte. Derfor kan Yoga være en viktig strategi for pasienter med kronisk smerte for å endre eller gjøre livet mer meningsfylt og utvikle et harmonisk forhold til sin egen kropp.</p>
Relevans	Yoga kan for noen være en effektiv strategi for å lære å kjenne etter signaler kroppen gir. Yoga kan føre til at opplevelsen av smerte blir redusert, samtidig som smerte-episodene kan oppstå sjeldnere. For pasienter med kroniske smerter kan yoga derfor være en strategi for å kunne mestre sin lidelse.

Vedlegg 3

LITTERATURMATRISE 3

Referanse	Bystad, M., Lunde., L-H., Solhaug, I. (2015). Kronisk smerte: Kan oppmerksomt nærvær være til hjelp?, <i>Tidsskrift for Norsk Psykologforening</i> .
Studiens hensikt/mål	Hensikten med denne artikkelen er å få en oversikt over den nåværende kunnskapen av oppmerksomt nærvær som en del av rutinene til pasienter med kronisk smerte.
Nøkkelbegrep	Chronic pain, mindfulness, mind-body, psychosomatic, pain, biopsychosocial model, stress.
Metode	<p>Metode: Artikkelen har vurdert randomiserte kontrollerte studier, en metaanalyse. Artiklene som ble valgt undersøkte alle oppmerksomt nærvær som en intervensjon ved kronisk smerte.</p> <p>Utvalg: Det ble kun inkludert randomiserte kontrollerte studier, der populasjonen var pasienter over 18 år med kroniske smerter. Totalt 12 studier ble vurdert som relevante for problemstillingen. Artiklene som ble ekskludert undersøkte ikke problemstillingen som ble søkt etter og/eller hadde ikke RCT-design.</p> <p>Datainnsamling: Det ble gjennomført søk i Pubmed med søkekombinasjonene "Mindfulness" AND "Chronic pain", som resulterte i 69 treff. "Mindfulness based stress reduction" AND "Chronic pain" ga 40 treff, og "MSBR" AND "Chronic pain" ga 26 treff. "Mindfulness based cognitive therapy" AND "Chronic pain" ga seks treff. "MBCT" AND "Chronic pain" ga tre treff. Samme søk ble utført i Psychinfo, men resultere i vesentlig mindre relevante treff.</p> <p>Analyse: Alle utfallsmål ble sett på som aktuelle, dette inkluderte smerteintensitet, aksept, depresjon, angst og livskvalitet.</p>
Resultat/konklusjon	<p>Resultat: Ni av 12 studier viser store forskjeller mellom gruppen som trente på oppmerksomt nærvær og kontrollgruppene. Oppmerksomt nærvær viste seg å ha begrenset effekt på smerteintensiteten og smerte oppfattelsen. Derimot kan oppmerksomt nærvær ha en positiv effekt på livskvalitet, depresjon og aksept av smerten. Seks av studiene viste at trening innen oppmerksomt nærvær vil kunne gi samme effekter som kognitiv atferdsterapi, psykoedukasjon på depresjon og smerte og bedre effekt enn en massasje-gruppe på psykisk helse.</p> <p>Konklusjon: De fleste studiene som ble inkludert i artikkelen strakk seg over kort tid, og siden oppmerksomt nærvær krever trening over lengre tid ville det vært med ideelt dersom studien gikk over lengre tid. Oppmerksomt nærvær bør vurderes som en mulig prosedyre i behandlingen til pasienter med kronisk smerte, der langtidseffekter bør forskes videre på.</p>
Relevans	Studien viser at oppmerksomt nærvær kan være med på å hjelpe pasienter med kroniske smerter til å mestre sin livssituasjon. Deltakerne brukte tid til å lytte til sin egen kropp gjennom aktivitet, samtidig som personalet skaper omsorg og trygghet ved å anerkjenne deres sykdom og lidelse.

