



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum
Avdeling Kongsvinger
4BACH

Hanne Berit Sletner og Maria Jeanette Schulstad

Anne H. With

Når livet er smertefullt

When life is pain

Antall ord

13128

BASYK 2012 kull 124

2015

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket JA NEI
Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage JA NEI

To mennesker befinner seg i sentrum. Det handler om deg og meg. Her og nå. Hvordan har du det egentlig? Normalisere, akseptere følelsene for i dag. Hva ønsker du deg? Hva må til for å komme dit? Fortell meg hva du kan! Wow! Fortsett! Nå har vi arbeidet med å skape aksept inn, fokus ut. Dette er en øvelse i positiv psykologi som setter deg i stand til å nærme deg målet ditt, samtidig som det øker dine beskyttelsesfaktorer.

Fjerstad, 2010

Sammendrag

Tradisjonell tilnærming med medikamenter mot kroniske smerter viser ikke signifikant tilfredshet med opplevd grad av helse. Fjerstad (2010), skriver om problemene knyttet til en dualistisk tilnærming til kroppen der patologien skygger for salutogenesen, eller sagt på en annen måte; kroppen skygger for sjelen. Med denne oppgaven håper vi å bidra til økt bevissthet om en helhetlig tilnærming og bli gode sykepleiere. Her drøfter vi hvilken fagkunnskap sykepleieren trenger for kunne styrke motstandskraften hos mennesker som lider av kroniske smerter.

Innhold

1.0 Innledning.....	6
1.1 Begrunnelse for valgt tema.....	6
1.1.1 Begrunnelse ut fra sykepleieperspektivet.	6
1.1.2 Begrunnelse ut fra pasientperspektivet.....	7
1.2 Presentasjon av problemstillingen og hensikt	7
1.3 Avgrensning og presisering av problemstillingen.....	7
1.4 Definisjon av begrepene i problemstillingen.	8
1.4.1 Fagkunnskap	8
1.4.2.Motstandskraft.....	8
1.4.3 Lidelse	8
1.4.4. Kronisk smerte	8
1.5 Oppgavens videre oppbygning.....	9
2.0.Metode.....	9
2.1 Litteratursøk.....	10
2.2 Kildekritikk.....	10
3.0 Teoretisk plattform.....	13
3.1. Smertefysiologi	13
3.1.2 Smertekartlegging.....	14
3.2. Antonovsky	14
3.3 Sykepleierteorier	15
3.3.1 Menneskesyn	15
3.3.2 Travelbees interaksjonsteori.....	16
3.3.3 Dorothea Orems egenomsorg teori.....	16
3.3.4 Benner og Wrubels omsorgsteori.	17
3.4 Sykepleierens ansvar.....	17
3.5 Det moderlige og det faderlige prinsipp.....	18

3.6	Lasarus og Folkmans stressmestringsstrategi.....	19
3.7	Den kognitive triade og Kognitiv adferdsteori.....	19
4.0	Drøfting.....	20
4.1	Fra Descarte til Antonovsky.....	20
4.1.1.	Helhetlig perspektiv	23
4.2	Helse.....	25
4.2.1	Om å øke begripeligheten hos mennesker som lever med kroniske smerter ...	26
4.2.2	Om å øke håndterbarheten hos mennesker som lever med kroniske smerter .	30
4.2.3	Om å finne mening.....	32
5.0	Følelsen av sammenheng.....	33
6.0	Referanseliste	36
7.0	Vedlegg.....	40

1.0 Innledning

Historisk sett er kroniske smerter et dystert kapittel (McCaffery & Beebe, 1999). Mennesker som lider av kroniske smerter oppsøker fastlegen for å få behandling for sine plager (Rustøen & Stubhaug, 2010). Det skrives ut resepter og sykemeldinger, det henvises til utredninger og eksperter. Etterhvert som forsøkte tiltak ikke fører til bedring, føler både helsepersonell, pasient og pårørende avmakt ovenfor situasjonen (McCaffery & Beebe, 1999). Likevel må vi fortsette å tro at vi kan gjøre en forskjell. Som sykepleiere skal vi aldri gi opp håpet. Kanskje finnes løsningen et annet sted?

1.1 Begrunnelse for valgt tema.

Vi er to sykepleierstudenter som begge har egenerfaring med kroniske smerter. Sykepleierutdannelsen har hatt stor betydning for å styrke egen motstandskraft mot kronisk smerte, finne mening og øke egen opplevelse av helse. I forhold til dette har vi hatt egeninteresse av å lære om folkehelse, farmasi og nervesystemet, men vendepunktet kom først med psykiatrien, Liv Strand (1990), Jan Kåre Hummelvoll (2012) og kognitiv atferdsteori (Berge & Repå, 2010). Da begynte vi å forstå betydningen av en helhetlig sykepleie.

