

Vegard Baklien & Nils Andreas Smith-Erichsen

Når livet fylles med smerter

Hvilke konsekvenser har kroniske smerter for livskvalitet?

Bacheloroppgave i Sykepleien

Veileder: Lars André Olsen

Mai 2022

Vegard Baklien & Nils Andreas Smith-Erichsen

Når livet fylles med smerter

Hvilke konsekvenser har kroniske smerter for livskvalitet?

Bacheloroppgave i Sykepleien
Veileder: Lars André Olsen
Mai 2022

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



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Bakgrunn: Ca 30% av den norske befolkningen er rammet av kroniske smerter. Konsekvensene av kroniske smerter er store for samfunnet, pasientene, og deres nærmeste (Nielsen et al., 2014).

Hensikt: Hensikten med studien er å oppnå en innsikt i hvilke konsekvenser kroniske smerter har for livskvalitet.

Metode: Studien er gjennomført som en systematisk litteraturstudie, og baserer seg på 10 forskningsartikler. Åtte av disse er innhentet gjennom et systematisk søk, og to er innhentet som et supplement.

Resultat: Gjennom analyse kom vi frem til tre temaer: fysisk-, psykisk-, og psykososiale-konsekvenser. Syv kategorier knyttes til de tre temaene: aktiviteter, kroppslige plager, negative emosjoner, mestringsstrategier, relasjoner, endret identitet og stigmatisering.

Konklusjon: Kroniske smertene hadde store konsekvenser for pasientenes livskvalitet. Konsekvensene relateres til fysiske-, psykiske- og psykososiale dimensjoner av deres liv. Det er viktig at sykepleier har forståelse og innsikt i pasientgruppens utfordringer, for å kunne møte, samt ivareta deres behov.

Abstract

Background: 30% of the Norwegian population is affected by chronic pain. The consequences of chronic pain are great for society, patients and their loved ones. (Nielsen et al., 2014).

Aim: The aim of this study was to gain insight into consequences of chronic pain for quality of life.

Method: The study was conducted as a systematic literature study, and includes ten articles. Eight of these were included through systematic search, while two were gathered as a supplement.

Results: The analysis identified three themes: physical-, psychological-, and psychosocial consequences. Seven categories were associated with the three themes: activities, physical issues, negative emotions, coping strategies, relationships, changed identity and stigma.

Conclusion: The chronic pain had a major consequence for the patient's quality of life. The consequences are related to the physical, psychological, and psychosocial aspects of their lives. It is important that the nurse has an understanding and insight into the patient's challenges, to be able to take care for their needs.

Innhold

1	Innledning.....	10
1.1	Problemstilling	10
2	Teori.....	12
2.1	Smerter.....	12
2.2	Kroniske lidelser.....	12
2.3	Kroniske smerter	13
2.4	Livskvalitet	13
2.5	Sykepleierteori.....	14
2.6	Empowerment og mestring	15
3	Metode.....	16
3.1	Inklusjon og eksklusjon	16
3.2	Datasamling	17
3.3	Kvalitetsvurdering	18
3.4	Etiske vurderinger	18
3.5	Analyse	18
4	Resultat.....	20
4.1	Fysiske konsekvenser	20
4.2	Psykiske konsekvenser.....	20
4.3	Psykososiale konsekvenser.....	22
5	Diskusjon.....	23
5.1	Metodediskusjon	23
5.2	Resultatdiskusjon	24
5.2.1	Fysiske konsekvenser	24
5.2.2	Psykiske resultat diskusjon	25
5.2.3	Psykososiale konsekvenser	26
5.3	Sykepleierdiskusjon	28
6	Konklusjon	31
	Referanser	32
	Vedlegg.....	36

Tabeller

Tabell 1; Inklusjons- og Eksklusjonskriterier	16
Tabell 2; PiCO-skjema	17
Tabell 3; Funn og forekomst.....	19

Antall ord: 8.560

1 Innledning

Kroniske- eller langvarige smerter rammer 30% av den Norske befolkningen. I ICD 11 ble kroniske smerter inkludert og dermed anerkjent som en egen hoveddiagnose, med underdiagnoser (Nielsen et al., 2014). Langvarige smerter har mange uheldige virkninger for både den enkelte persons liv og samfunnet. Den europeiske smerteføderasjonen legger frem at kroniske smerter, er den medisinske tilstanden, som har størst negativ innvirkning på opplevd livskvalitet (Baker et al., 2010, s.5). Helseundersøkelsen i Trøndelag og Tromsø viste at ca. 50% av uførehetstilfellene skyldtes langvarige smerter. Personer med kroniske smerter har to og en halv gang høyere dødelighet sammenlignet med normalbefolkningen. Kroniske smerter medføre store psykiske-, sosiale- og fysiske påkjenninger. Sykdomsbyrden av kroniske smerter anses å være stor, og er den største årsaken til ikke dødelig helsetap i Norge (Nielsen et al., 2014). Grunnet den høye forekomsten anses det som viktig for sykepleier å ha kunnskap om hvordan en skal møte denne pasientgruppen. Behovet gjenspeiles i de yrkesetiske retningslinjene: 2.3 «Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg» (NSF, 2022).

“My future is black. The pain does not go away, and I have been told that everything has been done for me. My quality of life worsens day by day.”
(Ojala et al., 2014, s.144)

1.1 Problemstilling

Valget av problemstilling er forankret i møtet med pasientgruppen i ulike arbeids- og praksissammenhenger. Gjennom disse møtene har vi sett hvor preget pasientene er av sin lidelse, og hvilke utfordringer de står ovenfor.

Pasienter med kroniske smerter er en stor samfunnskostnad (Nielsen et al., 2014). Vi har formulert en problemstilling som kan belyse pasientenes opplevde livskvalitet med kroniske smerter. Vi anser at en styrket kunnskap rundt kroniske smerter, og lidelsens utfordring, vil gi sykepleier økt forståelse og innsikt i hvordan en kan møte denne pasientgruppen. Problemstillingen presenteres som følger:

«Hvilke konsekvenser har kroniske smerter for pasientens livskvalitet?»

Hensikten er å belyse hvilke konsekvenser kroniske smerter har for pasientens liv. Temaet gjør seg relevant grunnet den høye forekomsten av kroniske smerter i den norske befolkningen. En dypere forståelse vil gi sykepleiere en innsikt i hvordan en skal møte og tilrettelegge for ivaretagelse av den enkelte pasient. En følgende virkning av dette vil kunne være en reduksjon i den totale belastningen påført pasient og helsevesenet.

Siden vår oppgave ønsker å undersøke livskvalitet, knyttet til kroniske smerter. Har vi valgt å kun inkludere studier som drøfter pasientperspektiv. Med dette som utgangspunkt, unnlater vi å inkludere forskning som tar for seg sykepleier-, eller andre helsepersonells perspektiver. Som en videre avgrensning til oppgaven, har det heller ikke vært ønskelig å inkludere artikler som ensartet undersøkte behandling, og effekten av dette.

I første del av oppgaven vil relevant teori bli presentert. Etterfølgende blir studiens metode og fremgangsmåte lagt frem. Deretter våre resultat tilknyttet utvalgte artikler. Til slutt vil resultatene diskuteres opp mot relevant teori og hvilke praktiske implikasjoner dette har for sykepleien.

2 Teori

I denne delen skal det gjøres rede for aktuell teori. Begrepene smerter, kroniske lidelser, kroniske smerter, livskvalitet, sykepleierteori og Empowerment vil bli beskrevet.

2.1 Smerter

Smerte defineres som: «En ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse, som følge av faktiske eller potensiell vevsødeleggelse» (Danielsen et al., 2016, s383). Smerte anses å være et subjektivt fenomen, komplekst og sammensatt. Samme smertestimuli vil i to ulike situasjoner kunne medføre ulik smerteopplevelse hos samme individ. Videre vil ulike individer ha sin egen unike smerteopplevelse. Etersom smerteopplevelsen er såpass subjektiv og individuell, er den i liten grad tilgjengelig for andre. Dette gjør at det kun er individet med smerter som har forståelse for hvor sterke smertene er, og hvor lenge de varer (Danielsen et al., 2016, s383).

Smerteobservasjon hos andre er komplekst. I akutte tilfeller vil en utenforstående kunne observere visse fysiologiske tegn på smerter som: rask puls, blekhet og svette. Ved langvarige smerter, som kroniske smerter, vil de fysiologiske tegnene på smerte ofte være fraværende (Danielsen et al., 2016, s383).

McCaffery la i 1968 frem en annen definisjon på smerte. Denne definisjonen tar økt hensyn til det subjektive aspektet ved smerte: «Smerte er det som personen sier at det er, og den eksisterer når personen som opplever smerte, sier at han har smerte» (1996, s18). Et slikt perspektiv innebærer dermed at pasientens beskrivelse av smerte blir den viktigste kliniske observasjonen (McCaffery & Beebe, 1996, s18).

Den konkrete mekanismen bak smerte er et ukjent fenomen, men det eksisterer enkelte teorier som kan bistå i forståelsen av smerter, samt være relevant for praksis.

«Portkontrollteorien» er en av disse. Teorien bygger på følgende premisser: overføringen av smertefulle impulser til bevisstheten kontrolleres av en port som muligens er lokalisert i ryggmargen. Teorien gjør seg relevant for klinisk praksis da denne porten kan påvirkes gjennom stimulering av nervefibre som ved: å stimulere hudoverflaten, sterke sanseintrykk, ved triggerpunkt eller visualisering, og hemmende signaler fra hjernebarken og thalamus. De hemmende signalene fra hjernebarken og thalamus er påvirket av tanker, følelser og tidligere erfaringer. Med dette som en forutsetning kan redusert angst og økt trygghet stimulere til økt smertekontroll (McCaffery & Beebe, 1996, s48-51)

2.2 Kroniske lidelser

Begrepet kronisk betyr langvarig, og kroniske lidelser blir derav definert som langvarig lidelse. Det foreligger derfor et avvik fra normalen, som enten er permanent eller langvarig. Curtin og Lubkin (1998) definerer kronisk lidelser som:

«En irreversibel, konstant, tiltakende eller latent sykdomstilstand eller svakhet som virker inn på hele mennesket og dets omgivelser, og som fordrer omsorg, egenomsorg, opprettholdelse av funksjon og forebygging av videre funksjonssvikt.»

(Gjengitt og oversatt av Gjengedal & Hanestad 2007, s13)

Kroniske lidelser medfører en rekke endringer for livet, personen som er rammet, familien og venner. Lidelsen påvirker og setter nye betingelser for jobb, dagliglivet og livsutfoldelse (Gjengedal & Hanestad, 2007, s10).

2.3 Kroniske smerter

Kroniske smerter har en rekke ulike definisjoner og klassifiseringer. Videre vil McCaffery og Beebe definisjon bli presentert:

«Smerte som har vart i tre måneder eller mer, som er daglig eller som kommer regelmessig tilbake, som har ikke-livstruende årsaker, som ikke er blitt lindret med tilgjengelig behandlingsmetoder, og som kan komme til å vare resten av pasientens liv.»

(McCaffery & Beebe 1996, s180)

Kroniske smerter fører til en rekke endringer i grunnleggende biologiske mekanismer, immun-, nerve- og hormonsystemet. Selve endringen er noe uklar, men det kan se ut til at hormon- og immunsystemet sammen opprettholder smertene gjennom frigjøring av cytokiner og kortisol (Danielsen et al., 2016, s415). Videre kan kroniske smerter deles inn i inflammatorisk- og nevropatisk smerte. Inflammatorisk smerte skyldes ulike inflammasjonsprosesser i vev. Denne typen smerte kan ofte behandles med NSAID 's og opiat. Nevropatiske smerter skyldes skader i nervesystemet, som amputasjon eller ryggmargsskader. Disse smertene er vanskelige å behandle med medikamenter, men kan respondere på anti-epileptika, antidepressiva, lokale blokader og opioider (Nordtvedt & Rustøen, 2008, s141). Kriterier for kroniske smerter er at de ikke har en livstruende årsak, at de responderer lite på tilgjengelige metoder for smertelindring, og at de kan ha livsvarige prognoser. Smertene vedvarer dermed til tross for lindrende tiltak, og ofte må pasientene leve med smertene resten av sitt liv (McCaffery & Beebe, 1996, s31).

