

UNIVERSITETET I
NORDLAND

Emnekode: SY 180H 000

Emnenavn: Bachelor i sykepleie

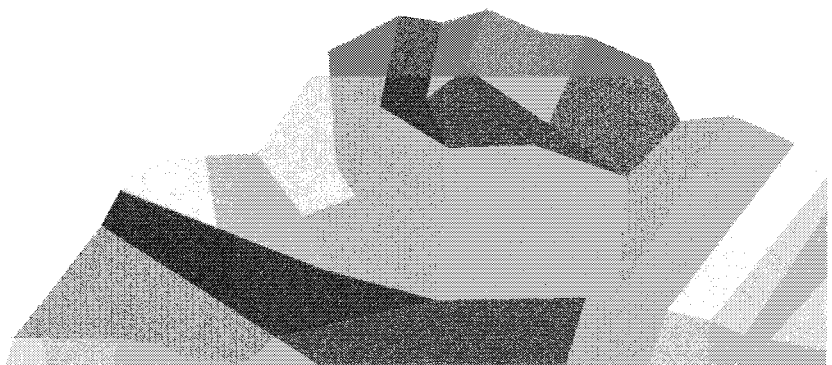
Kandidatnummer: 12

Oppgavens tittel: Tema: Kroniske smerter og livskvalitet

Dato: 26.10.2012 Kl.14.00

[Antonsen, Elin Alice]

www.uin.no



Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse.....	1
1.0 INNLEDNING.....	3
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	4
1.2 Problemstilling.....	4
1.3 Avgrensing.....	4
1.4 Oppgavens formål.....	5
1.5 Oppgavens oppbygging.....	5
2.0 METODE.....	6
2.1 Metodevalg.....	6
2.2 Forberedelse og gjennomføring av intervju.....	7
2.3 Analyse av intervjuet.....	8
2.4 Søk og valg av litteratur.....	8
2.5 Metodekritikk.....	8
3.0 TEORI.....	9
3.1 Smerter.....	10
3.1.1 Systemet for akutte og kroniske smerter.....	10
3.1.2 Definisjon av kroniske smerter.....	11
3.2 Fysisk aktivitet og smerter.....	11
3.3 Omsorg.....	12
3.4 Håp hos kronisk syke.....	14
3.5 Livskvalitet.....	16
3.6 Mestring.....	17

4.0 DRØFTING.....	19
4.1 Omsorg og bry seg om.....	19
4.2 Å holde kroppen i gang.....	22
4.3 Livskvalitet betyr så masse.....	25
5.0 OPPSUMMERING.....	28
6.0 LITTERATURLISTE.....	29

VEDLEGG:

Vedlegg 1. Tillatelse til innhenting av data

Vedlegg 2. Intervjuguide

Vedlegg 3. Søknadsbrev til informant

Vedlegg: Registreringsskjema for Bacheloroppgave i sykepleie

1.0 INNLEDNING

Denne bacheloroppgaven er utarbeidet i 8. semester høsten- 2012. Den har utgangspunkt i temaet kroniske smerter og livskvalitet. Dette er et tema som er aktuelt i arbeidet som sykepleier, og et tema som jeg ønsker å lære mer om. Jeg har gjennom jobben min som helsesekretær og senere som sykepleiestudent i praktiske studier møtt mennesker som lider av kroniske smerter. For at sykepleiere skal kunne bidra til økt livskvalitet, må vi ha kunnskap om temaet og være pasientens støttespiller i dagliglivets utfordringer. Jeg ønsker å få en bredere forståelse av temaet, og få frem hvor viktig det er med støtte til pasienter som lever med kroniske smerter.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Min bakgrunn for valg av tema er at jeg har gjennom jobben min på legekantor sett mange pasienter som lider av kroniske smerter. Flere av dem uttrykker at de ikke får hjelp, ikke blir trodd, og er frustrerte over sin situasjon. Mange av dem er oppgitte over at de føler de ikke får hjelp, og blir opplevd som "sytete". Jeg ønsker å få en bedre forståelse av temaet, slik at jeg kan få kunnskap og innsikt i hvordan jeg kan hjelpe pasienten. Jeg opplever mange ganger at pasienten "tømmer" sin frustrasjon på annet helsepersonell enn legene.

Norge har en høy forekomst av kroniske smerter. Sammenlignet med 15 andre land, ligger Norge på toppen. Kroniske smerter er årsaken til at mange mottar trygdeytelser sammenlignet med andre OECD-land (Folkehelseinstituttet 2010). Kroniske smerter er mangelfullt kartlagt i Norge (Folkehelseinstituttet 2011).

I denne oppgaven har jeg valgt å fokusere på kroniske smerter, og har intervjuet en smertesykepleier på en smerteklinikk som jobber med dette temaet.

1.2 Problemstilling

Tema: Kroniske smerter og livskvalitet.

Problemstilling: *"Hvordan kan sykepleiere hjelpe pasienten å mestre sine smerter slik at de får en god livskvalitet?"*

1.3 Avgrensning

I problemstillingen og i oppgaven har jeg valgt å bruke begrepet kroniske smerter. Det er mange årsaker til kroniske smerter, men jeg vil sette fokus på ikke-maligne sykdommer. Kroniske smerter rammer kvinner i langt høyere grad enn menn (Folkehelseinstituttet 2010), men jeg vil skrive om begge kjønn. Jeg ønsker å skrive om det å ha og leve med kroniske smerter, og hva sykepleier kan bidra med for at pasienten kan oppnå best mulig livskvalitet ut fra der hvor pasienten er. Årsaken til smertene blir her uvesentlig, da livskvalitet, mestring, fysisk aktivitet og omsorg fra sykepleier vil være temaene i denne oppgaven. En norsk studie viser at livskvaliteten er bedre hos eldre enn hos yngre, til tross for at det er flere eldre med kroniske smerter (Bell et al. 2008).

1.4 Oppgavens formål

Mitt formål med denne oppgaven er å få økt innsikt og kunnskap om hvordan pasientens livskvalitet blir påvirket av kroniske smerter. Jeg ønsker å få en dypere og bredere forståelse av hvordan sykepleiere kan gi støtte, og hva det innebærer som omsorgsperson. Jeg ønsker å få bedre innsikt i hvilket ansvar dette gir oss overfor pasientene våre, samt hvordan dette påvirker arbeidet vårt.

1.5 Oppgavens oppbygging

Bacheloroppgaven min har innledning, metodedel, teoridel og en drøftingsdel. I innledningen skriver jeg om bakgrunn for valg av tema, problemstilling, avgrensing og oppgavens formål. I oppgaven skriver jeg om begrepet metode, og hvilken metode jeg har valgt. Videre har jeg skrevet om intervjuet, hvem jeg har brukt, forberedelse og gjennomføring av dette. I teoridelen har jeg skrevet om smerte, fysisk aktivitet, omsorg, håp hos kronisk syke og livskvalitet. Etter teoridelen har jeg en drøftingsdel hvor jeg har brukt informantens opplevelse og erfaring fra praksis, teori, forskning og egne erfaringer for å belyse min problemstilling. Informanten min er en smertesykepleier.

2.0 METODE

Metode sier hvordan vi kan gå frem for å skaffe kunnskap, eller etterprøve kunnskapen. Dalland trekker frem Vilhelm Aubert som har følgende definisjon på metode:

En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme fram til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder (Dalland 2007:81).

Kvalitativ metode har til hensikt å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle. Den kvalitative tilnærming går i dybden og har som formål å få frem sammenheng og helhet. Den tar sikte på å formidle forståelse (Dalland 2007).

Kvantitativ tilnærming er strukturert og systematisk. Den går i bredden og tar sikte på å formidle forklaringer. Ved bruk av kvantitativ metode kan informasjon formes til målbare enheter. Dette muliggjør statistiske beregninger. Forskjellene på disse to metodene er først og fremst knyttet til måten dataen er samlet på (libid).

2.1 Metodevalg

I min oppgave har jeg valgt å benytte meg av kvalitativ metode. Jeg vil bruke intervju ved innsamling av data. Grunnen til at jeg har valgt intervju som metode, er at jeg ønsker å belyse min informants syn på problemstillingen. Jeg skal intervju en smertesykepleier. Målet med det kvalitative forskningsintervjuet er å belyse min informants opplevelse og erfaring fra praksis. Dette kan gi meg ny innsikt og gi meg ny kunnskap som belyser mitt tema. Formålet med det kvalitative intervjuet er å få forståelse og kunnskap gjennom andres erfaring og opplevelse, her gjennom min informant. Jeg ønsker å få belyst min problemstilling som kan gi meg mer forståelse og kunnskap om kroniske smertepasienter.

2.2 Forberedelse og gjennomføring av intervju

Veileder godkjente tillatelse til innhenting av data (vedlegg 1), intervjuguide (vedlegg 2) og min søknad til informant om å få et intervju (vedlegg 3). Jeg forklarte i min søknad til informanten at all informasjon ble slettet etter avsluttet oppgave, at det var taushetsbelagt, og at all informasjon om navn ble anonymisert. Dette for at ingenting skulle kunne spores tilbake til henne. Jeg fikk samtykke fra informanten om å delta i intervju, og hun fikk tilsendt intervjuguiden i god tid.