Vedlegg 4

LITTERATURMATRISE 4

Referanse	Deshpande, K. S., Roehmer, C., Raum, G., Slavin-Spenny, O. (2020). Functional recovery program: An interdisciplinary approach to treating chronic pain, <i>Journal of Pain Management</i> , 13(4): 383-391.
Studiens hensikt/mål	Hensikten med studien er å behandle pasienter individuelt med kronisk smerte med mål om å forbedre funksjon, utvikle mestringsstrategier når det kommer til smerte og hjelpe pasientene med å seponere smertelindrende medisin. Målet var å få deltakerne til å komme seg tilbake i arbeid eller å kunne gjennomføre hverdagslige aktiviteter uten å være avhengig av medisiner.
Nøkkelbegrep	Chronic pain, catastrophizing, rehabilitation, adaptation, psychological.
Metode	<p>Metode: Prospektiv kohortdesign med 53 deltakere med kronisk smerte. Det ble gjennomført fire timers økter tre ganger i uken i totalt 7 uker, der det ble gjennomført ulike behandlinger som blant annet avslapping og oppmerksomt nærvær, og fysisk og yrkesmessig terapi.</p> <p>Utvalg: 53 deltakere ble valgt ut, der 26 av dem fullførte hele programmet. Deltakerne ble rekruttert fra fysiske medisin- og rehabiliteringsklinikker i staten Michigan. Deltakerne måtte levere et skriftlig dokument der de godkjente deltakelsen i programmet. Gjennomsnittsalderen til deltakeren var 55 år, der alle har kroniske smerter i nedre rygg, knær eller skuldre som har ført til begrenset bevegelighet.</p> <p>Datainnsamling: Det ble brukt ulike skalaer for å kartlegge den fysiske og psykiske helsen til deltakerne. Ved starten av programmet ble det utført målinger av symptom og funksjonelle ferdigheter. Undersøkelserverktøy ble anvendt; Measures included the patient health questionnaire-9 (PHQ9), the general anxiety disorder-7 (GAD7), the Oswestry pain scale, the pain catastrophizing scale (PCS) og PEG-scale. Det ble også utført målinger der deltakerne gjennomførte så mange repetisjoner de klarte av en fysisk øvelse. Alle disse målingene ble gjennomført på nytt så fort programmet ble avsluttet.</p> <p>Analyse: I studien har de målt de ulike tallene som har kommet frem fra ulike undersøkelser opp mot hverandre for å se eventuell fremgang.</p>
Resultat/konklusjon	<p>Resultat: Deltakerne viste fremgang i fysisk funksjon i seks av åtte kategorier. Studien viste statistisk forbedring i undersøkelsene som gjaldt angst, helse og smerte, dette inkluderte redusert følelse av smerte når det kommer til smerterelatert bevegelse og smerteintensiteten ble redusert. Ni av deltakerne som gjennomførte programmet var på vedlikeholdsdoser med opioider i forskjellig mengde, og ved endt program hadde de alle seponert medisinen.</p> <p>Konklusjon: Kronisk smerte er et komplekst problem som ofte trenger en annen behandling en akutt smerte. Et funksjonelt behandlingsprogram vil muliggjøre det for pasienter å ha kontroll over smerten, redusere medisin og oppnå forbedring av fysisk funksjon. Ved å ta i bruk den biopsykososiale behandlingsmodellen kan pasienter bruke strategier mot kronisk smerte for å oppnå bedre livskvalitet.</p>
Relevans	Studien viser at ikke-farmakologiske tiltak er en viktig del av behandling for en pasient med kroniske smerter. Studien viste seg å ha en positiv effekt for både den fysiske funksjonen, men også psykologiske. Gjennom studien ble ulike behandlingsalternativer gjennomført, og det viser at disse kan være med på å hjelpe pasienter til å mestre sin lidelse og øke livskvaliteten.