2.4 Livskvalitet

«Et langt liv er ikke nødvendigvis et godt liv, og det å leve med kroniske plager kan medføre funksjonssvikt og begrensninger i livsutfoldelse».

(Wahl & Hanestad 2007, s29).

Begrepet livskvalitet kan være enkelt å forstå, men komplekst å konkretisere. Begrepet kan ses på som den subjektive opplevelsen av å leve et godt liv, og baserer seg dermed på personens oppfatning av sin livssituasjon. Begrepet omfatter både fysiske-, psykologiske-, sosiale- og eksistensielle sider av livet. Men også ulike meninger, forventninger og mål en har for livet. Mer konkret handler begrepet livskvalitets om den enkeltes opplevelse av psykisk velvære, funksjonsevne, selvrealisering, lykke, tilfredstillelse av behov, mening og håp. Begrepet er bredt, og en rekke faktorer må være til stede for at en skal oppleve god livskvalitet. Wahl og Hanestad (2007, s29) omtaler mestring, selvbestemmelse, støtte fra andre, uavhengighet, god helse og muligheten til å kunne være aktiv som aspekter ved livskvalitetsbegrepet. Det viktigste blir dermed hvordan personens subjektive opplevelse av sin situasjon er, og tilfredsheten rundt disse ulike dimensjonene i deres tilværelse (Wahl & Hanestad 2007, s29).

2.5 Sykepleierteori

Callista Roy sin sykepleierteori er en systematisk teori som setter søkelys på mestring hos pasienten. I henhold til teorien skal sykepleier fokusere på pasientens ressurser, samt omgivelsene de er omsluttet av, i arbeidet med å fremme positiv tilpasning (mestring). Teorien presenterer fire adaptasjonsområder hos pasienten: fysiologisk funksjon, selvbilde, rollefunksjon og sosial gjensidighet (Kristoffersen, 2016, s 41). Videre legger teorien frem følgende antagelser om menneskets natur:

- «Mennesket er et bio-psyko-sosialt vesen
 - mennesket er i konstant interaksjon med omgivelsene, som er i konstant forandring,
 - for å klare seg i en omskiftelig verden bruker mennesket både medfødte og tilegnede mekanismer av biologisk, psykisk og sosial opprinnelse.
 - Helse og sykdom er uunngåelig dimensjoner ved menneskets liv
 - Mennesket må tilpasse seg for å reagere positiv på forandringer i omgivelsene».
- (Kristoffersen, 2016, s41).

Teorien legger vekt på hvordan personen og omgivelsene i en dynamisk prosess interagerer med hverandre, hvor det foreligger et kontinuerlig samspill mellom mennesket og omgivelsene. Mennesket kan dermed ikke sees på som uavhengig av miljøet det er omsluttet av. Samspillet mellom mennesket og omgivelsene er derfor en adaptasjonsprosess, hvor mennesket ikke er en passiv mottaker, men en aktiv deltaker som kan forme sine omgivelser.

For mennesket er adaptasjon en positiv, og hensiktsmessig reaksjon i møte med omgivelsene. Ineffektive responser er negative og uhensiktsmessig, og kan skade menneskets helse. Menneskets adaptasjon i møte med omgivelsene er en livsvarig prosess. I Roys teori øker derfor behovet for sykepleie når adaptasjonene til omgivelsene svikter. Sykepleiers rolle blir da å bidra til positive og hensiktsmessige adaptasjoner hos den enkelte, gjennom å styrke mestringsevne og/eller endre forhold i pasientens omgivelser (Kristoffersen, 2016, s42). Teorien beskrives adaptasjonsnivå som: «Konsekvensen av den samlede effekten av de ulike stimuli som virker inn på en person i en gitt situasjon» (Kristoffersen, 2016, s.42).

Sykepleieprosessen er i henhold til Calista Roys teori en prosess der sykepleier skal vurdere om pasientens atferd er adaptive og helsefremmende. Dersom pasienten har behov for sykepleie, må sykepleieren identifisere hvilke forhold som er avgjørende for pasienten. Derav hvilke forhold som bidrar til den observerte atferden, og hvilke andre forhold som medvirker til at pasienten reagerer slik han/hun gjør. Basert på datainnsamling stilles sykepleierdiagnosen.

Videre må sykepleier, i samråd med pasienten, formulere ønskelige og realistiske mål for helsefremmende atferd, basert på de fire områdene. Etter at målet for ønskelig atferd er satt kan sykepleier forsøke å endre på stimuli som direkte påvirker pasienten. Hvis disse ikke er mulige å endre må sykepleieren fokusere pasientens omgivelser, og situasjonelle faktorer. Det siste leddet i sykepleieprosessen er å bedømme hvorvidt tiltakene har vært effektive sett i forhold til fastsatte mål (Kristoffersen, 2016, s49-52).

2.6 Empowerment og mestring

Behandling av pasienter med kroniske lidelser handler om å gjøre pasienten i stand til å mestre sitt eget liv (Kristoffersen, 2016, s355). Holdningen understrekes i lov for *Pasient- og brukerrettigheter* (1999), §3-1:

«Pasient eller bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Pasient eller bruker har blant annet rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige tjenesteformer og undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon.»

Gjennom loven forstås det at helsepersonell pliktes til brukermedvirkning. Innen kroniske sykdommer er derfor mestring og Empowerment sentrale begrep. Begrepet mestring defineres som: å ha krefter til å overkomme utfordringer og en opplevelse av kontroll. Empowerment handler om å styrke pasientens egne ressurser og tro på seg selv. På denne måten blir målet at pasienten selv skal kunne styre sitt liv på en effektiv måte, mot sine egne mål og behov. For å oppnå dette må pasienten ha kunnskap og ferdigheter tiltenkt helsefremmende livsvalg. Dette innebærer handlingskompetanse, mestringstro, samt relevant kunnskap. Sykepleiers funksjon blir i denne sammenheng å gi pasienten mestringsstøtte. Noe som innebærer å bistå pasienten med oppgaver og gjøremål. Til eksempel medisinske temaer, kunnskap om sykdommen og håndtering av symptomer. Videre bør en bistå pasienten i bruken av helsetjenester, sosiale nettverk, og til slutt tilpasninger knyttet til daglig aktiviteter. På denne måten blir pasientens egenkraft mobilisert. Pasienten blir med dette myndiggjort i sitt eget liv og helse (Kristofferesen, 2016, s353-357).

3 Metode

Gjennom høsten 2021 begynte arbeidet med å lete etter relevant faglitteratur og forskning. For å kunne svare på problemstillingen er metoden for systematisk litteratursøk benyttet. Forsberg og Wengström (2015, s.27) referer til Murlow og Oxman sin definisjon av systematisk litteratursøk som; «en går ut ifra en tydelig formulert problemstilling som besvares systematisk ved å identifisere, velge, vurdere og analysere relevant forskning». Følgende vil det i kapittelet bli lagt frem hvordan de aktuelle artiklene ble valgt ut, vurdert og analysert.

3.1 Inklusjon og eksklusjon

I søket etter litteratur, var det ønskelig å innhente en litteraturkombinasjon som kunne belyse flere aspekter ved fenomenet. For å oppnå dette valgte vi å inkludere ulike former for forskning. Med dette som utgangspunkt var det hensiktsmessig at de fleste studiene skulle stamme fra kvalitative observasjoner. Som et supplement til dette ønsket vi å inkludere noe kvantitativ forskning, og metaanalyser. Dette muliggjorde numeriske og brede fremstillinger av fenomenet.

Tidlig i prosessen ble det diskutert og fattet en felles enighet rundt inklusjon- og eksklusjonskriterier for foreliggende datasøk. Kriteriene kan forklares gjennom tabell 1. Kriteriene var ønskelig å ha med seg i søket, da de avgrenset søket, la til grunne for troverdige funn, samt økt treffsikkerhet tilknyttet oppgavens problemstilling (Forsberg og Wengström, 2015, s. 174).

Tabell 1; Inklusjons- og Eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier:	Eksklusjonskriterier:
<ul style="list-style-type: none">- Fagfellevurderte forskningsartikler- Forskning foretatt i Norge, Europa og andre land som er ansett som relevant tiltenkt norske forhold- Norsk- og engelskspråklige artikler- Pasientperspektiv	<ul style="list-style-type: none">- Forskning som omfatter kreftpasienter- Forskning eldre enn 15år- Deltakere under 18 år- Kroniske smerter < 3 måneder- Sykepleier- eller helsepersonells perspektiv

3.2 Datasamling

I kartleggingsfasen ble søkemotorene Oria, Cinahl og PubMed brukt. Denne fasen var ikke strukturert, og dreide seg hovedsakelig om å danne en god oversikt over relevant forskning. Kartleggingsarbeidet i denne fasen var hensiktsmessig for å danne seg en oversikt over tilgjengelig forskning. Denne kunnskapen var godt egnet til å formulere et søk som var dekkende for viktige aspekter ved kroniske smerter.

Følgende begynte arbeidet med å strukturere søket. I denne fasen ble «PiCO-skjemaet» introdusert. Skjemat ble ansett som tilfredsstillende da det muliggjorde systematikk i artikkelsøket. PiCO-skjemaet er skissert i Tabell 2. Horisontalt i tabellen foreligger ord vi ønsket å kombinere med hverandre. Som en følge av dette er «AND» brukt som bindeord. Vertikalt i tabellen ble søkeordene nummerert. Dette gjorde det mulig å søke gjennom samtlige kombinasjoner som var foreliggende for de valgte søkeord. Avslutningsvis ble alle ord inkludert i et fellessøk, der ordene vertikalt i tabellen ble knyttet sammen med; «OR». Ved å gjøre dette fikk vi et søkeresultat som inneholdt alle aktuelle artikler. Dette ble gjort for å forsikre oss om at ingen relevante artikler ble oversett ved de foregående søkene.

Tabell 2; PiCO-skjema

Problemstilling:	<i>Hvilke konsekvenser har kroniske smerter for pasientens livskvalitet?</i>		
Poppulasjon	Phenomen og interest	Outcome	OR
1. Chronic pain	1. Living with 2. Quality of life &/or 1. Patient perspective 2. Patient experience 3. Experince	1. Impact 2. Trust 3. Affect 4. Influences 5. Consequenses	
And			

PubMed ble i hovedsak benyttet, da denne databasen har et bredt utvalg innen medisinsk forskning, på tvers av profesjoner. Siden vi primært ønsket å undersøke pasientperspektivet, ble PubMed derfor foretrukket. Videre gav databasen oss muligheten til å inkludere PiCO-skjemaet, samt ta høyde for inklusjon- og eksklusjonskriterier på en hensiktsmessig måte. Etter gjennomført søk i PubMed, var vi tilfreds med den artikkelsamlingen som var innhentet.

Som et supplement ble det innhentet to artikler fra ett «ustrukturert» søk. Artikkene ble funnet i kartleggingsfasen, og ansett som belysende og relevant for oppgaven.

3.3 Kvalitetsvurdering

Verdien av ulike studier kan i stor grad variere (Forsberg og Wengström, 2015, s.75). Det var derfor hensiktsmessig å fastsette visse kvalitetskrav i forkant av søket. Enkelte kvalitetskrav gjenspeiles i øvrige delkapittel, inklusjons- og eksklusjonskriterier, samt PiCO-skjemaet. Videre ble relevante sjekklister fra helsebiblioteket benyttet tilknyttet de ulike designene for vår artikkelsamling. I denne sammenheng undersøkte vi om artiklene hadde en klart formulert problemstilling og om designet var velegnet til å svare på disse. Videre om vi kunne stole på resultatene, hva disse er, og om de kunne anvendes (Helsebiblioteket, 2016). Det ble ikke utelukket noen artikler i denne fasen.