Intervjuet ble holdt på en smerteklinikk, og det ble brukt diktafon. Jeg ble informert om at informanten ble litt forsinket, og satt på et venterom til hun kom og hentet meg. Vi hadde en uformell samtale rundt problemstillingen før intervjuet startet. Det var ingen avbrytelser, det var god stemning og vi hadde en fin dialog. Det virket som hun var godt forberedt, og hun hadde laget seg notater i forkant.. Hun var blid, konsentrert, oppmerksom og veldig interessert. Hun var også kjempeglad for at noen skulle skrive om pasienter med kroniske smerter.

Intervjuet ble avsluttet innen avtalt tidsramme, diktafonen ble avslått og det ble naturlig at vi snakket litt i etterkant av intervjuet. Jeg takket for en fin samtale og vi var enige om at jeg satt igjen med større innsikt og et klarere perspektiv angående min problemstilling. De erfaringene fra informanten jeg fikk gjennom intervjuet tas med i drøftingsdelen.

2.3 Analyse av intervjuet

Gjennom informanten fikk jeg vite at hovedbasisen hun jobber med er motivasjon og mestring. Ofte gjøres det ikke noe med smerten, men det jobbes med hvordan forhold pasienten har til smertene. Motivasjonen er varierende, men mye beror på lite informasjon eller forståelse for temaet. Lite kunnskap om smertebehandling i helsevesenet generelt, og pasienten blir gitt opp, på feil tidspunkt. Dette henger også sammen med forventinger i samfunnet. Medikamentavhengighet er også en problematikk. Langvarige problemstillinger synes å være nedprioritert, og det er mest fokus på det akutte, og lite ressurser. Det trengs både veiledning, informasjon og kommunikasjon på tvers av nivå og profesjoner. Pasienten føler seg ikke forstått, blir ikke trodd, og har lite tilbud. De sendes til mange utredninger uten formål, nesten for at helsevesenet skal "slippe unna". Det er liten oppfølging og forståelse. Det må tenkes helhetlig og bredere, ikke bare isolert på smerten. En samtalepartner er viktig, og dette med å ta med familien i samtalen for at de skal få en bedre forståelse. Legge til rette for jobb, nok søvn og finne tilbake til håp og tro på motivasjon, og troen på seg selv. Alle disse tingene bidrar til økt livskvalitet (informant).

2.4 Søk og valg av litteratur

Jeg har søkt etter forskningslitteratur på internett. Søkemotoren jeg brukte var Google. Jeg har lett flere plasser, men endte opp med en interessant artikkel i Sykepleien Forskning. Søkte så videre etter artikler om "livskvalitet og kroniske smerter", "smerter og omsorg", og fant da ganske mange. Etter å ha sett gjennom det jeg hadde funnet var det en som skilte seg ut, og denne har jeg brukt i oppgaven.

2.5 Metodekritikk

Etter å ha gjennomført intervjuet ser jeg at metoden fungerte bra, og at intervjuet hadde vært et nyttig redskap for å besvare problemstillingen min. Informanten hadde lang erfaring, og jeg fikk god innsikt i problemstillingen. Når det gjelder litteratur anser jeg dette for å være pålitelige kilder, da det er litteratur som er i pensum.

3.0 TEORI

I teoridelen har jeg valgt å skrive om hva smerter er, og betydningen av dette. Jeg har valgt å skrive om livskvalitet, mestring, håp, omsorg og fysisk aktivitet.

Jeg ønsker å sette fokus på en forskningsartikkel om oppmerksomt nærvær (ON), som jeg syntes er kjempeviktig for alle personer som jobber i omsorgsyirket. Originaltittel er: Mindfulness – det oppmerksomme nærvær. Evnen til å være tilstede er i sykepleiefaget er kjerneelement. Målet med forskningen er å utforske hvordan fenomenet nærvær oppleves av sykepleiere som utøver yrket, og hvordan denne treningen kan påvirke deres opplevelse. Treningen er i form av Mindfulness-Based Stress-Reduction (MBSR). ON fører til en opplevelse av nærvær som indikerer en utvikling av kompetanse i retning av Rosmarie Rizzo Parses teoretiske beskrivelse av "true presence" og Kari Martinsens begrep om å se med hjertets øyne. Dette kan innebære en forbedring av den faglige kompetansen til sykepleiere (Sandvik, 2011).

3.1 Smerter

Smerte er en følelse som oppstår *av noe*, eller en smerte *om noe*. Den betraktes som en vond opplevelse, og er både en emosjonell og en fysisk respons på en aktuell hendelse. Smerte er en alarmmekanisme, og får oss til å trekke tilbake fra det som kan skade oss. Betydningen av dette er kanskje mest synlig hvor pasienter er skadet, og som resultat pådrar seg skader eller sår (Aambø 2007).

The Internasjon Association for the Study of Pain (IASP) har en definisjon som åpner for mer. Fra barndom har vi brukt ordet "smerte". Erfaringene knyttes ofte til vevsskade, men mange gir uttrykk for smerte selv om det ikke er kommet skade eller man er påviselig syke. Smertebegrepet gir også rom for opplevelser som faller naturlig å beskrive som ødeleggende. Vår forestilling om at det må være en forbindelse mellom vevsskade og smerter løses derved opp. Dette utfordrer tanken om at pasienter innbiller seg smerte, og er forskjellig fra smerten som oppleves ved "virkelig sykdom eller skade" (libid).

Mennesker som ikke er inkludert i sosiale sammenhenger og i samfunnet, kan oppleve smertefull lidelse, en smerte som er eksistensiell. Forskere viser at det er sammenheng mellom smerte og sosial utestenging, da de samme nevrobiologiske smertemekanismene aktiveres som ved vevsødeleggelse. Grunnlaget for subjektiv smerte er den samme enten det er fysisk eller sosiale påkjenninger. Smerten oppleves like reel om den er ”sosial” eller ”fysisk”. Vår emosjonelle tilstand påvirker smerte. Den påvirkes av vårt savn, fortvilelse, tristhet og sorg, alle våre erfaringer fra tidligere, av hele biografien vår. Den handler om hvem vi er, hvem vi ønsker å være, og ikke bare om de påkjenninger vi utsettes for. Den er knyttet til vår identitet (libid).

Smerte er et dypt personlig anliggende. Og en erfaring for den enkelte som er unik. Andre berøres også av vår smerte. Vi føler trang til å hjelpe, gripe inn. Det ligger i vår natur å bli deltakende i vedkommendes smerte. Et resultat for å beskytte oss selv mot smerten som andre vekker i oss, er at vi tar avstand. Dette gjelder ikke bare fra smerten, men også fra den smerterammede. For den som opplever å bli avvist eller neglisjert, kan dette være en opplevelse som er smertefull. Det er mange som ikke deler sin smerteopplevelse med andre, heller ikke med sine nærmeste. Dette for å unngå at smerten skal forverres i møte med andre mennesker. Hvordan det snakkes om smerte og smerteopplevelse i nære omgivelser, kan være avgjørende om den rammede forteller om sin smerte eller ikke. Det blir av ekstra stor betydning hvordan vi selv forholder oss til våre smerter når andres støtte uteblir. Pasienter med smerter som hovedproblem blir ofte ansett som vanskelige og utfordrer vår tradisjonelle helse- og sykdomsforståelse. (Aambø 2007). Smertene kan være vanskelig å beskrive, noe som gjør de vanskelig for andre å forstå hvor ille smertene er for den enkelte. Leger, sykepleiere og terapeuter trodde at smertesystemet i kroppen var enkelt, men nå vet vi at opplevelsen av smerte kan være mer komplisert (Carus et al., 2011).

3.1.1 Systemet for akutte og kroniske smerter

Hensikten med det akutte systemet er å beskytte kroppen vår mot fare eller skade. Impulser fra det skadde området sendes via smertenervene til ryggmargen og til hjernens smertesenter. Denne overlevelsesmekanismen skal beskytte kroppen vår. Nervene sender svært raske meldinger til det skadde området, og kroppen reagerer umiddelbart. Disse nervene kalles ”A-nervene” (akutt, hurtigvirkende smertesystem).

Det kroniske smertesystemet fungerer annerledes. Impulser sendes til hjernens smertesystem via nervefibre av en annen type – ”K-nervene” (kronisk nervesystem). Nervene sender impulser svært langsomt og flere ganger til hjernens smertesenter. Hjernen tolker dette som et tegn på at smerten er der fortsatt, og at skaden ikke er leget eller løst. K-nervene utvikler en hukommelse som gjør at smerteopplevelsen blir husket. De fortsetter å sende signaler i måneder og år, selv etter at skaden er leget. Det er som om nervefibrene er et lyskryss, står fast på rødt, og aldri blir grønt (libid)

3.1.2 Definisjon av kroniske smerter

Definisjon på kroniske smerter er smerter som har hatt en varighet i minst tre måneder, uten håp om at den blir borte av seg selv. For noen er det ikke spørsmål om måneder, men år. Noen kan ha smerter gjennom hele livet. Smertene kan noen ganger ha helt klare årsaker, mens andre ganger kan det være et ”mysterium” som ikke kan løses. Man møter mennesker med kroniske smerter overalt i helsevesenet. I psykiatriske sammenhenger, i sykehusenes akuttavdelinger og i hjemmebaserte tjenester. Det er ofte sykepleieren som ser disse pasientene over tid, og også de som ser eventuell utvikling i tilstanden. Til å vurdere effekten av tiltak eller behandling er sykepleieren den som er nærmest. Kunnskap om kroniske smerter og hvilke følger den kan få for pasienten er viktig (Almås 2008).