1.1.1 Begrunnelse ut fra sykepleieperspektivet.

Ca. 30% av Norges befolkning lever med kroniske smerter (Haraldseid, Dysvik & Furnes, 2014). Som sykepleiere vil vi ofte møte mennesker som lider av kroniske smerter i utøvelsen av vår profesjon. Sykepleierens funksjon innbefatter å fremme helse, forebygge uhelse, lindre lidelse og behandle sykdom (Alsvåg, 2012). Som sykepleier har vi plikt til å arbeide kunnskapsbasert og støtte medmennesker til å ivareta sin helse på best mulige måte (Norges sykepleier forbund., 2011).

1.1.2 Begrunnelse ut fra pasientperspektivet.

Vi ønsker alle å være hjemme med dem vi er glade i, uten å måtte legge våre byrder på deres skuldre. Kroniske smerter tærer på kreftene (Rustøen & Stubhaug, 2010). Mennesker som lider av kroniske smerter, utvikler gjerne tilleggsproblemer som er relatert til smerten. De kan omhandle fysiske funksjoner, tretthet, depresjon, isolasjon, angst og nedsatt livskvalitet. (Rustøen og Stubhaug, 2010). Hypotesen vår er at disse menneskene føler seg misforstått, overgitt av helsepersonell i forskjellige profesjoner nettopp fordi kropp og sjel tradisjonelt behandles hver for seg, stykkevis og delt. Fjerstad (2010) skriver om problemene knyttet til en dualistisk tilnærming til kroppen der patologien skygger for salutogenesen, eller sagt på en annen måte: kroppen skygger for sjelen. Hun ønsker en helhetlig tilnærming velkommen. Dette er aktuelt i forhold til samhandlingsreformen og kommunenes ansvar for en helhetlig behandling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

1.2 Presentasjon av problemstillingen og hensikt

I denne oppgaven undersøker vi psykologiske faktorer som vedlikeholder kroniske smerter og faktorer som øker motstandskraften hos mennesker som lever med kroniske smerter.

Hvilken fagkunnskap trenger sykepleieren for å styrke motstandskraften hos mennesker som lider av kroniske smerter?

1.3 Avgrensning og presisering av problemstillingen

Kroniske smerter begrenses her til ikke-maligne kroniske smerter. Vi utelater årsaker til kroniske smerter i denne oppgaven. Heller ikke spesifikke diagnoser som har kronisk smerte som et symptom fordi vi ser dette som en distraksjon i forhold til vårt budskap som er en helhetlig tilnærming til mennesket. Som sykepleier skal vi vite en del om medikamenters virkning og bivirkning. Dette har vi valgt å utelate fra oppgaven av samme grunn. Vi velger å begrense arenaen i oppgaven til kommunehelsetjenesten og utelater derved smerteklinikker og andre innen spesialisthelsetjenesten. Dette gjør vi bevisst fordi vi ønsker å undersøke grunnleggende fagkunnskap. I hjemmebaserte tjenester møter vi mennesker med kroniske smerter etter at vedtak om hjemmesykepleie er fattet, derfor har vi ikke fokusert på tidlig intervensjon. I denne oppgaven omtaler vi heretter mennesker som lider av kroniske smerter som pasient. Denne rollebetegnelsen samsvarer best med mesteparten av litteraturen vi anvender her, og gjør oppgaven mer forståelig for leseren. I praksis benytter vi helst ikke denne rollebetegnelsen. Vi har foreløpig ikke erfaring med sykepleie til barn i hjemmesykepleien, derfor utelater vi intervensjoner direkte rettet mot barn. Vi utdyper ikke

spesielle utfordringer i forhold til etniske minoriteter eller pasienter med svekket kognitiv funksjon. Som sykepleiere har vi en utøvende pedagogisk rolle i forhold til de pårørende, men vi har valgt å fokusere på forholdet mellom sykepleier og pasient.

1.4 Definisjon av begrepene i problemstillingen.

1.4.1 Fagkunnskap

Fagkunnskap, er summen av teori, brukerkunnskap og erfaringsbasert kunnskap som danner grunnlaget for yrkesutøvelsen i sykepleiefaget (Kristoffersen, 2005a). Orem utdyper sykepleierens fagkunnskap til å omfatte vitenskap, praksiserfaring, ferdigheter, integrerte verdier og moral. Hun opphøyer begrepet til å være en egen form for sykepleiekunst (Kristoffersen, 2005a).