3.4 Etiske vurderinger

Forsberg og Wengström (2015, s.59) legger frem elementer som er viktig å ta med seg i den etiske vurderingen. De presiserer at juks og uærlighet ikke bør forekomme innen forskning. Videre skisseres tre punkter, som er hensiktsmessig å inkludere i systematisk litteraturbaserte studier. I første omgang bør en velge studier som har blitt vurdert av en etisk komité, eller der visse etiske avveininger har blitt gjort. Så er det viktig å henvise til artiklene på en oversiktlig måte, samt sikre seg artiklenes innhold i minst 10 år. Til sist skal en presentere alle resultater på en respektiv måte, og ikke studere hypotesen.

Forsberg og Wengström (2015, s.59) sier avslutningsvis at det er uetisk å bare presentere de artiklene som støtter forskerens eget syn.

For å kunne ivareta etiske aspektet er samtlige artikler undersøkt i henhold til etiske vurderinger. For fire av artiklene (Litteraturmatrise 7.1, 7.6, 7.8 og 7.9) presenteres det ikke etiske hensyn. I den sammenheng ble etiske aspekter undersøkt i henhold til utgiver. Samtlige utgivere hadde per sitt nettsted/kanal etiske retningslinjer som måtte foreligge i forbindelse med utgivelse. En vurdere derfor samtlige artikler som tilfredsstillende i henhold til etiske forhold.

Videre er objektivitet og nøytralitet blitt vektlagt i analyseprosessen for de inkluderte artiklene, og øvrig teori. En har tilstrebet å ikke trekke slutninger i forkant, eller underveis, i analysen. En bevissthet og respekt overfor andres arbeid, har fulgt oss gjennom hele prosessen, der en har tilstrebet å gi god kildehenvisning til andres arbeid.

3.5 Analyse

Det vitenskapelige analysearbeidet handler om å dele opp undersøkte fenomener i mindre deler, for så undersøke de hver for seg. Dette arbeidet innleder til konstruksjon av en syntese, hvor de ulike delene settes sammen til en helhet (Forsberg og Wengström, 2015, s.152).

I analysearbeidet, har vi valgt å gå ut ifra teknikken Forsberg og Wengström (2015, s.138) omtaler som latent innholdsanalyse. Dette innebærer en identifisering av meningsfulle enheter, koding av kategorier, identifisering av sentrale temaer og utvikling av teorier eller modeller. For å systematisere arbeidet på et tilfredsstillende vis, gikk vi ut ifra en fem-steps modell presentert av Forsberg og Wengström (2015, s.153). Modellen muliggjorde en strukturell oppbygning av vår innholdsanalyse. Følgende trinn blir beskrevet i henhold til den aktuelle analysen.

Steg I. Les gjennom tekstene som skal analyseres flere ganger

På dette stadiet hadde vi en samling på 12 artikler som var aktuelle for vår oppgave. Det ble tatt en felles enighet om hvordan vi på best mulig vis kunne gå gjennom samtlige artikler kronologisk. Det ble i forkant lagt vekt på objektivitet og relevans. Etter en nøye gjennomlesning av samtlige artikler, ble to artikler forkastet. Den ene artikkelen ble forkastet da den i mindre grad kunne relateres til norske forhold. Artikkelen nummer to ble forkastet da den vektla behandleres observasjoner og tolkning av aktuell pasientgruppe.

Steg II. Gi artiklene mening i form av koding

Arbeidet førte videre til en sammenfatning av valgte artikler. Vi skrev hver for oss korte sammenfatninger av relevante artikler. Sammenfatningene ble gått gjennom i fellesskap. I denne fasen ble det utarbeidet koder for hver artikkel. Kodene ble ført inn i et felles Excel-dokument. Arbeidet resulterte i 258 ulike koder, fordelt på de ti artiklene.

Steg III. Sammenfatte kodene til kategorier

Noen koder ble forkastet, da de i mindre grad var gjennomgående. Etterfølgende ble resterende koder sammenfattet i større kategorier. Kategoriene ble utarbeidet i fellesskap. Arbeidet ledet til 7 kategorier. Kategoriene ble så listet opp i tabell 3. Tabellen ble utarbeidet for å systematisere de aktuelle kategoriene, samt danne en oversikt over hvilke artikler de stammet fra.

Tabell 3; Funn og forekomst

Nr.	Funn	Art 1	Art 2	Art 3	Art 4	Art 5	Art 6	Art 7	Art 8	Art 9	Art 10	Sum
1	Aktiviteter	1	1	1	1	1	1				1	7
2	Kroppslige plager	1	1			1	1				1	5
3	Negative emosjoner		1	1	1	1	1	1	1	1	1	9
4	Mestringsstrategier	1			1	1	1	1	1	1	1	8
5	Relasjoner	1	1	1	1	1	1	1		1	1	9
6	Stigmatisering			1			1	1		1	1	5
7	Endret identitet				1	1	1	1	1	1	1	7

Steg IV. Sammenfatte kategorier til tema

De 7 kategoriene ble fordelt under tre overordnede temaer (1.psykiske-, 2.fysiske- og 3.psykososiale konsekvenser). Utarbeidelsen av temaene ble gjort med bakgrunn i foreliggende informasjon, samt oppgavens problemstilling.

Steg V. Tolke og diskutere resultat

De tre temaene vil bli kronologisk presentert i kapittel 4.0 Resultat, og diskutert opp mot relevant teori i kapittel 5.0 Diskusjon.

4 Resultat

I dette kapittelet blir aktuelle funn presentert i kronologisk rekkefølge. I første omgang vil fysiske konsekvenser bli presentert. Etterfølgende legges det frem aktuelle psykiske og psykososiale konsekvenser.

4.1 Fysiske konsekvenser

Basert på artiklene ble det funnet en rekke faktorer som kan knyttes til fysiske velvære. De fysiske konsekvensene har vi videre valgt dele inn i «kroppslige plager» og «aktiviteter».

Det ble i fem av artiklene funnet beskrivelser av hvordan personer med kroniske smerter opplever en rekke kroppslige plager grunnet deres smertetilstand (Reneman et al., 2018, O'Brien & Breivik, 2012, Ojala et al., 2014, Ljungvall et al., 2020, Ojala et al., 2015). Dette var plager som problemer med muskelkramper, utmattelse og søvn. De kroppslige plagene medførte vansker i deres livsførsel og formet deres daglige opplevelser. 50-64% beskrev problemer med søvn grunnet smerter, og utmattelse hadde en av de største påvirkningene for livet med kroniske smerter (Reneman et al., 2018, O'Brien & Breivik, 2012)

På tvers av syv artikler beskrev individene med kroniske smerter problemer med å gjennomføre dagligdagse aktiviteter og/eller andre praktiske vansker grunnet smertene. Dette var problemer som knyttes til jobb og andre daglige gjøremål. Daglige gjøremål innebar utfordringer med å ta på seg sokker, husarbeid, løfte handleposer eller å gå til toalettet (Reneman et al., 2018, O'Brien & Breivik, 2012, Gjesdal et al., 2018, Crowe et al., 2017, Ojala et al., 2014, Ljungvall et al., 2020, Ojala et al., 2015).

"I remember when I could not go to the toilet and my husband had to bring the potty for me. I felt myself a handicapped woman who had to be assisted by others".

(Ojala et al., 2015, s363)

Grunnet uforutsigbarhet i deltakernes smertenivå oppleve de også problemer med å delta på andre aktiviteter. Kroppen som tidligere var stille, pålitelig og funksjonell var blitt smertefull, uforutsigbar og upålitelig (Ojala et al., 2015) Mangelen på forutsigbarhet bidro til å øke smerteopplevelsen gjennom å gjøre smertene ulogiske, uforståelig og overveldende (Crowe et al., 2017).

4.2 Psykiske konsekvenser

Psykiske konsekvenser av kroniske smerter er gjennomgående tematisert i foreliggende artikler. Vi har under temaet kategorisert «negative emosjoner» og «mestringsstrategier».

«Negative emosjoner» speiler seg på ulikt vis i ni artikler. Kategorien omfatter begreper som: «håpløshet», «depresjon», «angst», «sorg», «sinne» og «skam». Funnt viser at

56% av pasientgruppen opplevde deres smerter som; «svært innvandrende for deres emosjonelle liv», og 66% uttrykte at deres smerte påvirket deres livsglede (O'Brien & Breivik, 2012). Og blir med dette ansett som en lidelse som påvirker pasientgruppens overordnede mentale tilstand (Ojala et al., 2014). Følgende faktorer blir belyst som årsak for pasientenes emosjonelle tilstand: stigmatisering, redusert funksjonsnivå, fravær av kontroll over sine smerter/uforutsigbarhet, isolasjon og tap av relasjoner, og at smertene oppleves som usynlige for andre. (O'Brien & Breivik, 2012, Ljungvall et al., 2020, Gjesdal et al., 2018, Crowe et al., 2017, Waugh et al., 2014, Newton et al., 2013, Ojala et al., 2015, Büssing et al., 2010, Ojala et al., 2014). Følgende sitat kan være forklarende for aktuelle funn:

"The acute phase, pain affects only the physical body. When the pain become chronic, it caused more harm, fear, and distress than the impairments of bodily pain. Eventually, life with chronic pain was filled with depression, melancholy, hopelessness, and a withdrawal from other people."

(Ojala et al., 2015, s.367)

I tilknytning til «negative emosjoner» ble begrepet «kontekstuell smerte» aktualisert (Ojala et al., 2014, Waugh et al., 2014, Newton et al., 2013, og Ojala et al., 2015). Pasientene forklarte at deres smerteopplevelse økte i sammenheng med negativitet følelser, som når de ikke ble trodd i sin lidelse eller opplevde stigmatisering (Ojala et al., 2014).

«Mestringsstrategier» og ulike former av dette temaet knyttes til åtte artikler (Reneman et al., 2018, Crowe et al., 2017, Ojala et al., 2014, Ljungvall et al., 2020 Waugh et al., 2014, Büssing et al., 2010, Newton et al., 2013 & Ojala et al., 2015). Temaet innebærer både «hensiktsmessig» og «uhensiktsmessige» strategier i håndteringen av kroniske smerter.

De «hensiktsmessige» mestringsstrategiene innebar strategier der pasientene forsøkte å redefinere deres måte å leve på. Fokus på aksept av sin tilstand, endring av tanker omkring lidelsen, et fokus på bevisst livsførsel, hvilket innebar å tilskrive opplevelsen mening, økte deres livstilfredshet (Crowe et al., 2017, Büssing et al., 2010).

«Uhensiktsmessige» mestringsstrategier var tilfeller der pasientene unngikk aktiviteter, for å verne seg selv. Enkelte pasienter uttrykte at de hadde gitt opp å kjempe mot smertene, sluttet å lete etter en kur, isolerte seg selv/unngåelse av andre mennesker, samt forsøkte å flykte sin sykdom (Crowe et al., 2017, Ojala et al., 2014, Waugh et al., 2014, Büssing et al., 2010, Newton et al., 2013 & Ojala et al., 2015).

"The participants' felt lonely because pain had separated them from other people. On the other hand, some of them wanted to be alone and said that they could not stand the laughter and happiness of others because it made them feel more miserable."

(Ojala et al., 2015, s.368)

4.3 Psykososiale konsekvenser

Psykososiale konsekvenser er det største temaet i våre artikler, og har høyest forekomst. Temaet inneholder funnene «relasjon», «endret identitet» og «stigmatisering». To viktige elementer knyttet til funnene, var manglende støtte og anerkjennelse.