3.2 Fysisk aktivitet og smerter

Årsaksforholdene er kompliserte og sammensatte ved kroniske smerter, og kan ikke forklares ut fra en kroppslig sykdom alene. Kontrollerte forsøk har vist at smerteopplevelse er redusert under og etter fysisk aktivitet. Smerteterskelen ser ut til å bli hevet. Forskere har funnet ut at effekten av fysisk trening tilsvarer virkning av 10 mg Morfin intravenøst. En sannsynlig årsak på dette er at kroppens egenproduksjon av det morfinlignende stoffet endorfiner, stimuleres ved fysisk aktivitet. Mens man trener starter den smertestillende effekten, og varer om lag en time etter avsluttet trening. Det ser ut til at virkningen er størst under og etter intens kondisjonstrening. Fysisk aktivitet kan i noen grad føre til reduserte smerter og bedret funksjonsevne (Martinsen 2011).

For personer med kroniske smerter har fysisk aktivitet stor betydning i forbindelse med behandling og rehabilitering. Den har tre hovedeffekter som kan gi:

1. Den rent smertestillende effekten.
2. Forbedret prestasjonsevne, humøret blir bedre, bedre nattesøvn (uthvilt og harmonisk) og redusert følsomhet for ”stress”.
3. Effekt som er positiv for sykdom relatert til levevaner, da dette som oftest er personer som er inaktive.

Det bør drives regelmessig og kontinuerlig fysisk aktivitet, noe som gir direkte og indirekte smertelindring. Valg av aktivitetstype vil avhenge av den fysiske prestasjonsevnen og av den underliggende smertetilstanden. Nøyaktig forbindelse mellom langvarige smerter og fysisk aktivitet er ennå ikke fullstendig kjent (Helsedirektoratet 2008).

Økt fysisk aktivitet er en avgjørende faktor for å forbedre prognosen hos pasienter med kroniske smerter. De får ofte lav fysisk kapasitet og lav livskvalitet, og risiko for sosial isolasjon. Uro og manglende kunnskap om hva smertene skyldes og aktivitetsindisert smerte, fører som oftest til et redusert aktivitetsnivå. Det at man venter at smertene skal bli verre, prognosen dårlig (katastrofetenkning), forverrer prognosen. Personer med kroniske smerter er ofte nedstemt, eller noen ganger depressive. Dette gjør hverdagen enda vanskeligere. Fysisk aktivitet har flere effekter – andre enn smertestillende – sinnsstemningen påvirkes positivt, sosial isolasjon brytes, og den funksjonelle kapasitet og generelle aktivitetsnivå øker. Kroppsoppfatningen bedres, selvbildet forsterkes av at pasienten føler seg som et friskt individ. Effekten gir økt mulighet for å kunne håndtere og leve med smerter. Som følge av smerte kan man få sekundære muskelspenninger. Disse kan reduseres ved bevegelsestrening og økt fysisk aktivitet (Libid).

3.3 Omsorg

Begrepet ”omsorg” forstår vi ved å bekymre seg for eller bry seg om noen. En grunnleggende verdi både i sykepleien og innen andre helsefag er omsorgen for andre. Først og fremst kan begrepet knyttes til det å sørge godt for nonen andre som har behov for støtte og hjelp, dette i helsefaglig sammenheng. Ordet *care* brukes på engelsk og betyr barmhjertighet eller nestekjærlighet. Et viktig aspekt ved omsorgstanken som er viktig, er å hjelpe den andre til egenomsorg. Dette kan være å hjelpe pasienten med å øke evnen til tilpasning, ivareta egne

behov og bedre helse og livskvalitet. Det er viktig at vi ikke krenker den andres selvbestemmelse og integritet når vi skal ta ansvar og yte hjelp til de som trenger det. Det går et hårfint skille mellom å ta ansvar **fra**, og ta ansvar **for** en person (Eide&Eide 2007).

I alle faglige handlinger, enten det er informasjon til engstelige pårørende eller en injeksjon som gir smerte, er det holdningene til sykepleieren og den uttrykte omtanken for den syke som er avgjørende. Prosedyrer må utøves med omtanke og varsomhet for pasienten som person. Informasjon må gis med ro og vennlighet, og i en oppmerksom tone. Kommunikasjon samtidig som handlinger utføres kjennetegner en god klinisk sykepleier. Man skal være varsom og beroligende når det gjennomføres prosedyrer, spesielt når den er smertefull eller pasienten er engstelig. Omsorgen for sykepleiere ligger i at en er forpliktet til å gjøre det som er best for pasienten, dette ut fra et observant blick og en faglig kyndighet. Det å *bry seg om* en syk, er forbundet med den etiske kvaliteten av ens tilstedeværelse. Det innebærer å vise hensynsfullhet og omtanke i ulike faser og sammenhenger av lidelse og sykdom. Væremåte og intensjon er viktig, og omsorg må gis med ivaretagelse av kropp og sjel. Trøst kan ligge i ordløs medfølelse. Ønsket om å hjelpe andre har motivert all hospiteringsvirksomhet gjennom tidene. Framtidens sykepleie må utvikle nye hjelpemetoder og kliniske kunnskaper for å bli en bedre hjelper (Almås 2008).

Patricia Benner og Judith Wrubel er to amerikanske sykepleiere som i følge forfatterne Kristoffersen, Nortvedt og Skaug (2008) sier at omsorg er en grunnleggende og nødvendig del av sykepleien. De har et fenomenologisk menneskesyn, som vil si at som menneske vil vi stå i et nært samspill med våre omgivelser. Vår måte å være i verden på kjennetegnes ved at vi *bryr oss om* noen eller noe utenfor oss selv. Å bry seg om noe eller noen betegnes som et grunnleggende trekk ved menneskets natur. Dette vil si at når du skal tenke på pasientens situasjon, må det legges vekt på pasientens egen opplevelse når det skal planlegges pleie. Det er ikke sykdommen i seg selv ("disease") som er basis for sykepleien, det er pasientens egen sykdomsopplevelse ("illness") som er basisen for god pleie (Kristoffersen, Nortvedt, og Skaug 2008)

Benner og Wrubel benytter ordet *velvære* når de skal beskrive sykepleiens mål. Helse gis på denne måten et subjektivt meningsinnhold. Velvære har særlig relevans for mennesker som er varig hjelpetrequende og avhengige. Som fenomen inneholder velvære også komponenter av sosial og psykologisk art. Hva det konkret vil innebære og fremme pasientens opplevelse av velvære, er avhengig av utfordringer og situasjonen som ligger i pasientens tilstand.

For å finne frem til hva som er viktig for pasienten, må sykepleieren bli kjent med pasienten som person. (libid).

For at pasienten skal motta sykepleie som skal være effektiv, må den oppleves som meningsfull. Lidelsen vil øke og behandlingen blir mindre effektiv hvis den ikke samsvarer med pasientens forståelse av sin sykdom. Dette kan oppleves som en truende og stressende situasjon. Hele vår eksistens blir involvert ved helsesvikt. Først og fremst kroppslige plager, men hele personen involveres: Psykiske, sosiale og eksistensielle sider blir alle påvirket. Verdier, familie, interesser og venner. Mye kan bli truet, og vi kan oppleve stress. Det er viktig at man kan settes seg ned, vise at en har tid, og formidle at man viser interesse for mennesket. Pasienten kan da føle seg sett og verdsatt, noe som kan føre til at han åpner seg. Vår tilnærming spiller en stor rolle i samhandling og kommunikasjon med pasienten. Innlevelse og kreativitet er viktig for å finne alternativer for pasienten (libid).

3.4 Håp hos kronisk syke

Interessen for fenomenet håp har vært økende i de siste årene. Mennesker kan oppleve tap av selvfølelse, tap av kontroll og sikkerhet, tap av roller og sosiale relasjoner. På grunn av alle disse tapene vil den kroniske syke kunne oppleve håpløshet. Da vil håpet bli et sentralt anliggende, og er knyttet til fremtiden. Fra ett menneske til ett annet kan kilden til håp være forskjellig (Gjengedal og Hanestad 2008).

Eksisterende forskning til håp hos mennesker med kroniske sykdom konkluderer ofte med at til tross for sykdommen, gir pasienten et sterkt uttrykk for håp. Sykepleierens viktige rolle for å hjelpe pasienten til å beholde håpet gjennom lidelse og sykdom er viktig. Både tilstedeværelse ved rehabilitering og behandling, samt deres fagkunnskaper er av betydning for at mennesket skal opprettholde håpet, på tross av sykdom (libid).

Hvordan håpet bør defineres er det ikke noen enighet om. Det hevdes at det kan deles i to ulike sfærer; universelt og spesifisert håp. **Universelt håp** er en generell tro på fremtiden. Den beskytter oss mot vår fortvilelse og verner oss ved å kaste et positivt lys over livet vårt. **Spesifisert håp** er knyttet til et bestemt objekt, vet at det håpes på noe bestemt, for eksempel at en behandling skal lykkes. Er det spesifiserte håpet truet, kan det universelle håpet kunne redde denne personen slik at han ikke gir opp. Begge tapene av håp vil kunne ramme de som har kronisk lidelse (libid).

Håpets tilstedeværelse farger vår opplevelse av livet. Det kan gi oss glede, og dette kan igjen føre til vitalitet og energi. I håpet ligger både styrke og aktivitet. Hvis livet skal oppleves godt å leve, trengs det håp. Til mestring av kronisk sykdom knyttes det håp. Man vil lettere mestre situasjoner og hendelser i livet med håp. Håp hevdes å være et flerdimensjonalt fenomen. Medisinsk statistikk og generell informasjon kan frata håpet hos folk, noe de gir uttrykk for at de *må* ha (Rustøen 2009).