1.4.2. Motstandskraft

Med motstandskraft mener vi summen av en persons ressurser som vedkommende benytter seg av ved mestring av smerter og annet stress. I følge Antonovsky vil opplevelsen av sammenheng mellom begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet være utslagsgivende for graden av motstandskraft (Larsen, 2012).

1.4.3 Lidelse

Travelbee definerer lidelse som forskjellige grader av emosjonelt ubehag (Kristoffersen, 2005a). Dette er en fellesmenneskelig erfaring med en personlig, subjektiv opplevelse. Følelser gir erfaringer av ubehag som varierer i styrke, varighet og dybde. Det kan omhandle alt fra enkle forbigående plager av mental, åndelig eller fysisk art, til sammensatte uutholdelige smerter, fortvilelse og avmakt (Kristoffersen, 2005a).

1.4.4. Kronisk smerte

Betegnelsen på kroniske smerter er smerter som ikke har latt seg behandle og har mer enn tre måneders varighet (Rustøen & Stubhaug, 2010). Smerte er det vanligste symptomet ved en del kroniske sykdommer og en del mennesker opplever at smerten er det symptomet som det er viktigst å behandle (Fjerstad, 2010) Smerte kan defineres som en opplevelse av ubehag utløst av både sensoriske og emosjonelle stimuli. Smerte er gjerne forbundet med vevsødeleggelse, men trenger ikke å være det. Smerte er nå klassifisert som en egen diagnose (Fjerstad, 2010: Rustøen & Stubhaug, 2010).

1.5 Oppgavens videre oppbygning

I kapittel 2.0 som er metodekapittelet, gjør vi rede for metoden vi har brukt til å finne svar på problemstillingen. Her beskrives litteratursøk og kritisk vurdering av kildene. Vi gjør rede for hvilke kriterier vi har vektlagt i vårt valg av litteratur. Her har vi vurdert hva som er bra og mindre bra med den forskningen vi fant, reliabilitet, validitet og gyldighet, samt kategorisering av kildene.

I kapittel 3.0 som er teoridelen, beskrives teori som anvendes i kapittel 4. Vi drøfter litt i teori delen, men har et eget drøftings kapittel. Begreper defineres underveis. Her gjør vi rede for smertefysiologi, smertekartlegging, og smertelindring. Vi vil også gjøre rede for de sykepleier teoretikerne vi har valgt ut, som er Travelbee, Orem og Brenner & Wrubel. Sosiologen Antonovski er selvskreven i et helsefremmende perspektiv, med sin definisjon på salutogenese. Vi har også tatt med utdrag fra lovverket, og de yrkesetiske retningslinjene for å konkretisere sykepleierens funksjon og ansvar.

I kapittel 4.0 drøfter vi problemstillingen mot teori, vitenskapelige artikler og egne praksiserfaringer. Her skal vi forsøke å finne svar på hvilken fagkunnskap vi som sykepleiere trenger for å styrke motstandskraften hos mennesker som lider av kroniske smerter. Vi vil drøfte underveis i oppgaven dersom vi finner dette hensiktsmessige.

I kapittel 5.0 oppsummerer vi svarene vi fant i drøftingsdelen og utformer en konklusjon på grunnlag av disse. Vi skisserer også noen tanker om veien videre.

I kapittel 6.0. er referansene på all anvendt litteratur og forskning listet opp etter APA-standard.

2.0.Metode

Metoden er redskapet vårt for å finne svar på problemstillingen vår (Dalland, 2010). Dette er et litterært studium der vi har søkt i eksisterende litteratur som inkluderer pensumlitteratur, selvvalgt faglitteratur og nyere empiri.

I et litterært studium, har vi muligheten til å se problemstillingen vår i sammenheng med andres arbeider, og på denne måte få belyst den fra flere kanter. Det kan bli tidkrevende å lete gjennom de forskjellige databasene for å finne fag- og forskningsartikler, som er relevante, etterprøvbare og overførbare til valgte problemstilling. Derfor blir vi tvunget til å ta noen valg underveis, som kan forårsake mangler. Ved tolkning av andres arbeid kan innholdet få endret betydning. Det er derfor vi skal være kritiske til kildene, og ikke være skråsikre og påståelige i utsagn som ikke er sann vitenskap (Dalland, 2010).