Funnet «relasjon» gikk igjen i ni av artiklene (Reneman et al., 2018, O'Brien & Breivik, 2012, Gjesdal et al., 2018, Crowe et al., 2017, Ojala et al., 2014, Ljungvall et al., 2020, Waugh et al., 2014, Newton et al., 2013, Ojala et al., 2015). Personer med kroniske smerter opplevde tap og endringer av sine sosiale relasjoner grunnet smertene. Kroniske smerter gjorde at det var vanskelig for dem å delta i sosiale situasjoner og at de ikke klarte å delta på aktiviteter som er viktige sosiale arenaer. Personer med kroniske smerter gikk også igjennom skilsmisser da de var for syke for sine ektefeller (Ojala et al., 2015, s368). 46-52% rapportere at smertene påvirker relasjonene til familien (O'Brien & Breivik, 2012, s27).

"My wife left me due to my pain to live with our two seriously ill children. The boys cannot communicate and I also have this terrible unrelenting pain. I felt that my pain worsened after the divorce. I am so alone and missing company to share this whole mess (tears). This is not a human life at all."

(Ojala et al., 2014, s146)

Dette tapet av relasjoner gjorde at pasientene følte seg alene i å håndtere smertene, 41-47% (O'Brien & Breivik, 2012, s27). Det var gjennomgående at de i møte med helsepersonell, familie, venner, ektefeller og sjefer opplevde et fravær av støtte og anerkjennelse. Dette førte til sosial tilbaketrekning og en opplevelse av isolasjon (Gjesdal et al., 2018, Crowe et al., 2017, Ljungvall et al., 2020, Waugh et al., 2014, Newton et al., 2013, Ojala et al., 2015).

Funnet endret, eller tap av identitet forekom i syv artikler (Crowe et al., 2017, Ojala et al., 2014, Ljungvall et al., 2020, Waugh et al., 2014, Büssing et al., 2010, Newton et al., Ojala et al., 2015). Funnet innebærer endret identitet, rolle, opplevelse av selv, selvbilde, selvoppfatning og normalitet. Personer med kroniske smerter ser ut til å differensiere mellom et tidligere selv, og et nåværende selv. Eller et tidligere liv, og et nåværende liv (Crowe et al. 2017, s 1010). Årsakene til dette var redusert mulighet til deltagelse på aktiviteter man anså som viktige for sitt selvbilde, eller sin identitet: arbeid, hobbyer, trening eller sex med sin partner (Ojala et al., 2015, s368). 68-77% opplevde at kroniske smerter reduserte deres evne til å arbeide (O'Brien & Breivik, 2012, s27). I fem av studiene nevnte deltakerne negative konsekvenser relatert til jobben (Reneman et al., 2018, O'Brien & Breivik, 2012, Ojala et al., 2014, Newton et al., 2013, Ojala et al., 2015). For enkelte medførte dette førtidspensjonering og sykemeldinger.

Stigmatisering ble ansett som en sentral kilde til endret identitet og selvbilde, og gikk igjen i fem artikler. Pasienter med kroniske smerter opplevde en rekke negative holdninger rettet mot deres lidelse (Gjesdal et al., 2018, Ljungvall et al., 2020, Waugh et al., 2014, Newton et al., 2013, Ojala et al., 2015). 38% av personene var også selv kilde til stigma rettet mot sin lidelse. Et slikt stigma kan også predikere dårligere selvtillit, lavere mestringstro og tendenser til katastrofetanker (Waugh et al., 2014).

5 Diskusjon

I begynnelsen av kapittelet vil metoden bli diskutert. Etterfølgende diskuteres de tre ulike temaene vi fant i studiene: fysiske-, psykiske- og psykososiale konsekvenser, og hvilken betydning dette har for pasientens livskvalitet. Avslutningsvis blir det diskutert hvilke implikasjoner disse konsekvensene har for den sykepleien som blir gitt til denne pasient gruppen, og hva som er viktig for å imøtekomme deres behov.

5.1 Metodediskusjon

«Att göra systematiska» litteraturstudier, har blitt brukt som en veileder gjennom hele oppgaven. Litteraturen har gitt oss beskrivelser og veiledning i metoden: systematisk litteratursøk. En ensartet forankring i Forsberg og Wengström (2015) oppleves styrkende for gjeldende oppgave da den uttrykker en klar og strukturert beskrivelse av anvendt metode.

Vi har gjennom hele prosessen hatt et strukturert og godt samarbeid, og på denne måten sørget for en god kvalitetssikring av oppgaven. I oppstartfasen begynte litteratursøket noe ustrukturert. Denne fremgangsmetoden hadde til hensikt å kartlegge hvilken forskning som var tilgjengelig. Etter diskusjon og tilfredshet rundt de første søkene begynte arbeidet med å strukturere søket. Det forelå en felles enighet rundt fremgangsmåte for struktur og oppbygning av søket. Som et verktøy ble PiCO-skjema anvendt. PiCO-skjemaet la til grunne en oversiktlig, og billedlig fremstilling av hvordan det strukturerte søket skulle innledes og gjennomføres.

Det er hensiktsmessig å belyse at samtlige artikler er hentet fra én database: PubMed. Dette ble gjort da databasen ble ansett passende til oppgavens problemstilling, og etter endt søk, var det tilfredshet rundt innhentet artikkelsamling. Etter PubMed-søket forelå det en god fordeling av kvalitativ- og kvantitativ forskning. Det er viktig å belyse at to av de valgte artiklene, er hentet fra samme datasett. Begge artiklene ble allikevel inkludert, da de belyser ulike sider av kroniske smerter. Artikkelsamlingen inkluderer to artikler, som er hentet fra ett «ustrukturert» søk. Artiklene ble videre inkludert i oppgavens funn, da de presenterte store mengder data.

I analysen og diskusjon har vi møtt på utfordringer knyttet til den aktuelle problemstillingen. Det ble ansett av veileder og oss som noe dristig å arbeide med fenomenet livskvalitet, men vi opplever allikevel at vi har klart å belyse noen sentrale konsekvenser ved kroniske smerter. Videre knyttet utfordringene til arbeidet med å kategorisere de ulike konsekvensene av kroniske smerter for livskvalitet. Dette grunnes i at livskvalitet er et såpass bredt og komplekst fenomen, hvor de ulike konsekvensene av kroniske smerter er i konstant interaksjon med hverandre. Det oppleves derfor som utfordrende å se dem uavhengig av hverandre. Vi har allikevel valgt å skille funnene inn under tre temaer og syv kategorier. Temaene og kategoriene er beskrevet i resultatkapittelet. Og diskuteres videre opp mot relevant teori.

Med dette som forbehold har vi valgt å unngå dypere diskusjon knyttet til behandling av kroniske smerter. Dette innebærer blant annet rehabilitering og medikamentell behandling.

5.2 Resultatdiskusjon

5.2.1 Fysiske konsekvenser

«Vår eksistens er grunnleggende kroppslig. Gjennom øyne og ører, hender og føtter erfarer vi og handler i våre omgivelser» (Råheim & Gjengedal, 2007, s 103). I praksis betyr dette at våre kroppslige opplevelser preger hvordan vi erfarer og opplever verden. Denne kroppsligheten er også preget av et fravær, da vi ikke er bevisst på den når kroppen fungerer (Råheim & Gjengedal, 2007). Dette aktualiseres i stor grad ved kroniske smerter. De fysiske konsekvensene for kroniske smertepasienter omhandler hvordan en kropp som har vært funksjonell, frisk og anvendelig plutselig blir preget av smerte og plager. Plagene som knyttes til de kroniske smerter var utmattelse, muskelkramper og tap av søvn. Disse var sentrale og svært invaderende for pasientgruppens funksjonsnivå (Reneman et al., 2018). Livskvalitetsbegrepet som presentert av Wahl & Hanestad (2007, s29) vektlegger opplevelsen av god helse og funksjonsevne som forutsetninger for et godt liv. Å leve med muskelkramper, samt tap av søvn vil over tid føre til utmattelse. Denne utmattelsen vil kunne prege pasientens opplevde helsetilstand og funksjonsevne. Dette gjenspeiles i skildringen av kroppen som forfalt, kraftløs og gammel (Ojala et al., 2015). En kan ut ifra dette se hvordan kroppslige plager kan påvirke pasientens livskvalitet.

Aktiviteter som tidligere hadde vært trivielle, krevde nå stor tid og innsats. Kroppen var blitt usikker og uforutsigbar. Husarbeid, og det å komme seg til toalettet, kunne oppleves som enorme utfordringer (Ojala et al., 2015). Tap av funksjon, usikkerhet og uforutsigbarheten gjorde hverdagen vanskelig for mange av deltakerne. Kroppen opplevdes som et hinder de måtte overkomme. Pasientene opplevde at livet hadde blitt begrenset, der dagene krevde planlegging i henhold til smertene (Crowe et al., 2017).

En konsekvens av dette var at pasientene uttrykte tap av livsmot. At de ikke kunne leve slik de ønsket, og en videre opplevelse av at smertene begrenset deres muligheter og potensiale for livsutfoldelse (Ojala et al., 2015). I anvendt teori om «livskvalitet», presenter Wahl & Hanestad (2007, s29) funksjonsevne og mulighet til et aktivt liv som viktige faktorer. Hvilket står i strid med tapet av funksjon og uforutsigbarhet de kroniske smertene medførte. Konsekvensene for pasientene sin livskvalitet ble dermed en begrensning i deres potensiale for livsutfoldelse. Dette er i tråd med opplevelsen av andre kroniske lidelser, hvor livet blir endret og en må tilpasse seg et nytt levesett (Gjengedal & Hanestad, 2007, s19).

5.2.2 Psykiske resultat diskusjon

En rekke psykiske og mentale konsekvenser blir belyst på tvers av studiene. Flere av disse konsekvensene har direkte og/eller indirekte følger for pasientgruppens opplevde livskvalitet. Som utgangspunkt for dette vil «negative emosjoner» og «mestringsstrategier» bli diskutert.

Som summert i resultatkapittelet opplevde deltakerne en rekke «negative emosjoner» knyttet til deres lidelse. Følelser som «håpløshet», «depresjon», «angst», «sorg», «sinne», og «skam» blir aktualisert. Faktorene lagt frem som årsakene til de negative emosjonene er i tråd med funnene i «fysiske konsekvenser» og «psykososiale konsekvenser». De negative emosjonene forekom som reaksjoner på endringer grunnet de kroniske smertene, og representerer hvordan smertene bryter med personens «psykiske velvære». De negative emosjonene kan dermed også ses som en manglende tro på at man er i stand til å påvirke sin nåværende tilstand. Følgende sitat gjenspeiler dette:

«Pain dominates life and tries to eat you from inside (laughs). You cannot think of anything else but pain. You try to fight against it, but it is always stronger, reducing your human existence»

(Ojala et al., 2014, s144).

Wahl & Hanestad (2007, s29) beskriver samtidig begrepene «lykke», «mening» og «håp» som elementer for et godt liv. Dette er begreper som anses å være i direkte opposisjon til de «negative emosjonene»: «depresjon», «sorg» og «håpløshet». Og kan derav være faktorer som bryter med et godt liv. Det er hensiktsmessig å poengtere at graden av de negative emosjonene vil variere fra person til person. Det ble videre sett at pasientenes opplevde smertenivå hadde en sammenheng med negative emosjoner. Som knyttes til begrepet «kontekstuell smerte» (Ojala et al., 2014, Waugh et al., 2014, Newton et al., 2013 og Ojala et al., 2015). Dette stemmer overens med «portkontrollteorien» som beskriver følgende: smerte er et fysisk fenomen, påvirket av tanker, følelser og tidligere erfaringer (McCaffery & Beebe, 1996, s49-50).