Tilknytning forbinder fortid med nåtid, mens begrepet "håp" forbinder nåtid med fremtid. Håp innebærer forventninger som er positive på kort eller lang sikt. Dette innebærer ikke nødvendigvis løsning på et problem, men at man har tillit til fremtiden, og at den vil ha noe ved seg som kan oppleves meningsfylt. Håp kan knyttes til ulike metaforer – finne veien frem, se lys i tunnelen, gå seirende ut av kamp og å overvinne bøygen. Mestring, mål og optimisme er tre viktige faktorer ved håpet (Eide&Eide 2007).

Håpet lager et fundament så livsprosessen kan mestres, og er utgangspunkt for hvilke avgjørelser vi tar, og hvordan vi handler. Det blir meningsløst å foreta seg noe som helst uten håp, og er helt nødvendig for handling. Håpet er et avgjørende element for å gjøre livet mer levende, fornuftig og våkent. Det gir styrke og krefter til handling. Er man truet av sykdom og lidelse kreves det mot. Man må kjempe for mestring eller bedring av den nye situasjonen for at man ikke skal gi opp, og mot og styrke må mobiliseres. Mangen kan ha store smerter, men arbeider mot mål i fremtiden allikevel (Rustøen 2009).

I perioder av livet kan alle oppleve å tape håpet. Fremtiden blir usikker medført av ulike typer sykdommer. Håp er en viktig faktor for all omsorg og pleie, da håpet er knyttet til fremtiden. Sykepleierens hensikt blir her å hjelpe individet, samfunnet eller familien med mestring og forebygging av opplevelse knyttet til lidelse og sykdom, og om nødvendig assistere den syke og familien til å finne mening i opplevelsene. Man må hjelpe til å opprettholde håpet og unngå at det oppleves håpløshet. Det kreves kunnskap av sykepleieren om hva håp er, og hva som kan virke svekkende og styrkende. Dette er viktig for at pasienten skal fatte styrket og nytt håp. I og med at håpet er et indre anliggende, må en lete det frem i seg selv. Det er mange forhold som påvirker håpet. Omgivelsene til pasienten, holdninger og atmosfæren rundt en. En viktig del av miljøet utgjøres av sykepleieren, og dens væremåte får stor betydning for opplevelse av håp hos den enkelte. Med sin væremåte kan og bør sykepleieren utstråle ekte håp (libid).

Er pleieren lite empatisk og uinteressert, kan pasientens situasjon oppfattes håpløs og ikke verdt innsats videre. Er hun derimot medfølelse og engasjert, kan det smitte over på andre. Dette kan aktivisere håp og gi nye krefter. Slik kan sykepleierens tilstedeværelse være en viktig rolle både for pårørende og pasientens håp. Ved å muntre pasienten til bruk av egne ressurser, kan dette fremkalle og styrke håpet. Man kan trene opp sine ferdigheter og oppleve mestring og kan leve med begrensningene som sykdommen medfører (libid).

3.5 Livskvalitet

Livets kvalitet har vi alltid vært opptatt av, men livskvalitet er et relativt nytt begrep. I 1920 var Pigou den første som nevnte begrepet i en bok om velferd og økonomi. Innenfor velferdsfagene på 1900-tallet ble livskvalitet et forskningsfelt. I dag er livskvalitet i fokus i mange fagfelt, og alle fagfeltene har sine perspektiv. Innenfor medisin og helsefag har det i løpet av de siste ti årene utviklet seg en økende interesse for livskvalitetsforskning (Rustøen 2009).

Livskvalitet har fått økende fokus som forskningsfelt og i det kliniske feltet av ulike årsaker. For det første er det flere som lider av kroniske plager og kronisk sykdom, og større andel eldre i samfunnet. Et godt liv er nødvendigvis ikke et langt liv, og det å leve med kroniske plager kan medføre begrensninger i livsutfoldelse og funksjonssvikt. Videre er det flere likeverdige og mulige behandlingsformer i dagens helsetjeneste. Et spørsmål som da blir veldig sentralt, er hvilken behandlingsform i forhold til å ivareta livskvaliteten er best. Behandlingsfilosofien i dag er mer opptatt av å behandle og forstå sykdom i et perspektiv som er bredere, hvor det også settes fokus på livskvalitet. Det er vanskelig å konkretisere begrepet livskvalitet, da det er komplekst. Å relatere det til det gode liv er en enkel måte å forstå begrepet på. Det finnes ingen generell fasit på hva det gode liv er (libid).

Man kan betrakte og forstå livskvalitetsbegrepet på ulike nivå. En måte er å skille mellom tre ulike nivåer. Nivå en er et globalt nivå, der søkelyset rettes mot den totale tilfredshet mennesket har i livet. Nivå to viser til ulike områder eller domener i livskvalitet. Livskvalitet sies å være et flerdimensjonalt begrep, og kan være et psykologisk, et fysisk, et åndelig, et økonomisk og et sosialt domene. Hvor utilfreds eller tilfreds hver og en er med livet innen disse domenene, vil si noe om livskvaliteten. Nivå tre er mer spesifisert, da det inneholder komponenter innenfor hvert av domenene i nivå to. Det blir på en måte spesifisering av for

eksempel hva det økonomiske eller det psykiske domene rommer. Til sammen utgjør disse tre nivåene definisjonen av livskvalitet (libid).

Psykologen Siri Næss vektlegger at livskvalitetbegrepet er knyttet til det enkelte individ, til subjektiv opplevelse, og ikke til materielle ting eller samfunnet. En person har høy livskvalitet og har det godt i den grad personen er aktiv, har selvfølelse, har en grunnstemning av glede, og har samhørighet. Ingen av disse momentene skal vektlegges mer enn andre, og alle utgjør til sammen livskvalitet. Næss bruker ordene ”å ha det godt” og livskvalitet om hverandre. Som psykolog legger hun vekt på opplevelse som er følelsesmessige. Det å være tilfreds i livet knyttes nært til det ”å ha det godt”. Næss vektlegger at det er verdifullt å tilhøre noen eller noe, og at en kan føle seg som en del av en gruppe (Rustøen 2009).

WHO utviklet i 1995 en definisjon av livskvalitet, og det sier litt om hvilken betydning dette har internasjonalt. Ekspertene fra WHO tok utgangspunkt i det de var enige om innenfor livskvalitetsforskningen, nemlig at livskvalitet er et flerdimensjonalt og subjektivt fenomen som inkluderer både negative og positive dimensjoner ved livet. Ut fra dette ble definisjonen:

Enkeltmenneskers oppfatning av sin posisjon i livet innenfor den kultur og verdisystemer de lever i, i forhold til sine mål og forventninger, hvordan de ønsker livet skal være og hva de er opptatt av (Rustøen 2009:20-21).

Det spesielle med denne dimensjonen er at det vektlegges uavhengighet. For ens livskvalitet betyr det mye å kunne klare seg selv. På den annen side innenfor sykepleien har egenomsorgsbegrepet vært viet mye oppmerksomhet. WHO trekker ikke tilfredshet inn i sin definisjon, men mål, hva man er opptatt av, og av forventninger. Definisjonen vil allikevel være av verdi for sykepleien, da vi er vant til å se pasienters verdier og betydningen av mål (Libid).

3.6 Mestring

Vi må ha kunnskap om empowermentbegrepet, og vite at man skal være i stand til å ha kontroll i mest mulig grad over faktorer som påvirker egen helse. Dette innebærer et samarbeid mellom sykepleier og pasient. Vi skal undervise, veilede og informere pasienter og pårørende. Det omfatter også studenter og medarbeidere. Vi jobber med mennesker som trenger mestringshjelp, på ulike arenaer og måter trenger de hjelp til å leve med sykdom og ta imot hjelp til å ivareta egen helse. Den lærende selv må delta og anerkjennes. Det kan være

instruksjon, informasjon, råd, undervisning og veiledning. En ressursorientert strategi kan være å fokusere på individets mestringsmuligheter, mestring og mestringshjelp. Den pedagogiske funksjon for sykepleieren er at individet skal lære og øke sin livskvalitet, utvikle seg, og da er det meningsfullt å fokusere på mestring. Når pasienten forstår hvordan egen helse best kan ivaretas og tilegner seg kunnskap, kan evnen til egenomsorg utvikles (Tveiten 2008).

Selv om det vektlegges mestring og ressurser, skal man ikke glemme at pasienter og pårørende kan ha problemer de trenger hjelp til å løse. I noen situasjoner kan de til og med trenge noen som løser problemene for seg. Det som skal mestres varierer med situasjon og person (libid).

Mestring innebærer og forutsetter tillit til at situasjonen i en viss grad vil la seg bringe under kontroll. Bidrag til mestring kan av hjelperen gjøres på flere måter. Dette kan bety og være en praktisk hjelper, å gi eksistensiell og psykologisk støtte og ved å lytte. Det å være en samtalepartner som kan hjelpe pasienten og nå et realistisk perspektiv på hva som må gjøres. Dette gjelder både på kortere og lengre sikt (Eide&Eide 2007).