Vedlegg 5

LITTERATURMATRISE 5

Referanse	Kim, K., Rendon, I., Starkweather, A. (2021). Patient and provider perspectives on patient-centered chronic pain management, <i>Pain Management Nursing</i> 22(4): 470-477. https://doi.org/10.1016/j.pmn.2021.02.003
Studiens hensikt/mål	Hensikten med studien var å få frem oppfatninger, tro og erfaringer knyttet til pasientsentrert smertebehandling hos voksne med kronisk smerte. Studien har også inkludert hvordan helsepersonell kan utvikle anbefalinger for integrering og vurdering av pasientsentrert smertebehandling.
Nøkkelbegrep	Ikke presentert i artikkelen.
Metode	<p>Metode: En beskrivende kvalitativ studie som har brukt fokusgrupper til å utforske pasientsentrert smertebehandling både hos pasienter og helsepersonell. For å rekruttere deltakere det ble brukt aktive og passive metoder. Brosjyrer ble sendt ut til potensielle deltakere, sendt via mail. Der personer som ville ta del i studien tok kontakt med Center for Advancement in Managing Pain på School of Nursing for å kvalifisere seg.</p> <p>Utvalg: Fjorten voksne med kroniske smerter ble rekruttert, i tillegg til fem helsepersonell som jobber med kroniske smerter poliklinisk.</p> <p>Datainnsamling: I oppstarten av studien ble det gjennomført en kort undersøkelse for å kartlegge demografi, kjønn, etnisitet og kronisk smerte diagnose. Hver fokusgruppe varte i en time, der timen ble spilt inn og transkribert ordrett. Her blir det stilt åpne spørsmål både til helsepersonell og pasient.</p> <p>Analyse: Beskrivende statistikk ble utarbeidet for å kalkulere frekvensen og prosentandelen av de forskjellige kategoriske variablene. Kvalitativ innholdsanalyse ble gjennomført, der målet var å søke etter en dypere forståelse for menneskets oppfatning og profesjonell kontekst.</p>
Resultat/konklusjon	<p>Resultat: Fire temaer ble presentert; (1) pasient og (2) helsepersonells kjennetegn kan påvirke pasientsentrert smertebehandling, (3) prosesser og (4) utfall av pasientsentrert smertebehandling. Pasientsentrert smertebehandling er nødvendig for tilstrekkelig behandling, og forholdet mellom pasient og helsepersonell må baseres på tillit og forståelse. Et dårlig forhold mellom pasient og helsepersonell vil påvirke den pasientsentrerte smertebehandlingen negativt.</p> <p>Konklusjon: Studien viser viktigheten av pasientsentrert tilnærming når det kommer til kronisk smertebehandling. Pasientene med kronisk smerte fokuserte på viktigheten av å ha helsepersonell som lytter, bryr seg og ser dem helhetlig for å tilby best mulig individuell og skreddersydd hjelp. Helsepersonell hadde fokus på at pasientene skal sette seg realistiske forventninger og presentere viktigheten av at pasienter har tilstrekkelig med kunnskap rundt smerte. Når pasienter har gjennomført pasientsentrert smertebehandling, kan de lettere mestre smerten på egenhånd.</p>
Relevans	Studien setter søkelys på hva som skal til for at pasienter skal få den beste pasientsentrerte smertebehandlingen. Pasienten må føle seg hørt, forstått og sett av helsepersonell dersom smertebehandlingen skal være effektiv.