«Mestringsstrategier» som presentert i resultatkapittelet handler om hvordan pasientene med kroniske smerter forsøkte å møte utordringer knyttet til deres lidelse. «Mestringsstrategier» som deles i to: «uhensiktsmessige» og «hensiktsmessige» kan sees i relasjon med Empowerment. Mestringsstrategiene vi kategoriserte som «hensiktsmessige», omhandlet bevisst livsførsel og korrelerte i høy grad med livstilfredshet (Büssing et al., 2010). Dette gjenspeiler seg i Empowerment prinsippet hvor mestring og mestringstro er viktige prinsipper for å oppnå en myndiggjøring av pasienten (Kristoffersen, 2016, s355). På denne måten blir de «uhensiktsmessige» stående i kontrast til Empowerment prinsippet, da disse innebar manglende tro på kontroll over egen skjebne og unngåelsesatferd (Büssing et al., 2010). Mestring og selvbestemmelse rundt ens fremtid og liv er også viktige aspekter for livskvalitet (Wahl & Hanestad, 2007, s29). Hvilken mestringsstrategi pasienten anvender vil dermed kunne påvirke pasients livskvalitet.

5.2.3 Psykososiale konsekvenser

Artiklene viser at kroniske smerter ikke bare kan relateres til de fysiske- og psykiske aspekter av smerteopplevelsen. De kroniske smertene påvirker først kroppen, og tar deretter en større plass i bevisstheten, som gradvis blir en altopplukende opplevelse (Crowe et al., 2017). Dette kan påvirke individets interaksjon med omgivelsene og derav også individets selvbilde/identitet og relasjoner. Det er her viktig å legge vekt på at disse interaksjonene pågår i et komplekst samspill. Hvor smertepasienten påvirker sine omgivelser, som igjen påvirker pasienten, hvilket stemmer overens med Calista Roys sykepleierteori. Dette aktualiseres i stor grad av psykososiale funn, hvor funnene påvirkes og endres av hverandre.

Det er et kjent fenomen at kroniske lidelser setter nye betingelser for livsutfoldelsen, som har konsekvenser for pasientens relasjon til familie og venner (Wahl & Hanestad 2007, s10). Det sosiale livet og familierelasjoner ble sterkt påvirket av de kroniske smertene. Konsekvensene knyttet til de kroniske smerter ble dermed en opplevelse av isolasjon og distansering fra andre, som skyldtes tap og/eller endring i foreliggende relasjoner (Reneman et al., 2018, O'Brien & Breivik, 2012, Crowe et al., 2017, Ojala et al., 2014, Waugh et al., 2014, Newton et al., 2013, Ojala et al., 2015). Mange følte seg alene i å håndtere smertene, for andre hadde smertene ført til skilsmisser. Isolasjon og tapet av relasjoner ble ofte opplevd som urettferdig og bidro til ytterligere fortvilelse i en allerede krevende livssituasjon (Ojala et al., 2015).

Opplevelsen av isolasjon utspiller seg ikke bare ved tapte relasjoner, som ved tapt nærvær, men også som en emosjonell avstand. Årsakene til disse opplevelsen er komplekse og sammensatt, men mye tyder på at det skyldes en kombinasjon av redusert fysisk mobilitet og uhensiktsmessige mestringsstrategier (Crowe et al., 2017 & Newton et al., 2013). Dette eksemplifiseres når pasienter selv distanserer seg fra andre for å unngå negative responser (Newton et al., 2013). Noe som ikke kun innebærer unngåelse av sosiale settinger, men også distansen som skapes ved å ikke dele sin opplevelse. Enkelte gjorde dette i frykt for å ikke bli trodd, eller å kjede andre (Crowe et al., 2017). Dette gjenspeiles i beskrivelsen av manglende følelsesmessig tilknytning til andre, noe enkelte personer med kroniske smerter opplevde (Newton et al., 2013). Både ufrivillig og selvpåført isolasjon vil ha konsekvenser for de sosiale sidene ved livet, noe Wahl & Hanestad (2007, s29) omtaler som faktorer for livskvalitetsbegrepet. Det er også viktig å poengtere at opplevelsen av isolasjon, og hvordan denne påvirker livskvalitet baserer seg på subjektive forhold.

Tap av relasjon og opplevelsen av isolasjon kan også knyttes til pasientgruppens opplevelse av manglende støtte i møte med helsepersonell, familie, ektefeller og andre relasjoner (Reneman et al., 2018, O'Brien & Breivik, 2012, Gjesdal et al., 2018, Crowe et al., 2017, Ojala et al., 2014, Ljungvall et al., 2020, Waugh et al., 2014, Newton et al., 2013, Ojala et al., 2015). I definisjonen av livskvalitet settes «støtte fra andre» som et viktig moment for livskvalitet (Wahl & Hanestad, 2007, s29). Årsaken til kroniske smerter er ofte usynlig, og dette kan gjøre det vanskelig for andre å relatere seg til deres opplevelse (Newton et al., 2013). Basert på funn relatert til «uhensiktsmessige mestringsstrategier», kan også den manglende støtten skyldes at kroniske smertepasienter lar være å dele sine opplevelser (Crowe et al., 2017 & Newton et al., 2013). En kan da spørre om dette skyldes tidligere negative erfaringer og opplevelser. Eller om personer med kroniske smerter stigmatiserer sin egen lidelse på grunn av deres egne, eller andres negative assosiasjoner til kroniske smerter (Newton et al., 2013).

Uavhengig av årsakene til manglende støtte, opplevde 41-47% av personene med kroniske smerter at de var alene i å håndtere smertene (O'Brien & Breivik, 2012). Dette kan være uheldig for de sosiale dimensjonene ved livet, og forsterke opplevelsen av isolasjon.

Personer med kroniske smerter opplevde endret identitet og en differensierte mellom et tidligere, og nåværende selv (Crowe et al., 2017, Ojala et al., 2014, Ljungvall et al., 2020, Waugh et al., 2014, Büssing et al., 2010, Newton et al., 2013, Ojala et al., 2015). Noe Gjengedal og Hanestad (2007, s19) beskriver som et kjent fenomen for kroniske lidelser. Endret identitet kan skyldes en rekke årsaker som: tap av funksjon, hobbyer, seksualliv, jobb og andre aktiviteter. Smerter preget 68-77% av pasientenes arbeidssituasjon (O'Brien & Breivik, 2012). For enkelte ble plagene så utholdelig at de måtte pensjoneres. Dette førte til endret identitet, opplevelsen av en meningsfylt hverdag gikk tapt, sammen med relasjoner til kolleger (Ojala et al., 2015). Det å ikke være i stand til å gjennomføre husarbeid, ha et aktivt seksualliv, miste jobben, og føle at en ikke kan forsørge familien, kan oppleves som et brudd på rollefunksjonen og forventningene en har til seg selv. På denne måten kan personens mulighet for selvrealisering, meninger og håp for livet bli endret. Personer med kroniske smerte opplevde akkurat dette, og følte at de ikke lenger strakk til i sin tidligere identitet (Ojala et al., 2015). Som en konsekvens måtte de redefinere hva som var normalt, og fikk et nytt forhold til seg selv og omgivelsene (Crowe et al., 2017).

«Chronic pain has ruined our sex life, wich has affected my role as a wife and a woman and led me to question if I am whole anymore»
(Ojala et al., 2015, s368)

Personenes selvbilde og identitet ble også påvirket av andres negative holdninger til deres lidelse. Denne stigmatiseringen påvirket i stor grad selvtillit og mestringstro. Som også gav tendenser til katastrofetenkning rundt deres tilstand (Waugh et al., 2014). Dette påvirket videre personens handlingskompetanse og mestringstro i negativ retning, som er to viktige elementer i å kunne mestre eget liv. Disse er viktige faktorer, som i stor grad vil kunne påvirke personens livsutfoldelse, selvbestemmelse, uavhengighet, og funksjon (Kristoffersen, 2016, s353).

5.3 Sykepleierdiskusjon

«Sykepleierens mål er ved hjelp av sykepleieprosessen å fremme adaptasjon innenfor alle adaptasjonsområdene, og dermed bidra til helse, livskvalitet og en verdig død».

(Kristoffersen, 2016, s43)

Slik legger Calista Roy frem sykepleiens overordnede mål. Dette innebærer at sykepleieren skal fremme hensiktsmessige adaptasjoner hos individet innenfor områdene, fysiologisk funksjon, selvbilde, rollefunksjon og sosial gjensidighet (Kristoffersen, 2016, s46). Noe som kan bidra til bedret livskvalitet. For å oppnå dette må sykepleier identifisere hvilke krav som stilles fra omgivelsene. Sykepleier må i samråd med pasient identifisere hvilke faktorer som påvirker den enkelte pasients atferd, og avgjøre om atferden vil være helsefremmende (Kristoffersen, 2016, s 49). Videre vil det bli diskutert hvordan sykepleier kan imøtekomme pasientenes fysiske-, psykiske- og psykososiale konsekvenser, knyttet til deres lidelse.

Tap av funksjons- og aktivitetspotensiale, som ved endret seksualliv, hobbyer og arbeid påvirket i stor grad pasientenes selvbilde (Crowe et al., 2017, Ojala et al., 2014, Ljungvall et al., 2020, Waugh et al., 2014, Büssing et al., 2010, Newton et al., 2013, Ojala et al., 2015). Konsekvensene av dette var at pasienter med kroniske smerter opplevde seg selv som utilstrekkelige (Ojala et al., 2015). Kunnskap omkring de ulike konsekvensene kroniske smerter har for aktivitet og funksjon, vil gjøre det lettere for sykepleiere å samarbeide med pasient for å legge til rette for myndiggjøring (Wahl & Hanestad, 2007, s58). Sykepleieren kan i samråd med pasienten, fokusere på funksjoner og aktiviteter som er oppnåelige. Samt legge til rette for aksept tilknyttet nåværende situasjon og tilstand (Ojala et al., 2014). I praksis innebærer dette at sykepleier møter den kroniske smertepasient med tålmodighet og forståelse, og oppmuntrer å til aktivitet. Samtidig er det viktig at sykepleier i henhold til Empowerment prinsippet lar pasienten selv være hovedaktør, og primært bistår med mestringsstøtte. Det er hensiktsmessig å belyse at et fokus på aksept kan av enkelte oppleves som en bekreftelse på dårlige behandlingsprognoser, eller ta fra enkelte et håp om bedring (Gjesdal et al., 2018).

«It's such a shame that health care providers present as an established fact that a person with chronic pain who believes he can regain a normal life has to be "realistic". They say you have to learn to live with it. I think this is a big mistake. The importance of accepting the situation as it is doesn't mean that you can't make any progress or that you can't reduce your pain, or be free of pain in the future. This information is absent »

(Gjesdal et al., 2018, s522).

De «negative emosjonene» forekom som en reaksjon på endringer hos pasienten selv, eller i omgivelsene, grunnet de kroniske smertene. Disse er subjektive fenomener, komplekse og vanskelig å forklare. Som diskutert i kapittel 5.2.2 ses det en sammenheng mellom de «negative emosjonene» og mestringsstro. Derav troen på at man er stand til påvirke sin nåværende tilstand (Ojala et al., 2014). Sentralt for sykepleie til kroniske smertepasienter, og de psykiske konsekvensene vil derfor være å underbygge mestringsstro og handlingskompetanse. Derav sørge for at pasienten har kunnskap, ferdigheter og troen på at han/hun vil kunne mestre situasjonen (Kristoffersen, 2016,

s.352). De «negative emosjonene» økte smerteopplevelsen for pasienten, som er i tråd begrepet «kontekstuelle smerter» og «portkontroll-teorien». De «kontekstuelle smertene» vil i denne sammenhengen være beskrivende for pasientens adaptasjonsnivå, basert på Calista Roys teori, og være av klinisk relevans. Dette er fordi sykepleier direkte kan være innvirkende for denne faktoren. Hvilket betyr at en sykepleier, i møte med pasienten må fokusere på å redusere negative emosjoner, ved å øke opplevelsen av kontroll, trygghet og støtte. Som kan redusere pasientenes smerteopplevelse (McCaffery & Beebe, 1996, s50). Å heve den kroniske smertepasients adaptasjonsnivå, innebære derfor en reduksjon av de «kontekstuelle smertene».