2.1 Litteratursøk.

For at andre skal kunne vurdere den nye kunnskapen vi har skaffet oss, må det gjøres klart hvordan den er fremkommet (Dalland, 2010).

Da vi skulle begynne å søke etter forskning og annen relevant litteratur, satte vi oss ned og tenkte gjennom problemstillingen som vi hadde valgt. Vi fylte ut et PICO-skjema for å finne nøkkelord som kunne være relevant å bruke i et data base søk. Nøkkelordene vi kom fram til var; Pain, Cronic pain, Cognitiv terapy, Pain screening, Gate Control Theory,. Cognitive behavioral therapy, nurse, prevention, primary care, randomised controlled trial, approach

Vi søkte i helsebiblioteket som har tilgang på helsevitenskapelige databaser via Oria. Vi haket også av for «Peer review» Det betyr at forskningen er gått i gjennom av en fag komité, og dermed har fått et kvalitets stempel (Dalland, 2010). Vi er også oppmerksomme på at review-artikler og randomiserte kontrollerte studier skal være av høy kvalitet. Vi valgte ikke å begrense søket vårt i medisinske databaser. Grunnen til dette er at helhetlige tilnærminger ikke nødvendigvis går inn under den medisinske terminologien. Vi ville undersøke det nyeste av empiri på grunnlag av at det er forsket mye på kroniske smerter den seneste tiden(Fjerstad, 2010). Vi avgrenset søket til å gjelde studier nyere enn syv år.

Vi fikk et stort antall treff, i alle databasene. Og flere av forskningsartiklene gikk igjen i samtlige databaser. Derfor kombinerte vi søkeordene i mer presiserende kombinasjoner og kom da frem til vitenskapsartikler som omhandlet det vi skulle skrive om. De fleste vitenskapsartiklene vi fant omhandlet kroniske smerter ut fra en spesifikk diagnose. Dette begrenset overførbarheten i forhold til en helhetlig tilnærming. Etter å ha lest i gjennom mange abstrakter, valgte vi fire studier som til sammen har relevante og viktige punkter som ga oss nok å reflektere over.

2.2 Kildekritikk

Vi vil her begrunne valg av litteratur og vitenskapsartikler som ligger til grunn for oppgaven. Kildekritikk er en vurdering av kilden for å undersøke dens gyldighet og relevans i forhold til å gi svar på problemstillingen vår (Dalland, 2012). Kildekritikk skal vise at vi er i stand til å forholde oss kritiske til det kildemateriellet som vi bruker i oppgaven, og hvilke kriterier vi har benyttet under utvelgelsen (Dalland, 2010).

Boken til Fjerstad (2010) omhandler smerten i sjelen som vi ønsker å inkludere i en helhetlig tilnærming til personer som lever med kroniske smerter. Fjerstad er spesialist i klinisk psykologi og lider selv av kroniske smerter. Hun har bred erfaring innen revmatologisk rehabilitering. Boken er skrevet for helsepersonell, men den er lettforståelig og aktuell for alle som møter utfordringer relatert til kronisk sykdom. I den grad vi har anvendt konklusjoner

basert på hennes egen drøfting og feltarbeid, kan vi betrakte dette som primærlitteratur. I det hun henviser til andre kilder, har vi forsøkt å finne primærkilde, for eksempel Berge og Repål (2010). Tone Rustøen har deltatt i flere studier og omtales som smerteeekspert i sykepleien (Hofstad, 2015b). På grunnlag av dette konkluderer vi med at smertekapitlet hun har skrevet sammen med Stubhaug (2010) kan betraktes som primærlitteratur. Hummelvoll (2012) kan også betraktes som en primærkilde i det han representerer eget stoff. Kristoffersen, Nortvedt og Skaug, (2005) står på pensumlisten til andre sykepleierhøgskoler og sykepleierteoriene er omstendig beskrevet her. Vi er av den oppfatningen at Kristoffersen et al (2005) har høy validitet i sin tolkning av primærkilden. Vi har heller ikke begitt oss ut på å tolke Antonovski selv, men benyttet oss av Gammersvik og Larsen (2012) som er validert av fagansvarlig som pensumbok innenfor helsefremmende sykepleie. Vi betrakter dette som sekundærlitteratur, med de begrensninger det innebærer. Sekundærlitteratur refererer andres meninger og stoffet er da valgt ut og fortolket av forfatteren. Ved å sammenligne forskjellige fagbøker, vil vi forsøke å begrense mangler og feiltolkninger dette kan medføre.