Benner og Wrubels definisjon på mestring er at det er personlig og individuelt. På tross av sykdom, tap og lidelse er det et mål for sykepleien at det enkelte mennesket skal mestre sin livssituasjon. Det vil være viktig for den som er rammet å finne frem til andre og nye måter å leve ut verdiene sine på. Benner og Wrubel tar sterk avstand fra det dualistiske menneskesyn, som skiller mellom kropp og sjel. De framholder at mennesket er en helhet, og at sykdom og helse må forstås som levd erfaring. Noen måter å mestre på vil være bedre egnet og bedre enn andre, dette ut fra hva som er betydningsfullt og viktig for det enkelte menneskets liv. Noen alternativer for å mestre blir uaktuelle, fordi det innebærer at mennesket må gi avkall på verdier som har en veldig fundamental betydning i livet. Det vil for eksempel være umulig å mestre en livssituasjon med fysiske funksjonstap ved at man "glemmer" at friluftsliv og fysisk aktivitet har vært en viktig del av livet tidligere. Det vil i stedet være av stor betydning å finne frem til andre og nye måter å leve ut denne verdien på (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2008).

4.0 DRØFTING

I denne delen drøfter jeg problemstillingen som er hvordan vi som sykepleiere kan hjelpe pasienten å mestre sine smerter og få en god livskvalitet. Til dette har jeg brukt teori, forskning, informantens erfaring og opplevelse, samt egne erfaringer.

4.1 Omsorg og bry seg om

Teorien beskriver begrepet "omsorg" ved å bekymre seg for, eller bry seg om noen. Et viktig moment ved omsorgstanken er at man hjelper den andre til egenomsorg. Når vi skal ta ansvar er det viktig at vi ikke krenker den andres integritet og selvbestemmelse. Mellom det å ta ansvar **fra**, og ta ansvar **for** en person, går det er hårfint skille (Eide&Eide 2007).

I følge forfatterne Kristoffersen, Nortvedt og Skaug (2008) har de amerikanske sykepleieteoretikerne Benner og Wrubel en filosofi når det gjelder omsorg. Den går ut på at vår måte å være i verden, er ved at vi *bryr oss om* noen eller noe utenom oss selv. Dette betegner de som et grunnleggende trekk ved mennesket natur. Når det skal planlegges pleie, skal det legges vekt på pasientens egen opplevelse. Ordet *velvære* benyttes for sykepleierens mål. Velvære som fenomen inneholder også komponenter av sosial og psykologisk art. Sykepleieren må bli kjent med pasienten som person for å finne frem til hva som er viktig for pasienten (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2008).

I følge forskningen skal trening på oppmerksomt nærvær (ON) være en metode for å utvikle evnen til å være til stede, noe som er et kjerneelement i sykepleiefaget. Det kan også gi bedre kvalitet i klinisk og relasjonelt arbeid innen sykepleie (Sandvik 2011). Dette er min informants opplevelse: *"Det vises jo at det trengs både informasjon, veiledning og trengs kommunikasjon på tvers av både nivå og profesjoner. Men det er lite av det, og en ser jo at folk ikke kan nok, altså. Pasientene har jo veldig, veldig, veldig ofte den opplevelsen av at de ikke blir forstått, blir ikke trodd"*. Det er kjempeviktig at behandler er til stede, både verbalt og non-verbalt. Er det noen som stadig ser på klokken, ut av vinduet og ikke virker interessert, føler man seg avvist og mistrodd. Dette kan gjøre terskelen for å oppsøke helsevesenet igjen høy, og det er beklagelig. Igjen sitter man alene med sine smerter, og isolerer seg kanskje ennå mer. Dette er uheldig, spesielt med tanke på at man må gå til sin fastlege. Er ikke dialogen god og pasienten føler seg mistrodd og avvist, kan dette igjen forsterke smertene.

Smerte beskrives som en vond opplevelse, og er både en fysisk og en emosjonell respons på en aktuell hendelse. For den som blir avvist kan dette være en smertefull opplevelse. Mange deler ikke sin smerteopplevelse, heller ikke med sine nærmeste. Dette for å unngå forverring av smerten i møte med andre mennesker (Aambø 2007).

Grunnlaget for subjektiv smerte er den samme, enten det er fysiske eller sosiale påkjenninger. Den er like reell. Vår emosjonelle tilstand påvirker smerte. Forskere viser til sammenheng mellom smerte og sosial utestenging, da de samme nevrobiologiske smertemekanismene aktiveres, som ved vevsødeleggelse. Dette er også den samme definisjonen som The Internasjon Assosiation for the Study og Pain (IASP) har. Smertebegrepet gir rom for opplevelser som beskrives som ødeleggende (Libid). Dette er også noe min informant har erfart: *"Jeg tenker det med å snakke med folk hvordan de har det når de lever med smerter, er en del av det med å kunne bære smerter og minke stressnivået. Stresset eller den uroen det blir, forsterker smerten, og det vet vi jo og det ser vi, fordi disse mekanismene som styrer smerten slipper mange flere smerteimpulser igjennom dersom du er stresset eller deprimert eller veldig engstelig"*.

Jeg tenker det er veldig viktig at pasientene opplever møte med helsevesenet som god. Er det ikke en god opplevelse, påvirker dette følelsen av å bli trodd. Er det en person som viser at det er tid og rom for å prate, så er det lettere for pasienten å åpne seg. Det å kunne "tømme" tankene sine ut til noen som har kunnskap og forstår, føles godt. Dette gjelder spesielt hvis vedkommende ikke har noe nettverk, eller ikke deler sine plager med andre.

Å være til stede hos den enkelte pasient skal balansere med andre arbeidsoppgaver, pasienter og krav om effektivitet. Det er viktig at man har tid. Føler man at man ikke strekker til på grunn av tidspress, er det pasienten som får lide av kommunens stramme budsjetter og mas om effektivisering (Sandvik 2011). Dette er også en erfaring min informant har hatt: *"I det store og det hele er langvarige problemstillinger nedprioritert, synes jeg. At alt er liksom fokusert på den akutte situasjonen og det med å berge liv, men så er det ikke alltid det er på den måten, og jeg synes ikke det er prioritert i forhold til ressurser, selvfølgelig"*.

Dette er også noe som Sandviks artikkel viser. Effekter som reduserer stressnivå, depressiv grubling og økt livskvalitet. Det å være nær handler om å være tilstede i relasjon med pasienten. Tilstedeværelse med åpenhet og ærlighet fører til gode samtaler. Dette med nærværets konsentrasjon skaper overblikk, klarhet og skjerpert evne til observasjon. Man trenger helheten i pasientsituasjonen for å oppfatte detaljer som gir viktig informasjon til

sykepleier (Sandvik 2011). Det å *bry seg om* en syk, er forbundet med den etiske kvaliteten av ens tilstedeværelse. Væremåte er viktig, og omsorg må gis med ivaretakelse av kropp og sjel (Aalmås 2008).

For eksempel i hjemmetjenesten der det er mange gamle, syke og svake mennesker. Har man det travelt hele tiden, får man kanskje ikke tid til å observere. Dosetten eller matboksen sjekkes, og så hastes det videre til neste. Hva med at man satte seg ned, vise at man har tid, og kanskje hørte på hva pasienten hadde å formidle. Helsereformen som nå er tredd i kraft gjør at mange flere er hjemme tidlig etter sykdom, også tidlig utskrivelse fra sykehus. Dette gjør det spesielt viktig med kompetanse, tid og ressurser.

Noen pasienter har kanskje hatt smerter i måneder og år, noen gjennom hele livet. Sykepleieren er ofte den som ser disse pasientene over tid, og vurderer effekt av tiltak og behandling. Kunnskap om kroniske smerter og følgene det kan gi pasienten er viktig (Aalmås). Informanten mener at: *”Det med å lytte til pasienten, skjønn at du får pasienten til å forstå, at du forstår, at du kan noe om dette, at du vet litt om spørsmål du kanskje skal stille som når du har satt deg litt inn i smerteproblematikken”*.

En dag i min jobb på legekontor kom det ei dame til blodprøver etter at hun hadde vært hos legen. Hun fortalte meg om sine smerter som hun hadde hatt gjennom mange år. Hvordan hun følte at hun ikke hadde fått utført noe på time hos legen, ikke fått hjelp, og fortalte meg om sitt liv og hvordan hun hadde det. Samtalen tok omtrent 30 minutter, og jeg tenkte med gru på all den lange køen som kunne være utenfor. Ja, ja, det fikk så være, tenkte jeg. Etter halvannen uke kom den samme damen tilbake på luken til meg. Da hun var på tur til å dra, takket hun meg for den fine samtalen vi hadde hatt, og at det hadde gjort henne godt. Etterpå tenkte jeg at det gjør ingenting om man kan tillate seg å gjøre slikt når pasientene har behov for det. Jeg følte at jeg hadde gitt henne god omsorg når hun trengte det.

4.2 Å holde kroppen i gang

Ved kroniske smerter er årsaksforholdene kompliserte og sammensatte. Forsøk har vist at smerteopplevelse er redusert under og etter fysisk aktivitet. Det ser ut som om smerteterskelen blir hevet. Kroppens egenproduksjon av det morfinlignende stoffet endorfiner, stimuleres ved fysisk aktivitet. Effekten av fysisk trening tilsvarer 10 mg Morfin intravenøst, og er størst ved intens kondisjonstrening. Dette kan føre til reduserte smerter og bedret funksjonsevne (Martinsen 2011). Dette har også min informant erfart: *”Men samtidig er det jo sånn at vi ser at det er veldig stor tendens til at det blir mye passivitet. At pasienten er redd for å bevege seg, derfor så mangler det informasjon om det, for mange tror jo når en har vondt, så er det tegn på at noe må være galt, så derfor må en liksom være forsiktig. Det er ikke slik, det er helt motsatt. At det med å greie å holde kroppen i gang, det er utrolig viktig”*.