Kroniske smertepasienter hadde enkelte responser en kan kategorisere som ineffektive og lite helsefremmende. Eksempler på dette er beskrevet i resultatkapittelet som «uhensiktsmessige mestringsstrategier», hvor pasientene uttrykte håpløshet tilknyttet bedring, og tilfeller der de «flyktet fra sin sykdom». Noen isolerte også seg selv, for å unngå negative responser (Crowe et al., 2017, Ojala et al., Waugh et al., 2014, Büssing et al., 2010, Newton et al., 2013, & Ojala et al., 2015). Sykepleier må dermed i møte pasienten bygge på Empowermentprinsippet, og i samarbeid med pasienten stimulere til å dreie «uhensiktsmessige strategier» til «hensiktsmessige». Noe som kan innebære å fremme aksept, eller belyse sider ved livet som ikke innebar smerter (Crowe et al., 2017, Büssing et al., 2010).

De kroniske smertepasientene opplevde tap og endringer i relasjoner, og manglende støtte. Dette førte til en opplevelse av å være alene i sin lidelse og en opplevelse av isolasjon. (Reneman et al., 2018, O'Brien & Breivik, 2012, Crowe et al., 2017, Ojala et al., 2014, Waugh et al., 2014, Newton et al., 2013, Ojala et al., 2015). Det er viktig at sykepleier er bevisst på dette i møte med pasientgruppen, og deres nærmeste. En kunnskap om tapt/endrede relasjoner, tidligere opplevd stigma, og sterke smerteopplevelser, kan styrke sykepleiers grunnlag for forståelse og posisjon i møte med pasientene.

I møte med helsepersonell, beskrev pasientgruppen en opplevelse av å ikke bli hørt, trodd og respektert. (Gjesdal et al., 2018 & Ljungvall et al., 2020). Basert på dette burde man som sykepleiere ha en helhetlig tilnærming i møte denne pasientgruppen. Som kan relateres til et holistisk menneskesyn, hvor pasienten er mer enn en fysisk kropp. Dette innebærer å forholde seg til pasienten som en helhet, der en tar høyde for kropp, tanker, skam, sårbarhet, ressurser, smerte, livssituasjon etc. Altså alle fenomener som hører mennesket til (Brinchmann & Odeland, 2021, s27). Viktig i møte med kroniske smertepasient er støtte og annerkjennelse, og å ta høyde for deres subjektive opplevelse. Dette innebærer at pasientens smertebeskrivelse er reell, og når pasienten beskriver sterke smerter, er smertene sterke. Som er i tråd med McCaffery & Beebe (1996, s18) definisjonen av smerte. Som en følge av en slik tilnærming, kan sykepleier forsøke å forstå, samt bekrefte pasientens opplevelse. På denne måten opparbeide en «delt» forståelse av deres tilstand og smerter. Innsikten kan redusere opplevd stigma, og pasientenes negative emosjoner knyttet til følelsene av å ikke blir trodd, og videre redusere noe av de «kontekstuelle smertene».

Kroniske smerter påvirket pasientenes selvbilde, rollefunksjon og opplevelse av seg selv (Crowe et al., 2017, Ojala et al., 2014, Ljungvall et al., 2020, Waugh et al., 2014, Büssing et al., 2010, Newton et al., 2013, Ojala et al., 2015). Innen Empowerment er det pasientene selv som skal være en aktiv aktør, og selv gjøre valg i samsvar med sine

egne prioriteringer og mål (Kristoffersen, 2016, s, 352). Dersom pasienter har vansker med å omstille tanker, forventninger de har til seg selv, og de aktivitetene de ønsker å gjennomføre. Kan dette redusere pasientenes mulighet for selvrealisering. Som kan være avgjørende for deres opplevde livskvalitet. For å kunne møte pasientgruppen, bør sykepleier ha forståelse for at pasientenes oppfattelse av seg selv, er i endring. Endringene kan oppleves som «såre» og vanskelige å stå i, og bør respekteres. Å gi pasienten støtte og anerkjennelse for vanskene de kan oppleve tilknyttet dette anses som viktig.

Støtte og anerkjennelse kan ses i relasjon med stigmatiseringen, noe pasientgruppen hyppig opplever (Gjesdal et al., 2018, & Ljungvall et al., 2020). Stigmatisering førte til økte katastrofetanker, redusert mestringstro og selvtillit (Vaugh et al., 2014). Reell stigmatisering, og pasientens indre opplevelse av stigma, står dermed i opposisjon til en myndiggjøring og validering av seg selv. I henhold til aktuelle funn og teori, kan et fokus på Empowerment, samt validering av pasientens opplevelse, bidra til å redusere opplevd stigma.

6 Konklusjon

Våre funn viser at kroniske smerter hadde store konsekvenser for pasientgruppens opplevde livskvalitet. Konsekvensene relateres til fysiske-, psykiske- og psykososiale dimensjoner av deres liv. Endringene ble sett i relasjon til pasientgruppens smerter, der pasientene i stor grad uttrykte kroppslige plager, tapt funksjon-, og redusert aktivitetsnivå. Pasientene beskrev også elementer som stigmatisering og manglende støtte fra familie, venner og helsepersonell. Flere uttrykte tapte og endrede relasjoner grunnet deres smerter. Videre ses dette i sammenheng med endret identitet, selvbilde, og de negative emosjonene smertene forårsaket. Funnene kan gi en rekke implikasjoner for hva sykepleie bør ta høyde for i møte med kroniske smertepasienter. Dette innebærer en holistisk tilnærming, hvor sykepleier ser pasienten, og dens lidelse, som en helhet. Noe som innebærer ikke kun å anerkjenne pasientens smerteopplevelse. I stedet vise pasienten en forståelse for konsekvensene de opplever på tvers av de ulike dimensjonene, grunnet deres lidelse. For å kunne gjøre dette må sykepleier ha kunnskaper relatert til ulike konsekvenser av kroniske smerter. En tilnærming basert på relevant kunnskap, kan redusere noen av de negative emosjonene og smerteopplevelsen. Ved å bygge relasjon, fraværende for stigma, kan sykepleier skape tillit og trygghet. En vil derav kunne styrke pasientens egne ressurser og tiltro til gitt behandling. På denne måten fremme myndiggjøring hos pasienten. Gjennom dette kan en sammen stimulere til hensiktsmessige adaptasjoner.

Vi har primært satt søkelys på hvordan kroniske smerter påvirker pasientens livskvalitet. Funnene belyste visse faktorer sykepleier burde ta med seg i møte med pasientgruppen. Oppgaven presenterer ikke noen konkrete tiltak, eller behandlingsformer. Videre forskning bør derfor fokusere på ulike behandlingsformer og strategier, samt effektiviteten av disse. Aktuell kunnskap vil danne grunnlaget i å kunne tilby kroniske smertepasienter en god- og helhetlig sykepleie.

Referanser

Baker, M., Collett, B., Fischer, A.A., Herrmann, Huygen, F.J., Tölle, T.R., Trueman, P., Varrassi, G., Vázquez, P., Vos, K.J., Gustorff, B., Simoons, S.R., Tourne, J., Michelet, D., & Mikkonen, L. (2010). Pain proposal: improving the current and future management of chronic pain. A European consensus report. Hentet fra: https://europeanpainfederation.eu/wp-content/uploads/2016/06/pain_proposal.pdf

Brinchmann, B., S. (red.) & Odland, L. (2021) *Menneskesyn*. I B.S. Brinchmann (red.) *Etikk i sykepleien* (5.utg.) (s.25-42) Oslo: Gyldendal Akademisk.

Büssing A, Ostermann T, Neugebauer EA, Heusser P. (2010) Adaptive coping strategies in patients with chronic pain conditions and their interpretation of disease. *BMC Public Health*. Aug 20;10:507. doi: 10.1186/1471-2458-10-507.

Crowe M, Whitehead L, Seaton P, Jordan J, McCall C, Maskill V, Trip H. (2017) Qualitative meta-synthesis: the experience of chronic pain across conditions. *J Adv Nurs*. 2017 May;73(5):1004-1016. doi: 10.1111/jan.13174.

Danielsen, A., Berntzen, H. & Almås, H. (red.) (2016) *Sykepleie ved smerter*. I Almås, H. (red.), Grønseth, R. & Stubberud, D. *Klinisk sykepleie* (5.utg. Bind 1). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Forsberg, C. og Wengström, Y. (2015) *Att göra systematiska litteraturstudier, Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (4.utg). Författaren och Natur & Kultur, Stockholm.

Gjengedal, E. & Hanestad, B., R. (red.) (2007) *Kronisk sykdom*. I Gjengedal, E. & Hanestad, B., R. (red.) *Å leve med kronisk sykdom, en varig kursending* (2.utg.) (s.10-26). Oslo: Cappelens Forlag AS.

Gjesdal, K., Dysvik, E., & Furnes, B. (2018). Living with chronic pain: Patients' experiences with healthcare services in Norway. *Nursing Open*, 5(4), 517-526. DOI: 10.1002/nop2.160.

Handal, M., Nielsen, C. S., Steingrimsdottir, O. A., & Skurtveit, S.O. (2018) *Langvarigsmarter*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/smerter/>

Helsebiblioteket (2016) *Sjekkklister*. Hentet fra: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekkklister> (lastet ned: 01.05.2022).

Kristoffersen, N. J (2016) *Sykepleiefagets teoretiske utvikling – en historisk reise*. I Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E.-A. (Red.). (2016). *Grunnleggende sykepleie* (utg. 3, Bd. 3) (s.15-80). Oslo: Gyldendal akademiske.

Kristoffersen, N. J (2016) *Å styrke pasientens ressurser – sykepleierens helsefremmende og pedagogiske funksjon*. I Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E.-A. (Red.). (2016). *Grunnleggende sykepleie* (utg. 3, Bd. 3) (s.347-406). Oslo: Gyldendal akademiske.

Lovdata (1999) *Lov om pasient- og brukerrettigheter, § 3-1*. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> (Lastet ned: 05.05.2022)

McCaffery, M. & Beebe, A. (1996) *Smerte*. Oslo: Gyldendal akademiske.

Ljungvall H, Rhodin A, Wagner S, Zetterberg H, Åsenlöf P. (2020) "My life is under control with these medications": an interpretative phenomenological analysis of managing chronic pain with opioids. *BMC Musculoskeletal Disord*. Jan 31;21(1):61. doi: 10.1186/s12891-020-3055-5.

Newton BJ, Southall JL, Raphael JH, Ashford RL, LeMarchand K. (2013). A narrative review of the impact of disbelief in chronic pain. *Pain Manag Nurs*. Sep;14(3):161-71. doi: 10.1016/j.pmn.2010.09.001.

Nortvedt F, Rustøen T.(red.) (2008) *Kronisk smerte*. I: Rustøen T, Wahl AK, (red.). *Ulike tekster om smerte – fra nocisepsjon til livskvalitet* (1.utg.) (s.140-151) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Norges Sykepleierforbund (2022) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleien*. Hentet fra: <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer> (lastet ned: 20.04.2022)

O'Brien T, Breivik H. (2012) The impact of chronic pain-European patients' perspective over 12 months. *Scand J Pain*. 1;3(1):23-29. doi: 10.1016/j.sjpain.2011.11.004.

Ojala T, Häkkinen A, Karppinen J, Sipilä K, Suutama T, Piirainen A. (2015). Chronic pain affects the whole person--a phenomenological study. *Disabil Rehabil*. 2015;37(4):363-71. doi: 10.3109/09638288.2014.923522.

Ojala T, Häkkinen A, Karppinen J, Sipilä K, Suutama T, Piirainen A. (2014) The dominance of chronic pain: a phenomenological study. *Musculoskeletal Care*. Sep;12(3):141-9. doi: 10.1002/msc.1066.

Reneman MF, Brandsema KPD, Schrier E, Dijkstra PU, Krabbe PFM. (2018). Patients First: Toward a Patient-Centered Instrument to Measure Impact of Chronic Pain. *Phys Ther*. Jul 1;98(7):616-625. doi: 10.1093/ptj/pzy040.