Vedlegg 6

LITTERATURMATRISE 6

Referanse	Arman, M. & Hök, J. (2015). Self-Care follows from compassionate care – chronic pain patients' experience of integrative rehabilitation, <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> 30(2): s. 374-381. https://doi.org/10.1111/scs.12258
Studiens hensikt/mål	Hensikten med denne studien var å utforske hvor stor påvirkning selvpleie har hos pasienter med kronisk smerter, hvor de ser på pasientens evne til egenomsorg på en klinikk for alternativ medisin. Målet er å se om den ettårig lange behandlingen fører til økt gjenkjenning av kroppens behov og økt egenomsorg.
Nøkkelbegrep	Empathy, adult, anthroposophy, chronic pain, female, humans, middle aged, narration, nurse-patient relations, qualitative research, rehabilitation, self-care, surveys and questionnaires.
Metode	Metode: Fenomenologisk hermeneutisk tilnærming er brukt som metode i studien, med fokus på individets og gruppens subjektive opplevelse. Dette er en kvalitativ metode, som innebærer individuelle intervju av alle deltakerne. Utvalg: Ut av 18 pasienter som deltok i rehabiliteringsprogrammet var det 10 pasienter som ville delta i studien. Datainsamling: Individuelle intervju som ble gjennomført av en forsker, der intervjumetoden er preget av åpne spørsmål som for eksempel; «Can you tell me what your pain illness has meant to you?». Spørsmålene handlet om alt fra tidligere opplevelser i helsevesenet til det pågående programmet. Intervjuene ble gjennomført enten på klinikken eller hjemme hos pasienten, med 35-80 minutters varighet. Analyse: Intervjuene ble transkribert, og gjennom tematisk analyse delt inn i ulike tema. Derfra ble det utarbeidet et tankekart som ble brukt som et verktøy til videre analyse. Tegn på egenomsorg ble sortert i fire kategorier, det individuelle, det kontekstuelle, det kulturelle og det universelle.
Resultat/konklusjon	Resultat: Behandlingen ga økt mulighet til å observere egne tanker og følelser, da personalet oppmuntret pasientene til å tenke å se inn i seg selv. Ved å skape trygge og omsorgsfulle omgivelser vekket gleden til live og økte pasientenes styrke til å jobbe med sin egen helse. Studien viser at pasientene ønsker å videre jobbe med å ha balanse i livet når det kommer til søvn, mat og aktivitet og hvile, da dette har økt pasientenes tro på seg selv til å utføre egenomsorg. Omsorgen de har fått gjennom rehabiliteringsprogrammet har gitt pasientene mulighet til å gjenopprette kontakt med seg selv, og kroppen sin. Konklusjon: Studien viser at man gjennom helhetlig omsorg, se hele pasienten, gir mulighet til økt rom til egenomsorg. Studien gir et nytt perspektiv på egenomsorg, og man ser at sykepleie må innebære hjelp og veiledning. Helse fremmes gjennom pasientens egenomsorg. Egenomsorg er mye mer en rådgivning, veiledning og trening for pasienter med komplekse lidelser. Veien til helse begynner når den lidende pasienten opplever hva det er å bli tatt vare på. Et slikt rehabiliteringsprogram med alternativ medisin kan danne grunnlag for gjenoppvåkning av pasientenes naturlige egenomsorg.
Relevans	Studien viser at behandling med alternativ medisin kan øke egenomsorgen til pasienter med kronisk smerte. Pasientene lærer seg å lytte til kroppen og være i ett med seg selv. Dette kan være en måte å lære mestre sin hverdag med kroniske smerter.

Vedlegg 7

LITTERATURMATRISE 7

Referanse	Curry, L., Pike, M., Lynch, M., Marcon, D., Sawynok, J. (2021). Observational Study of Qigong as a Complementary Self-Care Practice at a Tertiary-Care Pain Management Unit, <i>Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine</i> ; s. 1-14. https://doi.org/10.1155/2021/6621069
Studiens hensikt/mål	Hensikten med studien var å se om utførelsen av puste- og bevegelsesteknikker, <i>Qigong</i> , vil hjelpe i egenomsorgen hos pasienter med kroniske smerter. Qigong er kinesiske øvelser som innebærer bevegelser, pusteøvelser og meditasjon, som skal være til hjelp hos pasienter med kronisk smerte. Målet med studien var å gi kvalitative og kvantitative vurderinger av deltakernes opplevelser av Qigong som en komplementær praksis hos pasienter med kronisk smerte med tilhørende behandling.
Nøkkelbegrep	Qigong, pain management, self-care, alternative therapies, tertiary health care.
Metode	Metode: Studien representerer to intervall med observasjoner av deltakerne som frivillig tok del av selvpleie øvelsene på Queen Elizabeth II Health Science Centre 's Pain Management Unit i Halifax, Canada. Kvalitativ og kvantitativ metode med kartleggingsskjema ved innkomst og intervju med åpne spørsmål etter endt opphold. Utvalg: Totalt 43 deltakere, der 28 var aktiv innen Qigong fra før og 15 var nybegynnere. Deltakerne var hovedsakelig kvinner med gjennomsnittsalder mellom 53-57 år, med kroniske smerter som har vart i gjennomsnitt 12-16 år. Datainnsamling: Ved begge innkomstene ble det gjennomført datainnsamling gjennom individuelle spørsmål. Først ble det stilt generelle spørsmål som samtykke til studien, demografi, medisinsk historie, og eventuell tidligere historie med Qigong. Deretter ble det gjennomført ulike typer kvantitativ kartlegging gjennom skjema, som omhandlet smerte, humør, fatigue, livskvalitet, søvnkvalitet og lokalitetskontroll. Etter 6 uker med behandling ble det gjennomført ny datainnsamling med de samme kvantitative kartleggingsskjemaene, i tillegg til kvalitative intervju med åpne spørsmål rundt temaene nevnt ovenfor. Deltakerne skrev selv ned hvor mye tid de brukte ukentlig på å utøve øvelsene. Analyse: Kvantitative målinger ble analysert etter hvert intervall, der resultatene ble delt mellom de som allerede utøvde øvelsene fra før og nybegynnere. Kvalitative vurderinger ble presenter i tabeller, kategorisert som gode eller variable utfall, og sammenlignet opp mot hverandre. Kvalitative individuelle intervju med åpne spørsmål ble ført inn i tabell.
Resultat/konklusjon	Resultat: De kvantitative resultatene viser at i gjennomsnitt så ble smertene redusert, humøret forbedret og livskvaliteten økte etter seks ukers praksis. De kvalitative resultatene ble delt i to, de som allerede utførte Qigong fra tidligere og nybegynnerne. Resultatene hos de to gruppene viser begge generell bedring, men de erfarne deltakerne scorer bedre på smerteskala, humør, søvn og livskvalitet. Studien viser at ved å fortsette med disse teknikkene og øvelsene over tid vil det kunne forbedre helsen på flere områder. Gjennom intervju med åpne spørsmål nevnte flere av deltakerne at deres livskvalitet ble forverret når de stoppet å gjennomføre øvelsene. Noen av deltakerne reduserte også inntak av smertelindrende medikamenter etter 30 uker utøvelse. Konklusjon: Studien viser at det er flere helsefordeler med Qigong over tid, for dem med kroniske smerter. Helsefordelene henger sammen med mengde trening. Undervisningsmetoden kan til tider virker unormal, da det krever god trening i utøvelsen.
Relevans	Studien viser en alternativ behandling/praksis som kan komplimentere den pågående smertebehandlingen hos pasienter med kronisk smerte. Qigong er puste og bevegelsesteknikker som viser seg at over tid kan være med på å øke livskvaliteten hos pasienter med kronisk smerte, og dermed være en metode for å mestre sin hverdag.