Vitenskapsartiklene vi valgte ut er opp til tre år gamle og det fremmer gyldigheten av empirien. Dette betyr at Fjerstad (2010) ikke hadde tilgang på den samme empirien da hun skrev boken sin. I søkeprosessen avgrenset søket på sju år, da vi var redd for å ekskludere viktige resultater. I den nyeste forskningen fant vi kunnskap som ikke er inkludert i bøkene vi har lest. Derfor valgte vi å inkludere fire ferske studier i denne oppgaven.

Kvalitative undersøkelser etter fenomenologisk hermeneutisk metode er valgt ut fra at vi har funnet ulike elementer som tilsammen besvarer problemstillingen vår. Da vi søkte i Cinahl, fant vi to sykepleievitenskaplige artikler fra Stavanger universitetssykehus med engelsk originalspråk. Disse er fra 2013 og 2014.

Dysvik, Kvaløy og Furnes, (2013) presenterer en studie som hadde som mål å se hvordan kognitiv terapi sammen med fysisk aktivitet, ville virke inn på pasienter med kroniske smerter. Pasientene gjennomgikk et 8 ukers tverrfaglig program. Alle fikk oppfølging etter 6 og 12 måneder der det ble registrert om kognitive terapi sammen med fysisk aktivitet hadde hatt en positiv effekt på livskvalitet, tapsfølelse og smertepåvirkning. Dysvik et al., (2012) konkluderer med at resultatene kan være relevante og overførbare til andre pasientgrupper.

Haraldseid, et al., (2014) utforsker tapsfølelse som oppstår som følge av å lide av kroniske smerter. De kom fram til at pasientene som var med på denne undersøkelsen og som fikk bearbeidet sin tapsfølelse, hadde store muligheter til å hjelpe seg selv, og oppleve et mer meningsfullt liv, selv om de lever med kroniske smerter.

Vi merker oss at intervjuveren møter en utfordring idet vedkommende skal kartlegge noe så personlig som for eksempel tapsfølelsen til objektet. Personlige opplysninger kan tilbakeholdes i forskjellig grad og påvirke studiens resultat. På grunn av at funnene peker på synergiene mellom flere komponenter i prosjektet, er det utfordrende å isolere effekten av en komponent. Likevel finner vi at overføringsverdien i disse to studiene er stor da empirien er norsk, ny, og omhandler det temaet vi skriver om. Funnene er også anvendbare i primærhelsetjenesten.

Vitenskapsartikkelen til Tse og Ho (2014), evaluerer en gruppe helsepersonells fagkunnskaper før og etter et smertekurs innen kartlegging og lindrende behandling. Videre ble det konkludert med at fagkunnskap om smerte, kartlegging, og behandling kunne være med på å gi pasientene en bedre hverdag. Vi ser av referanselisten at forfatterne er orientert om amerikansk forskning. Norge er på smertetoppen i verdensammenheng (Lunde & Nordhus, 2006). I følge Rustøen er manglende smertekartlegging en utfordring i norsk helsevesen også (Hofstad, 2015b). Derfor mener vi vitenskapsartikkelen til Tse og Ho (2014), er relevant for oppgaven som vi skriver, selv om denne studien er kinesisk.

Den fjerde vitenskapsartikkelen vi har lagt vekt på skisserer begrunnelsen for en sykepleierledet, kognitiv terapi i hjemmesykepleien (Biesheuvel-Leliefeld et al., (2012). Hensikten var også å skissere en utforming på en sykepleierledet hjelp-til-selvhjelp som er gjennomførbar i praksisfeltet.

For å være sikker på at artiklene vi valgte er vitenskapelige, har vi spesifikke krav som må oppfylles. For å kvalitetssikre dette brukte vi IMRaD.

- I; Introduksjon. En beskrivelse av bakgrunn og begrunnelse for gjennomføring av studien.
- M; metode. Hvilken metode er brukt og hvorfor
- Ra; Hvilken resultater kom fram
- D; Diskusjon, hvilken betydning har dette resultatet.
- Siden alle kriterier er oppfylt, er artiklene klassifisert som godkjent empiri.