Det med å gå på fjellet trenger ikke lenger være en selvfølge. Heller ikke husarbeid og det med å fortsette i jobben. Heller ikke å kunne gjøre aktiviteter med familien. Det og stadig si nei er ikke morsomt. Du vet at om du gjør det, får du kanskje igjen for dette senere på kvelden. Man må finne en balanse mellom alt dette, hva som betyr noe. Mange ganger gjør man det allikevel. Jeg tror det er viktig at man er positiv og godtar at sånn må det bare være. Kanskje må smertestillende medikamenter tas for å klare hverdagen. Når man har smerter bruker man andre muskler for å kompensere for ikke å ha smerter. Dette fører kanskje igjen til at man får belastninger andre steder, og mer smerter. Man kommer på en måte inn i en vond sirkel. Det er viktig med sykepleiere som kan ha kompetanse og informere om ting som man selv kan gjøre, eller fortelle om andre som kan. Fysioterapeuten kan mange ganger være den som kan hjelpe.

Regelmessig og kontinuerlig aktivitet gir smertelindring, både direkte og indirekte. Aktivitetstypen vil avhenge av den fysiske prestasjonsevnen og den underliggende smertetilstanden (Helsedirektoratet 2008).

Det akutte systemet for smerter beskytter oss mot fare eller skade. Ved skade sender nervene svært raske meldinger til det skadde området, kroppen reagerer umiddelbart og fjernes fra det som skader (varm kjele). Disse nervene kalles ”A-nerver” (akutt, hurtigvirkende smertesystem). Det kroniske smertesystemet fungerer på en annen måte. Der sendes impulser til hjernens smertesystem via nervefibrer av annen type – ”K-nerver” (kronisk nervesystem). Disse nervene sender impulser svært langsomt og flere ganger. Hjernen tolker da at smerten er der fortsatt, og at skaden ikke er leget eller løst. K-nervene utvikler hukommelse som gjør at

smerteopplevelsen blir husket. Selv om skaden er leget, sendes det signaler til hjernen i måneder og år. Det er som om nervefibrene er et lyskryss, som står fast på rødt og aldri blir grønt (Carus et al., 2011). Dette har også min informant erfart: *"Fordi en ikke er klar over det skille mellom den akutte smerten og den langvarige smerten, at de har veldig forskjellig karakter og at tilnærmingen og behandlingen er veldig forskjellig, så vi prøver det med å ha fokus på å få kroppen i gang igjen, for det er på den måten at det sendes signaler opp til hjernen om at her er det ingen katastrofe allikevel, det er jo det hjernen tror når du liksom har den langvarige smerten, den sensitiviteten som er så veldig til stede"*.

Det er viktig med informasjon om dette. Etter en akutt skade skal man jo ta det med ro og være inaktiv. Fortsetter smertene tror man kanskje at man ennå skal være i ro, og så er kanskje dette helt feil. Informanten sier: *"Og likedan at mange har fått beskjed om å ta det med ro, i en periode for eksempel i den akutte fasen så er det jo slik at du må ta det med ro, men etter hvert kan du ha smerter uten at det er den grunnen som forårsaker smerten, den er jo borte ofte, og så er det slik at en da må prøve å komme seg i gang så fort som mulig, men at en redd for at en tror at smerten er et signal som sier at nå må jeg være forsiktig"*. Økt fysisk aktivitet er også en avgjørende faktor for å bedre prognosen. Personer med kroniske smerter får ofte lav kapasitet og risiko for sosial utestenging. At pasienten er urolig og mangler kunnskap om hva smertene skyldes, fører som oftest til et redusert aktivitetsnivå. Man venter kanskje at smertene skal bli verre, prognosen dårlig (katastrofetenkning), forverrer prognosen. Pasienten kan bli nedstemt, og noen ganger depressiv (Helsedirektoratet 2008).

Råd og veiledning er viktig slik at man ikke gjør feil. Man kan trene for mye også. Dette mener også informanten: *"Det med å greie å holde kroppen i gang, det er utrolig viktig. Men det er jo også viktig på den måten at en ikke skal "peise på" som en gal, men at du selvfølgelig tilpasser det til situasjonen, og du må liksom lære å forholde deg til smerten samtidig som du er i aktivitet, altså den balansegangen, og den trenger en ofte råd og veiledning i forhold til"*.

For personer med kroniske smerter er det viktig i forbindelse med rehabilitering og behandling med fysisk aktivitet. Den har mange effekter. Bortsett fra den rent smertestillende effekten blir humøret bedre, nattesøvnen bedre, og det igjen forbedrer prestasjonsevnene. Den har også effekt som er positiv for sykdom relatert levevaner, da dette som oftest er personer som er lite i aktivitet (Helsedirektoratet 2008).

Dette er også en mening informanten har: *”Det er klart at kroppen både får bedre sirkulasjon og mindre smerte på sikt, og det er også slik at kroppen har generelt ikke godt av å være for mye i ro, og at er en helt i ro får en smerter bare av det, så det er veldig vesentlig, et tema vi prater med alle om”*.

Det med nok søvn, føle seg uthvilt, og kanskje sove uten smerter er bra for kroppen. Man kan trene med andre, forebygge sosial isolering, og blir mindre stresset. Det er også andre fordeler med fysisk aktivitet. I forhold til livsstilssykdommer som overvekt, høyt blodtrykk, diabetes, KOLS og hjerte- og karsykdommer. Det er ting man stadig hører om både på TV, radio, og aviser. Skolene er også veldig fokusert på dette med fysisk aktivitet, øker dette med morgenturer hver dag, og mer gymnastikk. Dette er jo bra, og jeg tror det er viktig når barne er små at de blir vant til fysisk aktivitet, og at de har lettere for å gjøre det senere i livet. Det trenger ikke være den ”harde treningen”. Det kan være en fisketur, en tur i marka med bål eller å samles til en felles dag på vinteren med ski og akebrett. I dag er det altfor mye stillesitting. Det kjøres overalt, og datamaskinen har vel kommet for å bli. Som foreldre er det viktig at vi er gode forbilder.

Fysisk aktivitet påvirker sinnsstemningen positivt, den bryter sosial isolasjon, og funksjonell aktivitet og generelt aktivitetsnivå øker. Det blir bedring i kroppsoppfatningen, selvbildet forsterkes av at pasienten føler seg som et friskt individ. Denne effekten gir økt mulighet for å kunne leve og håndtere smertene. Ved økt fysisk aktivitet og bevegelsestrening kan man redusere sekundære muskelspenninger (Helsedirektoratet 2008).

Det er vel ganske naturlig at man til tider blir depressiv og unngår mennesker. Man føler at det er ingenting som hjelper. Smertene vedvarer og blir kanskje sterkere. Man klarer ikke gå ut, og isolerer seg heller.

4.3 Livskvalitet betyr så masse

Begrepet livskvalitet er et relativt nytt, men livets kvalitet har vi alltid vært opptatt av. På 1900-tallet ble livskvalitet et forskningsfelt, og i dag er det i fokus i mange fagfelt. Innenfor medisin har interessen i løpet av de siste ti årene vært økende. Det er flere grunner til dette. Flere lider av kroniske lidelser og sykdommer, og høyere andel eldre i samfunnet. Å leve med kroniske plager kan medføre funksjonssvikt og begrensninger i livsutfoldelse (Rustøen 2009). Dette er også noe som min informant har erfart: *” Det som er automatikk for oss som ikke har smerter, slik er det ikke for smertepasienter, fordi alt blir en anstrengelse, og det med at smerten tar slik oppmerksomhet, gjør kanskje at man glemmer mange andre ting, slik at man mister både selvtillit, kanskje så er en ikke i jobb, og så mister en liksom en del av identiteten sin, og en blir liksom utafør.*

Lever man med kroniske smerter er dette alt som hverdagen dreier seg om i perioder. Man glemmer de ”små” tingene som kan være positive, og smerter drar deg på en måte ned i mørket. Informanten har også erfart dette med pasienter og sier: *”Det med å bli oppmerksom på at nå er jeg i ferd med å skli inn i et eller annet, der det blir veldig mørkt, og hvordan kan du da ha fokus på den du var før, ikke å gjøre de samme tingene, men du er jo en person, og hva var det du likte før, er det noe av det du kan fortsette med i mindre skala?”.* Kanskje er det en hobby eller en aktivitet som du likte før du fikk lidelsen, og kan finne frem til motivasjon for å gjøre dette i mindre grad og omfang. Klarer man å gjøre noe av dette, føler man at man mestrer noe, og gleden og håpet om at fremtiden kanskje blir bra, blir styrket. Dette er også noe min informant har erfart: *”Det med litt å finne tilbake til håp og tro på motivasjon for å se på hva er det du kan klare, det er grusomt mye du ikke kan klare, men det er en del du kan klare. Dette med å finne tilbake til det, litt slik å ha trua på seg selv”.*

Hvor tilfreds eller utilfreds man er med livet, vil si noe om livskvaliteten. Det er vanskelig å konkretisere begrepet, da det er komplekst. En enkel måte å forstå begrepet på, er å relatere det til det gode liv. Livskvalitet er et flerdimensjonalt begrep, og kan være et fysisk, åndelig, psykologisk, økonomisk eller et sosialt domene (Rustøen 2009). Ifølge psykologen Siri Næss er livskvalitet knyttet til subjektiv opplevelse, og ikke til materielle ting eller samfunnet. Hun mener en person har høy livskvalitet hvis du er aktiv, har selvfølelse, glede og samhørighet. Hun bruker ordene ”å ha det godt” og livskvalitet om hverandre. WHO mener at for ens livskvalitet betyr det mye å kunne klare seg selv. De trekker ikke inn tilfredshet i sin definisjon, men er opptatte av mål, hva man er opptatt av og forventinger (Libid).