Vedlegg 8

LITTERATURMATRISE 8

Referanse	Frers, A., Shaffer, J., Edinger, J., Wachholtz, A. (2021). The relationship between sleep and opioids in chronic pain patients, <i>Journal of Behavioral Medicine</i> 44(3): 412-420. https://doi.org/10.1007/s10865-021-00205-1
Studiens hensikt/mål	Søvnproblemer er vanlig blant pasienter med kronisk smerter som har opioider som en del av sin smertelindrende behandling. Hensikten med studien er å se hvordan langtidsbruk av opioider påvirker søvnkvaliteten hos dem som har avsluttet behandling med opioider og hos pasienter som går på opioider.
Nøkkelbegrep	Chronic pain, drug therapy, narcotics, therapeutic use, sleep, physiology, pain management.
Metode	<p>Metode: Kvantitativ metode, med multivariat statistikk ble utført for å vurdere forskjeller mellom de fire gruppene på søvnkvalitet, oppgitt i tabeller og modeller.</p> <p>Utvalg: 120 deltakere med kronisk smerte, som ikke er kreft-relatert. Deltakerne må ha blitt diagnostisert med en kronisk smerte tilstand som har vart i mer enn seks måneder. Deltakerne ble delt inn i fire grupper, de som fikk behandling for tidligere opioid-avhengighet, de som tidligere har mottatt opioider som en del av medikamentbehandlingen, men seponert behandling i minst seks måneder og pasienter som har tatt opioider i mindre enn en måned i løpet av livet sitt. Deltakeren ble rekruttert både gjennom klinikker, men også gjennom markedsføring på tv, radio og på offentlige plasser.</p> <p>Datainnsamling: Deltakerne svart på spørsmål angående etnisitet, alder og kjønn. Deltakerne fylte ut et skjema med kartlegging over ulike aspekter ved søvn, <i>Pittsburgh Sleep Quality Index</i>, på en periode på en måned. Derav 19 spørsmål med syv hovedområder: Søvnkvalitet, innsovningstid, søvnvarighet, søvneffektivitet, søvnforstyrrelser, bruk av sovemedisin og dysfunksjon på dagtid.</p> <p>Deltakerne ble også bedt om å fylle ut et skjema angående helse, som inkluderte funksjonell status, velvære og samlet helsevurdering, Short form health survey (SF36).</p> <p>Analyse: Svarene ble gitt på en poengskala, og deretter ble alle deltakernes poeng samlet, kategorisert og ført inn i tabeller.</p>
Resultat/konklusjon	<p>Resultat: Resultatet av studien viser at bruken av opioider hos pasienter med kronisk smerte forstyrrer søvnkvaliteten, selv hos dem som har avsluttet behandling med opioider for flere måneder siden.</p> <p>Konklusjon: Studien viser at det er langtidsbivirkninger til opioider som det ikke enda er nok informasjon om, og er ikke studert nok om mener forfatteren av studien. Studien viser at det er nødvendig å forske videre på dette område, og se på ikke-farmakologiske tiltak for å bedre søvn hos pasienter med kronisk smerte som bruker opioider.</p>
Relevans	Lav søvnkvalitet har vist seg redusere smertetoleransen, det er derfor svært viktig område å fokusere på når det kommer til pasienter med kroniske smerter og muligheten til å mestre hverdagen. Stor andel av pasienter med kroniske smerter bruker opioider over lengre perioder, det er derfor viktig å være klar over i hvor stor grad det går ut over søvnkvalitet og dermed livskvalitet.