Sykepleierforskning har vært opptatt av å kartlegge hvordan kronisk lidelse påvirker opplevelsen av helse og livskvalitet (Fjerstad, 2010). Innenfor fenomenologisk vitenskap er det mange faktorer som påvirker studiens resultat. Dette svekker studienes reliabilitet, men gjentatte evalueringer og tverrfaglig design er ment å oppveie dette. Dersom beskrivelsen er omfattende og detaljert nok, slik at de dekker flere aspekter ved fenomenet, økes resultatets pålitelighet. Når Haraldseid et al.,(2014), skriver at studiematerialet er validert gjennom tre fortolkninger etter Kvale og Brinkmanns metode, stoler vi på at de vet hva de driver med. Vi har ikke nok kunnskap til å validere kildene etter disse kriteriene, men er avhengige av at andre har gjort et grundig arbeid. Vi forstår at nivået av selvinnsikt blir validert utfra hvordan hver enkelt oppfatter det. Da er vi innforstått med at påliteligheten av data og analyseresultater blir avhengige av ferdighetene til intervjueren og utformingen av analysen. Haraldseid et al., (2014) tar følgene av dette problemet. Kritiske vurderinger og teoretisk forståelse er blitt validert av kollegaer som har analysert det empiriske materialet individuelt. Konklusjonen er deretter tatt på bredt grunnlag. Dette styrker studiens validitet.

3.0 Teoretisk plattform

I dette kapitlet beskriver vi kort hvilken teori som vil være aktuell. Det dreier seg om grunnleggende aktuell fagkunnskap og sykepleierteori som er relevant for drøftingen i neste kapittel. I følge Fjerstad (2010) er det viktig å forstå smertefysiologien og videreføre forståelsen til pasienten. Andre teorier som øker vår forståelse, mestring og mening vil også bli beskrevet her, slik at vi opplever å ha kontroll over arbeidsoppgavene våre (Hummelvoll, 2012).

3.1. Smertefysiologi

Vi starter med å introdusere Rene Descarte som publiserte sin teori om smerteperspeksjon på 1660-tallet. Her beskriver han nevronenes funksjon ved stimulering av varme, kulde eller trykk. Han har bidratt til å gi oss en forenklet forståelse av hvordan nociseptisk smerte oppstår (Moayeddi & Davis, 2013). Andre teoretikere forsøkte å forklare den psykiske smerten, men den fysiologiske forankringen var motstridende og uklar fram til Ronald Melzack og Patrick Wall publiserte sin portteori på 1960-tallet. Portteorien fungerer som en bro som forbinder de gamle motstridende teoriene lokalisert til et bestemt punkt i ryggmargen (Moayeddi & Davis, 2013).

Melzack og Wall fant ut at et inhibitorisk system står for å hemme smerteimpulsene gjennom de nedadgående nervebanene. Aktiviteter som fremmer gode følelser, flyt og kontroll kan aktivere endogene smertehemmende neuropeptider og lindre svake til moderate smerter (Rustøen & Stubhaug, 2010; Fjerstad, 2010; Moayeddi & Davis, 2013). Dette dreier seg blant annet om fysisk aktivitet, mestring, humor og trygge relasjoner. Tanker påvirker følelser som utløser nedadgående nervesignaler som fortolkes i det dorsale hornet i ryggmargen. Oppadgående nervebaner returnerer til talamus i hjernen med smertesvar (Fjerstad, 2010; Håkonsen, 2009; Moayeddi & Davis, 2013). Det samme systemet fremmer smerteimpulser ved angst og lidelse.

Portteorien forklarer tankens kraft som smertehemmer og smertefremmer ved at teorien beskriver hvordan tanker og følelser påvirker smerteopplevelsen og hvordan smerteopplevelsen påvirker opplevelsen av kontroll. Da smerteterskelen er nådd, åpnes smerteporten. I en forenklet framstilling kan vi si at gode følelser lukker porten, men vedvarende stress holder porten åpen og vedlikeholder en inflammatorisk smerte. Dette gjør mekanismen bak kronisk smerte, fantomsmerter og placeboeffekten begripelig. Teorien beskriver at somatisk smerte bryter ned psykologisk motstandskraft og motsatt, at psykologiske påkjenninger øker somatisk smerteopplevelse. Sosiale variabler spiller også inn (Fjerstad, 2010; Håkonsen, 2009; Moayeddi & Davis, 2013).