Når det gjelder livskvalitet er søvn en vesentlig faktor. Hvis man plages med smerter og ikke får sove på natten, sliter med smerter utover dagen og kanskje i tillegg er på jobb, kan dette gå utover mange ting. Du kan bli irritabel både på jobb og hjemme, blir sliten og deprimert over din situasjon, og det blir en uholdbar situasjon. Informanten sier: *”Søvn er jo viktig for livskvalitet, og selvfølgelig sovemedisin i perioder for å få hvile, det har mye å si for livskvalitet”*. Her er det også viktig med god informasjon og veiledning i forhold til avhengighet av medikamenter. Man tar kanskje medisiner for smertene og søvnen, føler hvor godt det er å være smertefri og uthvilt, og havner i en vond sirkel hvor man kanskje ikke selv vet at man er avhengig. Dette er en opplevelse min informant har hatt: *”Det er ikke alltid like lett å gjenkjenne symptomer på avhengighet, for folk kan ha den følelsen av at ”jeg kan slutte når som helst, eller jeg merker ikke at jeg er verken den ene eller det andre, jeg har ikke noen rusfølelse heller, så det er ikke alltid at folk liksom har taket på det, at du kan være i en avhengighetsproblematikk uten selv å være klar over det, faktisk”*. Hvor godt vi takler livskriser synes å ha en sammenheng om vi etablerer misbruk eller ikke. Det sosiale nettverket synes også å ha stor betydning (Aarbakke, Lysaa, og Simonsen 2007). Det kan hende at ved å ta medikamentene kan man fungere og ha det ”bedre”, men man kan fort havne i en situasjon der man blir medikamentavhengig. Det kan på den andre siden hende at man isolerer seg som følge av dette. Dette er også noe min informant har erfart i praksis: *”Sånn sett kan man veldig lett havne i et uføre med avhengighet som gir passivitet, en isolerer seg, folk når ikke inn til deg og at en forandrer litt personlighet, og det er jo også depresjon, det følger ofte av avhengighet”*.

Vi jobber med mennesker som trenger mestringshjelp på ulike måter og arenaer. Empowermentbegrepet vil si at man skal være i stand til å ha kontroll i mest mulig grad over faktorer som påvirker egen helse. Sykepleier og pasient må samarbeide, og pasienten selv må delta og anerkjennes. Som sykepleier er vår pedagogiske funksjon å lære individet å øke sin livskvalitet og utvikle seg. Da er det meningsfullt å fokusere på mestring. Man skal ikke glemme at pasienter og pårørende kan ha problemer de trenger å løse (Tveiten 2008). Håp er en viktig faktor for all omsorg og pleie. Sykepleieren skal hjelpe pasient, familie og samfunn med å mestre og forebygge opplevelse knyttet til lidelse og sykdom (Rustøen 2009).

Dette er også noe som min informant opplever: *”Det med for eksempel familien blir litt dratt med i samtaler, slik at det blir en større forståelse, og den som har smerten kanskje klarer å få sagt noe om det, i stedet for at man ofte ser at de lukker seg og er redd for å plage andre, og vil ikke snakke med andre om hvordan de egentlig har det, og så er det kanskje hjelp i forhold til husarbeid og slike ting, så bare det å ha det som tema, slik at det kommer litt mer opp på dagsordenen, tror jeg kan være med på å bedre livskvaliteten”*. Det med at andre forstår hvordan du har det, og at familien kan hjelpe til med praktiske gjøremål. Man har kanskje lenge klart både jobb, husarbeid og familie uten at det har blitt lagt merke til. Når man blir sur og irriterbar er det viktig at man får frem hvorfor, og at de du lever sammen med kan ta i ett tak sammen med deg. Du er kanskje ikke den sterke lenger, og skal klare alt slik som du gjorde før. Bare dette i seg selv kan være vanskelig å akseptere for den som er lidende.

Bidrag til mestring kan gjøres på mange måter. Det kan være hjelp til praktiske ting, psykologisk støtte og ved å lytte. Det å være en samtalepartner kan hjelpe pasienten både på kortere og lengre sikt (Eide&Eide 2007). Dette er også min informants erfaring: *”Derfor så er det en viktig oppgave tror jeg, å være en samtalepartner som hører på, uansett hvor du måtte være hen, om det er på en poliklinikk eller om det er på et sykehus, så er det noe med det å få litt forståelse. På ordentlig. Det er mange ting som plager folk, i det å skulle leve med smerte”*. Dette er også i tråd med Sandviks artikkel som sier at trening på ON kan bygge en bro over til den andres livsverden. Ved dette kan sykepleiere fornemme hva som gir mening til pasienten og gjennom dette gi støtte til mestring og endring (Sandvik 2011). Benner og Wrubel sier at et mål for sykepleien er at det enkelte menneske skal mestre sin livssituasjon. Det er viktig å finne nye måter å leve ut verdiene sine på. De tar sterk avstand fra det dualistiske menneskesynet som skiller mellom kropp og sjel, mennesket er en helhet (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2008). Har man vært aktiv i friluft med bestigning av fjell og annet, er det viktig at man kan finne frem til andre og nye måter å leve ut disse verdiene på. Dette er noe som også informanten har erfart: *”Så kan du allikevel ha en hyggelig stund, men ikke på samme måten, men det ble en del av det å ta tilbake noe av det som betydde noe for ham, men på en annen måte”*.

Mennesker kan oppleve mange tap når de har kroniske smerter. Tap av selvfølelse, kontroll roller og sosiale relasjoner. På grunn av alle disse tapene vil den syke kunne oppleve håpløshet. Håpet blir da et sentralt anliggende, og er knyttet til fremtiden. Sykepleierens rolle for at pasienten skal beholde håpet er viktig. Dette gjelder tilstedeværelse både ved rehabilitering og behandling, samt deres fagkunnskaper (Gjengedal og Hanestad 2008). Skal

man til behandling uansett hvor det er, er det viktig at den du får hjelp hos har kunnskap. Det er også informantens mening: *”Det er altfor få i helsevesenet som kan noe særlig om det, både den nye kunnskapen som er kommet i forhold til smertebehandling og også å vite om at en kan henvises hit, og det er veldig synd”*. Det å ha håp farger vår opplevelse av livet. Det gir oss glede, og dette igjen kan føre til vitalitet og energi. Til mestring av kronisk sykdom knyttes det håp, og man vil lettere mestre situasjoner og hendelser i livet (Rustøen 2009). Uansett hvor syk man er og hvor lenge man er syk, har man alltid håpet. Håp om at man skal blir frisk, eller kan leve med den sykdommen eller lidelsen man har. Mestring, optimisme og mål er tre viktige faktorer ved håpet (Eide&Eide 2007). Det kreves kunnskap av sykepleieren om hva håp er, og hva som virker styrkende og svekkende. En viktig del av miljøet utgjøres av sykepleieren, og væremåten er av stor betydning for opplevelse av håp. En sykepleier kan og bør utstråle ekte håp, og tilstedeværelse er en viktig rolle for pasienten og pårørendes håp. Munttrer man pasienten til bruk av egne ressurser, kan dette fremkalle og styrke håpet (Rustøen 2009). Av erfaring vet jeg at kroniske smerter ikke er populært å ha, for helsevesenet vet ikke hva de skal stille oppmed. Dette er også en opplevelse som informanten har hatt: *”Jeg tror både motivasjon og mestringsevnen henger veldig mye sammen med hvordan helsevesenet har møtt denne problematikken tidligere, og forventinger som er i samfunnet. Kroniske eller langvarige problemstillinger er ikke særlig populært å ha”*. Mange ganger faller man ut av arbeidslivet, og det kan være kjempevanskelig å komme tilbake for pasienter som lever med kroniske smerter. Tilrettelegging på arbeidsplassen er ikke alltid gjennomførbar, og dette er uheldig for den som er i denne situasjonen.

5.0 OPPSUMMERING

Jeg har skrevet om kroniske smerter, og hva jeg som sykepleier kan gjøre for at pasienten skal mestre dette. Jeg har også fått innsikt i og lært mye i forhold til temaet, og hva dette innebærer. Kompetanse og ressurser bør heves, slik at det kan jobbes opp mot at pasienter får en god behandling og blir møtt på en god måte og føler seg ivaretatt. Denne oppgaven har vært utfordrende, men aller mest har den vært lærerik. Det jeg har erfart fra denne oppgaven er at jeg som sykepleier kan benytte meg av denne kunnskapen i fremtidig arbeid, ikke bare med kroniske smertepasienter, men i sykepleieyrket generelt. Det er viktig at helsepersonell i samarbeid med pasienten bidrar til at de opplever kunnskap som personlig og relevant, og øker bevisstgjøring for motivasjon og mestring, slik at de får en god livskvalitet.