Vedlegg 9
Søkehistorikk

Søkeord	Dato	Database	Avgrensning	Antall treff	Leste abstracter	Leste artikler	Inkluderte artikler
Chronic pain AND pain management AND patient	04.12.21	Cinahl Complete	2011-221, Peer reviewed, research article, engelsk, norsk, svensk, dansk språk.	281	5	2	0
Chronic pain AND pain management	04.12.21	Cinahl Complete	2011-221, Peer reviewed, research article, engelsk, norsk, svensk, dansk språk.	719	16	4	- Kim, K., Rendon, I., Starkweather, A. (2021). - Deshpande, K. S., Roehmer, C., Raum, G., Slavin-Spenney, O. (2020).
Kronisk smerte AND mestring	04.12.21	Svemed+	2011-2019, Peer reviewed	17	5	2	-Kallhed, C., Mårtensson, L., (2017). - Tul, Y., Unruh, A., Dick, B. (2011).
Kronisk smerte	06.12.21	Svemed+	2011-2019, Peer reviewed	131	6	1	- Bystad, M., Lunde, L-H., Solhaug, I., (2015).
Kroniske smerter	01.04.22	Svemed+	2011-2019, Peer reviewed	91	10	3	- Arman, M. & Hök, J. (2015).
Pain management AND keyword: chronic pain	05.04.22	Cinahl Complete	2011-2022, Full text, Abstract available, peer reviewed, research article	429	12	6	- Curry, L., Pike, M., Lynch, M., Marcon, D., Sawynok, J. (2021). - Frers, A., Shaffer, J., Edinger, J., Wachholtz, A. (2021).

Vedlegg 10

PICO-skjema	
P- Pasient/Problem (Hvem) <i>Hvilken populasjon eller hvilket problem dreier det seg om?</i>	Pasienter over 18 år med kroniske smerter. Både menn og kvinner.
I- Intervensjon (Hva) <i>Hva er det med denne populasjonen eller dette problemet du er interessert i? Er det tiltak som er iverksatt (intervensjon) eller noe populasjonen blir utsatt for (eksponering)?</i>	Ulike mestringsstrategier hos pasienter med kronisk smerte, for å mestre sin lidelse. Med utgangspunkt i problemstillingen og hensikten med min oppgave, ble søkeordene: Chronic pain/kronisk smerte, pain management/mestring og patient.
C- Kontroll (Kontrollgruppe)	Dette punktet blir tatt i bruk dersom det har noen relevans for oppgaven. Jeg mener den ikke har noen form for relevans.
O- Utfall/Resultat <i>Hvilke utfall eller endepunkter er du interessert i?</i>	Studiene må vise et tydelig resultat hvor ulike mestringsstrategier blir presentert. Pasientene/deltakernes egne erfaringer og meninger bør komme tydelig frem i studien.

Vedlegg 11

Sjekkliste for kvalitative artikler

Vedlegg 4 i Forsberg og Wengström (2015, s. 203) sin bok *Att göra systematiska litteraturstudier – värdering, analys og presentation av omvårdnadsforskning*, Sjekkliste for kvalitative artikler:

-Artikkel som er brukt i sjekklisten: Kallhed, C., & Mårtensson, L. (2018). Strategies to manage activities in everyday life after a pain rehabilitation program, *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 25:2, 145-152. <https://doi.org/10.1080/11038128.2017.1283442>.