Råheim, M. & Gjengedal, E. (2007) *Kroppslighet og Empowerment*. I Gjengedal, E. & Hanestad, B., R. (red.) *Å leve med kronisk sykdom, en varig kursendring* (2.utg.) (s.103-144). Oslo: Cappelens Forlag AS.

Wahl, A., K. & Hanestad, B., R. (red.) (2007) *Livskvalitet, helse, stress og mestring*. I Gjengedal, E. & Hanestad, B., R. (red.) *Å leve med kronisk sykdom, en varig kursendring* (2.utg.) (s.29-39). Oslo: Cappelens Forlag AS.

Waugh OC, Byrne DG, Nicholas MK. (2014) Internalized stigma in people living with chronic pain. *J Pain*. May;15(5):550.e1-10. doi: 10.1016/j.jpain.2014.02.001.

Vedlegg

1. Litteratormatrise – Measure Impact of Chronic Pain

Referanse	Reneman MF, Brandsema KPD, Schrier E, Dijkstra PU, Krabbe PFM. Patients First: Toward a Patient-Centered Instrument to Measure Impact of Chronic Pain. Phys Ther. 2018 Jul 1;98(7):616-625. doi: 10.1093/ptj/pzy040. PMID: 29939365; PMCID: PMC6181955.
Studiens hensikt/mål	Hensikten med studien er å undersøke hvilke momenter personer med kroniske smerter selv anslår å være mest påvirket pasienten av kroniske smerter.
Nøkkelbegrep/ Keywords	
Metode	Studien anvendte først et litteratursøk for å identifisere passende verktøy. De undersøkte 140 ulike verktøy. Etter at inklusjons- og eksklusjonskriterier ble inkludert, hadde gruppen et utvalg på 68 verktøy. I den andre del av studien ble det gjennomført intervju i fokusgrupper. 10 pasienter ble inkludert, med en fordeling på 4 og 6 deltakere per gruppe. Det ble holdt to møter per gruppe. I den tredje og siste delen av studien ble 1182 personer med kroniske smerter tilsendt et internettbasert spørreskjema. 243 svar ble ekskludert, da deres svar var mangelfulle og ikke kunne knyttes opp mot noen egenskaper. Totalt ble 939 svar inkludert i denne fasen.
Resultat/ konklusjon	Studien belyser 8 temaer pasienter med kroniske smerter anser som stor innvirkning på deres liv: 1. fatigue, 2. sosialt liv, 3. muskelkramper, 4. søvn, 5. husarbeid, 6. konsentrasjon, 7. å ikke bli forstått, og 8. kontroll over smertene.
Relevans	Artikkelen er relevant da den belyser hvilke momenter som påvirket livet til kroniske smertepasienter. Studiens relevans økes ytterligere grunnet dens omfang, på 939 respondenter. Størrelsen på utvalget er å anse som styrkende for studiens validitet.

2. Litteratormatrise - The Impact of Chronic Pain – European Patients' Perspective Over 12 months

Referanse	O'Brien T, Breivik H. The impact of chronic pain-European patients' perspective over 12 months. Scand J Pain. 2012 Jan 1;3(1):23-29. doi: 10.1016/j.sjpain.2011.11.004. PMID: 29913762. https://www.degruyter.com/document/doi/10.1016/j.sjpain.2011.11.004/html
Studiens hensikt	Studien hadde som mål å belyse hvilken effekt kronisk smerte har for pasienters opplevde livskvalitet.
Keywords	Chronic pain, Survey, Europe, Quality of life
Metode	Studien benytter seg av en langsgående metode som inkluderer noen kvantitativ- og begrensede kvalitativ data om erfaringer til individuelle ikke-maligne kroniske smerter. Forskingen ble utført i 13 europeiske land med totalt 294 deltakere som fullførte hele studien over 12 måneder. Studien inkluderer pasienter over 18 år. Det ble benyttet et scoringsskjema NRS-11-score. Deltakerne brukte skjemaet i besvarelsen av ulike påstander. Fire intervjuer ble gjennomført over 12 måneder, hvor det ble registrert informasjon om smertenivåer, smertens innvirkning, smertebehandling, og behandlingsrelaterte bivirkninger.
Resultat/konklusjon	Tre måneder inn i studien vurderte 95% av deltakerne sine verste smerter den siste uken som større enn 4 (NRS-11-score). De fleste deltakerne rapporterte at de hadde følt dette smertenivået i mer enn et år, hvor 47% av deltakerne scoret 8-10 i mer enn to år. Etter 12 måneder vurderte 93% av deltakerne sitt verste smertenivå den siste uken fremdeles som større enn 4. Den totale netto prosentandelen av deltakere med smerteintensitet høyere enn 4 endret seg ikke vesentlig i løpet av 12 måneder. Videre følte 40% av deltakerne deres nåværende smerte som økt og 41% rapporterte at deres nåværende smerte var redusert i løpet av de siste 12 månedene. 18% rapporterte at deres smerte var uendret de siste 12 månedene. Etter 3 måneder rapporterte 30% at de hadde blitt behandlet av en smertespesialist i løpet av 3 måneder. Dette sank til 13% etter 9-12 måneder. Deltakerne brukte vanligvis en kombinasjon av forskrevende og ikke- forskrevende legemidler. Ca. 10% ved oppstart og 14% etter 12 måneder ble forskrevet et sterkt opioid. Studien belyser videre at deres smerte reduserte livskvaliteten, hvor det ble belyst at det forelå utfordringer ved daglige aktiviteter, inkludert søvn, turgåing, familie og sosiale interaksjoner. Omtrent halvparten av deltakerne som benyttet seg av reseptbelagte legemidler kunne rapportere om forstoppelse og tilhørende symptomer. Til tross for ingen endring i smerteintensitet, var 51% av deltakerne fornøyd med gitt smertebehandling etter 12 måneder.
Relevans	Studien er omfattende, og gir en god oversikt over hvordan pasienter med kroniske smerte forholder seg til deres lidelse, og hvilke innvirkninger smertene hadde for deres livskvalitet. Studien legger også frem numeriske fremstillinger av fenomener knyttet til livskvalitet.

3. Litteratormatrise - Living with chronic pain: Patients' experience with healthcare service in Norway

Referanse	Gjesdal, K., Dysvik, E., & Furnes, B. (2018). Living with chronic pain: Patients' experiences with healthcare services in Norway. <i>Nursing Open</i> , 5(4), 517-526. https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/nop2.160
Studiens hensikt/mål	Kartlegge erfaringer med mottatt helsehjelp hos pasienter som lever med kronisk, ikke malign, smerte i Norge.
Nøkkelbegrep/ Keywords	Chronic pain, Norway, nursing, patient experience, person-centered care
Metode	Studien benyttet seg av kvalitativ forskningsmetode, med et semistrukturert intervju, hvor det ble brukt et deskriptiv og utforskende design. I alt var 18 deltakere inkludert i studien, hvorav to menn og seksten kvinner.
Resultat/ konklusjon	Resultatene avdekte utfordringer knyttet til kroniske smertetilstander. Deltakerne beskrev at god helsehjelp innebar å bli lyttet til, trodd, og at opplevelsen av en gjensidig tillit var essensielt. Stigmatisering, og mangel på støtte og anerkjennelse var momenter som brøt med dette. Videre beskrev deltakerne at de opplevde det som vanskelig å ytre sine behov når de følte seg ubetydelige i møte med ulike helsetilbud. Noe som så du til å forsterke deltakernes utfordringer, og miste derav troen på gitt behandling. Studien påpeker viktigheten av en holistisk forståelse av sykdommen, og at sykepleier har en nøkkelfunksjon i ivaretagelsen av denne pasientgruppen. Som videre danner grunnlaget for en positiv opplevelse.
Relevans	Artikkelen blir ansett som relevant da den belyser viktige elementer rundt pasienter med kronisk smerte, både hvordan de selv opplever sine utfordringer, og hvordan de opplever møte med helsetjenesten. I arbeidet med å kartlegge pasientenes oppfattelse av livskvalitet, er det fra et sykepleierfaglig ståsted hensiktsmessig å ha en forståelse av hvordan denne pasientgruppen opplever helsevesenet i sin helhet.

4. Litteratormatrise – The Experience of Chronic Pain Across Conditions

Referanse	Crowe M, Whitehead L, Seaton P, Jordan J, Mccall C, Maskill V, Trip H. Qualitative meta-synthesis: the experience of chronic pain across conditions. J Adv Nurs. 2017 May;73(5):1004-1016. doi: 10.1111/jan.13174. Epub 2016 Oct 20. PMID: 27679971.
Studiens hensikt/mål	Studiens hensikt var å samle de kvalitative beskrivelsene av opplevelsene av å leve med kroniske smerter.
Nøkkelbegrep/ Keywords	Nursing, pain, kvalitativ tilnærming, systematisk undersøkelse og meta-analyse
Metode	Studien anvendte et systematisk litteratursøk, hvor alle artikler som møtte inklusjons- og kvalitetskriteriene ble gjennomgått (83). Etter gjennomlesning ble totalt 41 artikler inkludert i studien. Temaene i hver enkelt studie ble hentet ut og satt sammen, hvor funnene deretter ble vurdert.
Resultat/ konklusjon	5 hovedtemaer ble identifisert på tvers av studiene: 1.Kroppen som et hinder, 2.usynlig men ekte, 3.en forstyrret følelse av seg selv, 4.uforutsigbart og 5.å fortsette videre. En rekke konsekvenser knyttes til de ulike temaene som blir aktualiser. Inn under disse inngår en rekke kroppslige-, og mentale konsekvenser. Videre belyser studien ulike faktorer som kan relateres til menneskets oppfattelse av seg selv, og omverden. Ulike former for mestringsstrategier, knyttet til livet med kroniske smerter blir også drøftet.
Relevans	Artikkelen er relevant fordi den viser likheter i opplevelsen kroniske smerter på tvers av ulike personer, og forskjellige kroniske lidelser. Studien har også et stort datautvalg.

5. Litteratormatrise – "The Dominance of Chronic Pain: A Phenomenological Study

Referanse	Ojala T, Häkkinen A, Karppinen J, Sipilä K, Suutama T, Piirainen A. The dominance of chronic pain: a phenomenological study. <i>Musculoskeletal Care</i> . 2014 Sep;12(3):141-9. doi: 10.1002/msc.1066. Epub 2014 Jan 15. PMID: 24425247. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24425247/
Studiens hensikt/mål	Studiens hensikt var å undersøke pasientenes opplevelse, og håndtering av å leve med kroniske smerter.
Nøkkelbegrep/ Keywords	Chronic pain; Phenomenology, dominance
Metode	Det ble gjennomført 34 intervjuer, 21 av pasientene hadde levd med smerter i mer enn fem år. De fleste av pasientene hadde degenerative rygg smerter. De transkriberte intervjuene og analyserte de med Giorgi`s fire-fasede fenomenologiske metode.
Resultat/ konklusjon	<p>Studien indikerer at fenomenet kronisk smerte består av fire essensielle temaer: smerte påvirker hele personen, usynlighet, negativitet, og dominansen av smerter. Denne studien konsentrerer seg hovedsakelig om temaet: Dominansen av smerter. Kroniske smerter kan påvirke pasientenes livskvalitet, i så stor grad, at livet kan bli ansett som ikke verdt å leve.</p> <p>Videre antyder studien at kroniske smerter påvirket deltakernes psykososiale velvære, gjennom å kontrollere tanker, som fører til at livet oppleves som smertefullt. Når livet er fylt med smerte blir hele livet preget av dette. Kontinuitet, uforutsigbarhet og frykten for smerten preget deltakernes liv. Studien viser påvirkningen de kroniske smertene hadde på livet, og videre hvordan livet ble preget. Følgende undertema ble identifisert: Smerte er sjefen, livet er ikke verdt å leve, kontekstualisering av smerte, vente, og håpe.</p>
Relevans	Artikkelen er relevant fordi den belyser påvirkningen kroniske smerter har på personens liv, og hvordan kroniske smerter preger hverdagen.