I følge Håkonsen, (2009) har vi et alarmsystem som aktiveres ved stressende påkjenninger. Hypotalamus styrer stressreaksjoner i to nevroendokrine systemer (Håkonsen, 2009). Stress starter sympatikusaktivering i det autonome nervesystemet som fører til at kroppen inntar

frykt-, flukt-, kampberedskap. Dette fører blant annet til at glatt muskulatur kontraherer, pulsen øker, pupillene utvider seg og respirasjonsfrekvensen øker. Svette og spyttsekresjon påvirkes, blodstrømningen omorienteres og musklene er i beredskap (Håkonsen, 2009). I tillegg frigjøres stresshormonet adrenokortikotropisk hormon (ACTH) fra hypofysen som stimulerer binyrene til å skille ut kortisol og adrenalin (Håkonsen, 2009). Stresshormonene setter kroppen i en katabol fase. Kroppsfunksjonene forsøker hele tiden å gjenopprette normalitet. Vedvarende alarmfase gjør at kroppen blir mindre motstandsdyktig ovenfor nye påkjenninger og dersom denne fasen varer for lenge, vil det tære på kreftene (Håkonsen, 2009). Lindrende intervensjoner er aktiviteter som gjenoppretter den normale rytmen i nervesystemet, og beveger individet fra alarmberedskap til velvære (Rustøen og Stubhaug, 2010). Avspenning, avledning, musikk, og berøring (McCaffery og Beebe, 1996). Akupunktur viser lovende effekt på lindring av kronisk smerte ifølge Rustøen og Stubhaug (2010).

3.1.2 Smertekartlegging.

Vi har endimensjonale skjema der pasienten definerer smertefølelsen sin på en gitt skala. For eksempel Visual Analogue Scale (VAS). Der en er lite og ti er uutholdelig (Fjerstad, 2010; Rustøen & Stubhaug, 2010) Dette skjemaet finnes også i en enkel utgave med smileansikt og gråteansikt (Fjerstad, 2010; Rustøen & Stubhaug, 2010). For å kartlegge hvilke smertekategori det handler om, kan vi anvende et flerdimensjonalt skjema. McGill Pain Questionnaire skjema skal kartlegge både den sensoriske, den effektive og den evaluerende smerte komponent (Fjerstad, 2010; Rustøen & Stubhaug, 2010). Dette skjemaet ble introdusert på 70-tallet og består av en rekke spørsmål. Det er 78 adjektiver og 20 ordgrupper å velge mellom. Vi skiller mellom fire typer smerte. Nociseptisk smerte som skyldes vevsskade. Nevropatiske smerter som er forårsaket av ledningsproblematikk i enten det perifere nervesystemet eller sentralnervesystemet. Psykogen smerte er et viktig symptom på en psykisk lidelse eller diagnose (Almås, Valand, Bilicz og Berntzen, 2001). Idiopatisk smerte er det ingen som har funnet noen forklaring på foreløpig.

3.2. Antonovski

Da vi allerede har vært inne på følelsen av kontroll, er det på tide å presentere den israelske professoren i medisinsk sosiologi, Aron Antonovski (Kristoffersen, 2005b). Antonovski publiserte teorien om salutogenesen, læren om det som fremmer helse. Begrepet er en sammenfatning av det latinske «saluto» og «genese», som betyr «sunnhet», og «skapelse» (Lærdal & Fagermoen, 2011a). Teorien består av tre sentrale begrep begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet (Bastøe, 2011; Gammersvik, 2012; Lærdal & Fagermoen, 2011a). Begripelighet omhandler den kunnskap hver enkelt besitter om seg selv. Håndterbarhet forutsetter å være bevisst på sine ressurser, og kunne anvende disse til å takle

de utfordringer vi står overfor. Meningsfullhet er å føle at livet har en verdi. En opplevelse av sammenheng mellom disse tre elementene gir oversikt, kontroll og overskudd i form av motstandskraft og høyere grad av helse (Bastøe, 2011; Gammersvik, 2012; Lærdal & Fagermoen, 2011a; Mæland, 2012).

Empowerment dreier seg om å hjelpe medmennesker til å hjelpe seg selv, slik at lidelse begrenses og videre helseproblemer forebygges. Empowerment handler om å øke menneskers egenomsorg. Dette kan oppnås ved å øke menneskers begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet (Tveiten, 2012).

3.3 Sykepleierteorier

Som sykepleiere vil vi møte krav om fleksibilitet, forsvarlighet, selvstendighet og tverrfaglig samarbeid. Da gjelder det å være bevisst sin funksjon. Sykepleierteoriene sier noe om de karakteristiske trekkene som kjennetegner sykepleie (Kristoffersen, 2005a). Vi har valgt å referere til Travelbee da hun har et menneskesyn som harmonerer med vår oppfatning og oppgavens hensikt. Vi nevner Orems egenomsorgsteori og Brenner og Wrubels bidrag til omsorgsteoriene.