A. Hensikten med studien?

-Å utforske hvordan personer bruker mestringsstrategier i hverdagen for å utføre aktiviteter, tross sin kroniske smerte.

Hvilken kvalitativ metode har blir anvendt?

-To semi-strukturerte intervju med samtale-design som innebærer åpne spørsmål og stille lytting.

B. Deltakere

Er utvalgskriterier for deltakere tydelig beskrevet? (Inklusjons- og eksklusjonskriterier skal være beskrevet)

-Ja

Hvor ble undersøkelsen gjennomført?

-Deltaker kunne velge å gjennomføre intervjuet hjemme hos seg selv eller på rehabiliteringsklinikken.

Utvalg - Beskrives det hvor, når og hvordan deltakerne ble kontaktet?

-Ja, først gjennom et informasjonsskriv sendt skriftlig til pasientene som oppfylte kriteriene. Deretter informasjon over telefon for de som valgte å gjennomføre studien. Studien ble gjennomført i etterkant av et rehabiliteringsprogram gjennomført mellom september 2013 og november 2014.

Hvilken utvalgsmetode ble anvendt?

-Strategisk utvalg

Beskriv deltakergruppen (Alder, kjønn, sosial status samt annen relevant demografisk bakgrunn)

-Personer over 18 år, kvinner og menn, ulike yrker, svenskstalende.

Er deltakerne passende?

-Ja

C. Metode for datainnsamling

Er feltarbeidet tydelig beskrevet (Hvor, av hvem og i hvilken sammenheng skjedde datainnsamlingen)?

-Ja, det er første forfatter som samler inn data ved å gjennomføre intervju på valgt plass av deltaker.

Beskrives metodene for datainnsamling tydelig (Hvilken type spørsmål anvendes osv.)?

-Ja, det beskrives at intervjuet la til rette for fri samtale ved at intervjuer stiller åpne spørsmål, lytter stille og kommer med oppfølgings spørsmål.

Angi datainnsamlingsmetode:

-Halvstrukturerte intervjuer.

Er dataen systematisk samlet (Finnes det intervjuguide/studieprotokoll)?

-Ja

D. Dataanalyse

Hvordan er begrep, tema og kategorier utviklet og tolket?

-Intervjuene har blitt lest gjennom flere ganger, for så å dra ut nøkkelord og setninger. Deretter kategorisere funnene og se disse i sammenheng med hverandre.

Angi om:

-De individuelle svarene er kategorisert og bredden på kategoriene er beskrevet.

-Svarene er kodet.

Resultatbeskrivelse:

Finne nye strategier for å utføre aktiviteter eller strategier for å mestre livssituasjonen, og deretter bruke disse for å kunne utføre aktiviteter i hverdagen tross smerter.

Er analyse og tolkning av resultat diskutert?

-Ja

Er resultatet troverdig (Kilder bør angis)?

-Ja

Er resultatet pålitelig (Undersøkelsen og forskerens troverdighet)?

-Ja

Finnes det stabilitet og overenstemmelse (Er fenomenet konsekvent beskrevet)?

-Ja

Er resultatet etterforsket og diskutert med deltakerne?

-Ingen informasjon om dette

Er teorier og tolkninger som presenteres basert på innsamlede data (Finnes sitat av originaldata, summering av data som bevis for gjennomførte tolkninger)?

-Ja

E. Evaluering

Kan resultatet kobles til problemstillingen?

-Ja

Støtter innsamlede data forskerens resultat?

-Ja

Har resultatet klinisk relevans?

-Ja

Diskuteres metodiske brister og risk for partiskhet?

-Ja

Finnes det risiko for partiskhet?

-Nei

Hvilken konklusjon har forfatteren?

-Pasienter med kroniske smerter kan bruke ulike strategier for å mestre sin lidelse, som støtter under at helsepersonell burde fokusere på aktiviteter og strategier foran smertetilstanden under et rehabiliteringsopphold.

Er du enig med konklusjonene?

-Ja

Skal artikkelen inkluderes?

-Ja