6.0 LITTERATURLISTE

Aarbakken, J., Lysaa, R. og Simonsen, T., (2007) *Illustrert farmakologi – Bind 1.*

Bergen: Fagbokforlaget

Almås, H. (2008) *Klinisk sykepleie 1.* Oslo: Gyldendal Akademisk AS

Ambø, A. (2007) *Smerter.* Oslo: Cappelens Forlag AS

Bell, R. F., Lunde, L., Nordhus, I. H., og Pallesen, S. (2008) *Den eldre pasienten med kroniske smerter. Tidsskrift for Den norske legeforening nr. 16.* Tilgjengelig fra:
<http://tidsskriftet.no/article/1724826> 02.mai 2012-05-02

Carus, C., Cole, F., Howden-Leach, H., Macdonald, H. (2011) *Å bekjempe kroniske smerter.*
Trondheim: Tapir Akademisk Forlag. Oversatt av Petter Røen

Dalland, O. (2007) *Metode og oppgaveskriving for studenter.* Oslo: Gyldendal Akademisk

Eide&Eide (2007) *Kommunikasjon i relasjoner.* Oslo: Gyldendal Akademisk

Folkehelseinstituttet (2010) *Norge på smertetoppen i Europa.* Tilgjengelig fra:

http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5565&MainArea_5661=5565:0:15,5191:1:0:0:::0:0&MainLeft_5565=5544:84203::1:5569:4:::0:0
(02.05.2012)

Folkehelseinstituttet (2011) *Smerter-fakta om kroniske smerter.* Tilgjengelig fra:

http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainArea_5661&MainArea_5661=5631:0:15,5192:1:0:0:::0:0 (02.05.2012).

Gjengedal, E. og Hanestad, B. R. (2008) *Å leve med kronisk sykdom.* Oslo: Cappelens forlag

Helsedirektoratet (2008) *Aktivitetshåndboken.* Trykk: BK Grafisk

Kristoffersen, J., Nortvedt, F. og Skaug, E. (2008) *Grunnleggende sykepleie 4.*

Oslo: Gyldendal Akademisk

Martinsen, E. W., (2011) *Kropp og sinn.* Bergen: Fagbokforlaget

Rustøen, T. (2009) *Håp og livskvalitet*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Sandvik, B., A. (2011) *Mindfulness – det oppmerksomme nærvær*. Tidsskrift Sykepleien

forskning nr. 3. Tilgjengelig fra:

http://www.sykepleien.no/Content/754978/artikkel_andersen_7397.pdf (02.mai 2012)

Tveiten, S. (2008) *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. Bergen: Fagbokforlaget

Selvvalgt litteratur

Her har jeg satt opp en oversikt som viser noe av den selvvalgte litteraturen fra litteraturlisten, slik at det vises til minimum 300 sider som var kravet. Jeg har totalt 318 sider.

Ambø, A. (2007) *Smerter*. Oslo: Cappelens Forlag AS. Kap. 1,2,4 og 5 = 57 s.

Carus, C., Cole, F., Howden-Leach, H., Macdonald, H. (2011) *Å bekjempe kroniske smerter*.

Trondheim: Tapir Akademisk Forlag. Oversatt av Petter Røen. Del 1 = 46 s.

Gjengedal, E. og Hanestad, B. R. (2008) *Å leve med kronisk sykdom*. Oslo: Cappelens forlag,

Innledning, kap.1 og 2 = 92 s.

Helsedirektoratet (2008) *Aktivitetshåndboken*. Trykk: BK Grafisk. Kap. 45 = 30 s.

Rustøen, T. (2009) *Håp og livskvalitet*. Oslo: Gyldendal Akademisk. Kap. 2,3,6 og 7 =74 s.

Bell, R. F., Lunde, L., Nordhus, I. H., og Pallesen, S. (2008) *Den eldre pasienten med*

kroniske smerter. Tidsskrift for Den norske legeforening nr. 16. Tilgjengelig fra:

<http://tidsskriftet.no/article/1724826> 02.mai 2012-05-02. = 4 s.

Folkehelseinstituttet (2010) *Norge på smertetoppen i Europa*. Tilgjengelig fra:

http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5565&MainArea_5661=5565:0:15,5191:1:0:0:::0:0&MainLeft_5565=5544:84203::1:5569:4:::0:0
(02.05.2012) = 2 s.

Folkehelseinstituttet (2011) *Smerter-fakta om kroniske smerter*. Tilgjengelig fra:

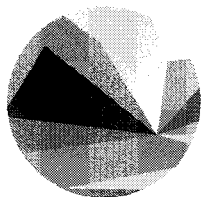
http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainArea_5661&MainArea_5661=5631:0:15,5192:1:0:0:::0:0 (02.05.2012) = 5 s.

Sandvik, B., A. (2011) *Mindfulness – det oppmerksomme nærvær*. *Tidsskrift Sykepleien*

forskning nr. 3. Tilgjengelig fra:

http://www.sykepleien.no/Content/754978/artikkel_andersen_7397.pdf (02.mai 2012)
= 8 s.

Vedlegg 1



UNIVERSITETET I
NORDLAND

Profesjonshøgskolen
Sykepleie og helsefag

TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA

SØKNAD OM TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA I FORBINDELSE MED SKRIFTLIGE STUDENTARBEIDER.

Stiles til:

Avdeling / institusjon

Ved:

Navn avdelingsleder / faglig leder

Som ledd i arbeidet med

- 1.) Fordypningsoppgave
- 2.) Deleksamen
- 3.) Semesteroppgave
- 4.) Prosjektarbeid

søker:

Student:

Bachelor i sykepleie: Kull: Studiested:

Videreutdanning, linje: _____ Kull: _____

om tillatelse til å innhente data fra Deres praksisfelt/arbeidssted. Slik datasamling er vurdert av student og faglærer som nødvendig for gjennomføringen av nevnte eksamen/oppgave.

Undertegnede er kjent med lover og forskrifter som regulerer personvern og pasienters rettssikkerhet, forskningsetiske retningslinjer og interne retningslinjer for oppgaveskriving.

Det er ikke tillatt å gjennomføre undersøkelser der pasient eller pårørende er respondenter / intervjupersoner.

OPPLYSNINGER OM ARBEIDET:

Problemstilling og formål med undersøkelsen:

Tema: Kroniske smerter og livskvalitet

Problemstilling: Hvordan kan sykepleiere hjelpe pasienten å mestre sine smerter slik at de får en god livskvalitet?

Formål: Jeg ønsker å få kunnskap og innsikt i hvordan sykepleiere kan hjelpe pasienten til å møte dagliglivets utfordringer. Dette med tanke på omsorg, støtte, medikamentavhengighet, mestring, fysisk aktivitet og livskvalitet.

Metode v/ datainnsamlingen: Kvalitativt forskningsintervju

Respondenter / intervjupersoner: Sykepleier

Hjelpemidler til bruk v / datasamlingen: Diktafon

NB! Evt. spørreskjema til bruk i datasamlingen er vedlagt.

Tidspunkt / Tidsrom for datasamlingen: I løpet av juni 2012

Ved ønske om ytterligere informasjon bes saksbehandler om å ta kontakt med undertegnede student eller faglærer.

Med hilsen

Student

Faglærer

Svar på søknaden bes gitt på vedlagte svarskjema, som sendes til student med kopi til faglærer.

Jnr.:

Dato: 20.10.12

Til

Student: _____

Faglærer: _____

Høgskole: _____

Adresse: _____

Postnr. / poststed: _____

SVAR PÅ SØKNAD OM TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA.

Søknad av dato _____ er behandlet dato _____ av saksbehandler / organ:

Vedtak: _____

Evt. merknader knyttet til vedtaket: _____

Underskrift

Underskrift

Intervjuguide

1. Hvor lenge har du jobbet som smertesykepleier?

2. Hvor lenge har du jobbet med pasienter med kroniske smerter? Kan du si litt om dette?

3. Hvordan er det med mestringsevnen og motivasjonen hos denne pasientgruppen? Kan du fortelle litt om dette?

4. Er medikamentavhengighet et problem hos pasienter med kroniske smerter?

5. Er det noen kjønnsforskjeller når det gjelder disse pasientene? Kan du si litt om dette?

6. Synes du omsorgen til denne pasientgruppen står i fokus i forhold til dagens ”effektivisering” i helsevesenet? Kan du si litt om dette?

7. Hvilken rolle spiller fysisk aktivitet i forhold til pasienter med kroniske smerter? Kan du fortelle litt om dette?

8. Hvordan kan sykepleiere gi god støtte til pasienter med smerter? Kan du gi eksempler?

9. Hva kan bidra til at pasienter med smerter får økt livskvalitet? Kan du fortelle litt om dette?

Til smertesykepleier

Jeg er en sykepleiestudent som skal skrive en bacheloroppgave om kroniske smerter og livskvalitet. I den forbindelse søker jeg herved om å få intervjuet Dem om dette temaet. Min problemstilling er:

”Hvordan kan sykepleiere hjelpe pasienten å mestre sine smerter slik at de får en god livskvalitet?”

Formålet mitt med denne oppgaven er at jeg ønsker å få kunnskap og innsikt i hvordan sykepleiere kan hjelpe pasienten til å møte dagliglivets utfordringer. Dette med tanke på omsorg, støtte, medikamentavhengighet, mestring, fysisk aktivitet og livskvalitet.

Det vil bli brukt diktafon under intervjuet og varigheten vil være på ca. 1 time. Etter at oppgaven er ferdigstilt vil all data bli slettet, og all informasjon anonymisert, slik at ingen av opplysningene i intervjuet kan kobles til deg som er informant.

Med hilsen

Student: _____ Dato: _____