6. Litteratormatrise – “My life is under control with these medications”: an interpretative phenomenological analysis of managing chronic pain with opioids

Referanse	Ljungvall H, Rhodin A, Wagner S, Zetterberg H, Åsenlöf P. "My life is under control with these medications": an interpretative phenomenological analysis of managing chronic pain with opioids. BMC Musculoskelet Disord. 2020 Jan 31;21(1):61. doi: 10.1186/s12891-020-3055-5. PMID: 32005212; PMCID: PMC6995209. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6995209/
Studiens hensikt/mål	Studiens hensikt var å undersøke pasientenes erfaringer i håndteringen av kroniske smerter med opioider. Utvalget hadde alvorlige smerter, men var i stand til å håndtere smertene tilstrekkelig for å forbli i arbeid.
Nøkkelbegrep/ Keywords	Chronic pain; Interpretative phenomenological analysis; Opioids; Qualitative
Metode	Studien anvendte en kvalitativ forskningsmetode: tolkningsfenomenologisk analyse. Ti individer med kroniske smerter og opioidbehandling, ble målrettet undersøkt. Samtlige individer hadde tilknytning til svensk tertiær omsorg.
Resultat/ konklusjon	Tre overordnede temaer dukket opp fra analysen: uten opioider blir smerten «sjefen»; Opioider som en frelse og forbannelse, og Erkjennelse av smerten og aksept for opioidbehandling muliggjør overgang til et nytt selv. Deltakerne brukte opioider til å gjenvinne kontroll over egne smerter, og dermed gjenvinne sitt ønsket liv og selv, og følelsen av kontroll over sin verdighet. Opioidbruk i smertehåndtering var ikke uproblematisk. Der noen av deltakerne hadde opplevd eskalerende smerte og ukontrollerbar opioidebruk, samt stigmatisering.
Relevans	Artikkelen anses som relevant, da den omfatter pasientens opplevelser av å håndtere deres smertetilstand. Den belyser også møte mellom pasientene og helsevesen, og hvordan dette påvirker deres opplevde livskvalitet.

7. Litteratormatrise – Internalized stigma in people living with chronic pa

Referanse	Waugh OC, Byrne DG, Nicholas MK. Internalized stigma in people living with chronic pain. J Pain. 2014 May;15(5):550.e1-10. doi: 10.1016/j.jpain.2014.02.001. Epub 2014 Feb 15. PMID: 24548852.
Studiens hensikt/mål	Studien hadde som formål å undersøke om personlige erfaringer, forventninger og oppfatninger av negative sosiale reaksjoner tilknyttet deres smerte ble internalisert, og påvirket deres selvbilde.
Nøkkelbegrep/ Keywords	Pain, psychosocial factors, internalized, stigma
Metode	92 deltakere med kroniske smerter svarte på et spørreskjema. Undersøkelsen vektla tilstedeværelsen av internalisert stigma, samt dens tilknytning til psykologiske konsekvenser.
Resultat/ konklusjon	38% av respondentene uttrykte erfaringer til internalisert stigma rundt sin lidelse. Resultatet fra studien viste at internalisert stigma hadde en negativ innvirkning på deltakernes selvtillit og mestringstro. Resultatet forble selv etter kontroll av depresjon blant deltakerne. Internalisert stigma var også forbundet med kognitiv fungering i relasjon til smertene. Dette i sammenheng med katastrofetenkning rundt sine smerter, som videre ga deltakerne følelsen av tapt kontroll rundt smertene.
Relevans	Artikkelen er relevant da stigmatisering og mangel på tillit blir ofte nevnt i forbindelse med kroniske smerter. Det er derfor hensiktsmessig å undersøke hvilke konsekvenser stigmatisering kan ha for pasientenes opplevelse av smerte og livskvalitet.

8. Litteratormatrise – Adaptive coping strategies in patients with chronic pain conditions and their interpretation of disease

Referanse	Büssing A, Ostermann T, Neugebauer EA, Heusser P. Adaptive coping strategies in patients with chronic pain conditions and their interpretation of disease. BMC Public Health. 2010 Aug 20;10:507. doi: 10.1186/1471-2458-10-507. PMID: 20727191; PMCID: PMC2936426. https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-10-507
Studiens hensikt/mål	Studiens hensikt var å undersøke hvilke mestringsstrategier som er relevante for pasienter med kroniske smerter, og hvordan disse påvirket pasientens liv og opplevelse av lidelsen.
Nøkkelbegrep/ Keywords	Life satisfaction, chronic pain, chronic pain condition, adaptive coping, cognitive reappraisal.
Metode	De gjennomførte et kryss seksjonal, anonym studie hvor 579 pasienter med ulike kroniske smertelidelser mottok undersøkelsen.
Resultat/ konklusjon	Sykdommen/lidelsen ble opplevd av de ulike pasientene som en avbrytelse på livet. Pasientene valgte derfor som en konsekvens å støtte seg til ytre kilder (Helsepersonell, annen informasjon, alternativ behandling) og også indre kilder (positive holdninger, bevisste valg). I kontrast var tillit til guddommelige krefter og omvurdering moderat verdsatt. Regresjonsanalysen indikerte at positive holdninger og høyere alder var en signifikant prediktor for pasientens livstilfredshet, dette ble ikke funnet hos noen av de andre mestringsstrategiene. Kognitive revurdering var også av betydelig relevans for positive holdninger til verdi og utfordringer, sammenlignet med de andre mestringsstrategiene.
Relevans	Studien er av relevans fordi den viser hvordan pasienter opplever at kroniske smerter påvirker livet. Den viser også hvilke mestringsstrategier de ulike pasientene bruker, og hvordan disse påvirket deres livstilfredshet.

9. Litteratormatrise – A Narrative Review of the Impact of Disbelief in Chronic Pain

Referanse	Newton BJ, Southall JL, Raphael JH, Ashford RL, LeMarchand K. A narrative review of the impact of disbelief in chronic pain. Pain Manag Nurs. 2013 Sep;14(3):161-71. doi: 10.1016/j.pmn.2010.09.001. Epub 2010 Nov 26. PMID: 23972867. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1524904210001360
Studiens hensikt/mål	Studien hadde som hensikt å utforske sosiale kontekster, hvor deltakere med kroniske smerter opplevde at de ikke fikk medhold/ble trodd i sin smertetilstand. Studien konsentrerer seg i hovedsak om temaene: stigma, følelsen av isolasjon, og følelsen av emosjonelt ubehag.
Nøkkelbegrep / Keywords	Legitimise; Legitimize; Legitimacy; Chronic Pain
Metode	Studien baserer seg på et systematisk litteratursøk. 41 artikler ble ansett som relevant.
Resultat/ konklusjon	Studien hevder at stigma kan forekomme på ulike nivåer, og av ulike grunner. Det kan forekomme i direkte eller indirekte møte med andre; det kan forekomme gjennom de psykologiske forklaringene til smerten; det kan oppfattes som en utfordring direkte knyttet til personens integritet eller som en senere sett effekt av personens identitet; og slik stigma kan bli påvirket av negativ kvinnelige stereotyper.
Relevans	Studien belyser deltakerens opplevelse av stigma, følelse av å ikke bli trodd, og møtt i sine smertetilstander. Den aktualiseres da pasientperspektivet fremheves. Videre diskuterer studien konsekvenser for deltakerens følelser knyttet til stigma, isolasjon, og å ikke bli trodd.

10. Litteratormatrise – Chronic Pain Affects The Whole Person – A Phenomenological Study

Referanse	Ojala T, Häkkinen A, Karppinen J, Sipilä K, Suutama T, Piirainen A. Chronic pain affects the whole person--a phenomenological study. <i>Disabil Rehabil.</i> 2015;37(4):363-71. doi: 10.3109/09638288.2014.923522. Epub 2014 May 23. PMID: 24856637. https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.3109/09638288.2014.923522?needAccess=true
Studiens hensikt/mål	Hensikten med denne studien var å kartlegge deltakerens perspektiver av kroniske smerter psykososiale effekter.
Nøkkelbegrer/ Keywords	Chronic pain; psychosocial; quality of life.
Metode	Studien baserer seg på en kvalitativ forskningsmetode, hvor 34 deltakere ble intervjuet. Intervjuene ble transkribert for så å bli analysert av <i>Giorgi's four-phase phenomenological method</i> . Studien inkluderer 19 kvinnelige deltakere, og 15 mannlige. Gjennomsnittsalderen var for deltakerne var 48år.
Resultat/ konklusjon	Studien indikerer at fenomenet kronisk smerte består av fire essensielle temaer: smerte påvirker hele personen, usynlighet, negativitet, og dominans av smerter. Denne studien konsentrerer seg hovedsakelig om et av temaene; «Kroniske smerter påvirker hele menneske», hvor det i intervjuene ble funnet åtte undertemaer. De sterkeste argumentene fra deltakerne var ikke de fysiske smertene i seg selv, men de psykososiale konsekvensene av lidelsen. Her utdypes <i>ensomhet, nød, mistet identitet, og lav livskvalitet</i> som deres hovedutfordringer.
Relevans	Studien anses som relevant da den kartlegger deltakernes subjektive opplevelse rundt de psykososiale konsekvensene av kroniske smerter. Noe som videre belyser pasientenes opplevde livskvalitet.

Søkehistorikk

PubMed

Søk	Dato	Søkeord Kombinasjoner med (AND / OR) Avgrensninger	Antall treff	Leste artikler	Artikler inkludert	Artikkeltittel
1		Chronic pain and patient perspective and 2012->	4811	10	0	
2		((patient perspective) AND (chronic pain)) AND (norway)	33	3	1	The impact of chronic pain-European patients' perspective over 12 months
3		((chronic pain) AND (meta)) AND (qualitative) AND (experience)	49	3	1	Qualitative meta-synthesis: the experience of chronic pain across conditions
4		((patient-centered) AND (chronic pain)) AND (measure) AND (impact)	46	5	1	Patients First: Toward a Patient-Centered Instrument to Measure Impact of Chronic Pain
5		((chronic pain[Title]) AND (patient experience)) AND (living with) AND (impact)	30	4	1	Living with chronic pain: Patients' experiences with healthcare services in Norway
6	12.01.22	((chronic pain[Title]) AND (patient perspective)) AND (living with) AND (trust)	7	3	2	You Present like a Drug Addict: Patient and Clinician Perspectives on Trust and Trustworthiness in Chronic Pain Management

7	12.01.22	((chronic pain[Title]) AND (patient perspective)) AND (living with) AND (trust)	7	3	2	"My life is under control with these medications": an interpretative phenomenological analysis of managing chronic pain with opioids
8	12.01.22	((chronic pain[Title]) AND (patient experience)) AND (living with) AND (Affect)	20	5	1	The Dominance of Chronic pain: A Phenomenological Study
9	13.01.22	((chronic pain[Title]) AND (patient experience)) AND (living with) AND (((impact) OR (trust)) OR (affect)) OR (influence) OR (consequences))	8	3	1	Adaptive coping strategies in patients with chronic pain conditions and their interpretation of disease
10	14.01.22	((chronic pain[Title] AND (y_10[Filter])) AND (experience AND (y_10[Filter]))) AND (living with AND (y_10[Filter])) AND (impact AND (y_10[Filter]))	57			A Narrative Review of the Impact of Disbelief in Chronic Pain
11	29.04.22	((chronic pain[Title] AND (y_10[Filter])) AND (quality of life AND (y_10[Filter]))) AND (patient perspective AND (y_10[Filter])) AND (affect AND (y_10[Filter]))	17	4		Patients' Perception of Chronic-Pain-Related Patient-Provider Communication in Relation to Sociodemographic and Pain-Related Variables: A Cross-Sectional Nationwide Study

12	29.04.22	((chronic pain[Title] AND (y_10[Filter])) AND (quality of life AND (y_10[Filter]))) AND (patient perspective AND (y_10[Filter])) AND (affect AND (y_10[Filter]))	17	4		Chronic pain affects the whole person – a phenomenological study
----	----------	--	----	---	--	--