3.3.1 Menneskesyn

I en holistisk tilnærming ses det enkelte menneske som en unik, sammensatt person der både fysiske, emosjonelle, kulturelle og åndelige behov ivaretas (Hummelvoll, 2012). Travelbee har et eksistensialistisk menneskesyn. Med det menes at hun ser på mennesket som unikt, med sin egen subjektive forståelse av seg selv og omgivelsene (Kristoffersen, 2005a).

Når et menneske blir rammet av sykdom er det ikke bare det syke område som rammes, men hele mennesket. Forståelsen for hvem og hva vi er, hele verdien av vår livsgrunnlag blir rystet i sine grunnvoller (Solvoll, 2005).

Endringer i den fysiske funksjon eller utseende, som er forårsaket av en kronisk sykdom, kan virke truende (Solvoll, 2005). Identiteten som uttrykker hvem og hva vi er endres. Ny identiteten må da skapes ut fra endrede forutsetninger. Identitet er summen av de verdiene vi har.

Egenverdet eller selvfølelsen er den evnen vi har til å tenke positivt og godt om oss selv (Solvoll, 2005). Følelsen av å høre til i dette samfunnet og ha rett til å leve dette livet, er det som definerer egenverdi, uten at det går over til narsissisme. Med dette menes verdien vi setter på oss selv, uavhengig av andres meninger.

I en fenomenologisk og holistisk-eksistensiell tilnærming er vi opptatt av å forstå den andres situasjon i forhold til både personlighet, kontekst og verdisyn (Hummelvoll, 2012). Den

hjelpsøkende sees som en ressurs og vi forutsetter at vedkommende er en aktiv medvirker i sin prosess (Hummelvoll, 2012).

3.3.2 Travelbees interaksjonsteori

Joyce Travelbee arbeidet som psykiatrisk sykepleier. Hun er inspirert av eksistensialistisk filosofi og humanistisk psykologi (Kristoffersen, 2005a).

Travelbee framhever sykepleierens evne til å bruke seg selv som terapeutisk redskap (Kristoffersen, 2005a). I den terapeutiske samhandlingen med pasienten vektlegges kommunikasjon. Hun mener at det er vesentlig å skape et likeverdig forhold mellom sykepleier og pasient som fremmer gjensidig forståelse og kontakt. Travelbee definerer sykepleie som en prosess mellom to likeverdige mennesker der kommunikasjon og felles forståelse er vesentlig for å oppnå gode resultater. Travelbee fokuserer på kontakten mellom sykepleier og pasient i et likeverdig forhold, der skillet mellom rollene viskes ut av nærhet og tillit. Travelbee er så opptatt av å se det unike ved hvert menneske at hun forkaster rollebegrepet og alle generaliseringer det innebærer (Kristoffersen, 2005a). Roller og generalisering skaper holdninger og avstand, det står i veien for å oppnå tillit, gjensidig forståelse og kontakt. Travelbee er negativ til rollebetegnelser da hun mener dette øker avstanden mellom menneskene.

Sykepleieren har en viktig støttende funksjon ved å støtte mestring, akseptering, mot, finne mening og håp. Sykepleierens hovedoppgave består i å gi hjelp til en person, pårørende og samfunn, på en slik måte at deres erfaringer med lidelse mestres, eller ny innsikt erverves (Kristoffersen, 2005a). I følge Travellbee omhandler sykepleierfunksjonen å forebygge sykdom og fremme helse.

Travelbee adskiller sykepleierfaget fra medisinen (Kristoffersen, 2005a). Hun beskriver sykepleie som en egen profesjon som samhandler, deler kunnskap, utøver omsorg og empowerment.

Travelbee har også definert en del begreper som vi anvender i oppgavene. Det kommer vi tilbake til.

3.3.3 Dorothea Orems egenomsorg teori.

I 1971 presenterte Orem egenomsorgsteorien sin (Kristoffersen, 2005a). Denne teorien går ut på at mennesket har omsorg for seg selv. Egenomsorgsteorien tar utgangspunkt i drivkraften i mennesket, livsmotet, selve lysten til å være i live som nærer motivasjonen for å tilfredsstille våre grunnleggende behov. Orem har en stor tro på menneskets ressurser og muligheter for problemløsning, personlig vekst og utvikling (Kristoffersen, 2005a). Med dette menes at mennesket har en evne til kontinuerlig å kunne tilegne seg ny kunnskap, for så å vurdere

denne kunnskapen og fatte beslutninger om å implementere den i sin livssituasjon. Orem vektlegger sykepleiergjøremål, men sier også noe om samhandling og kommunikasjon (Kristoffersen, 2005a). Orem legger også vekt på menneskets motivasjon til å ta vare på de svake (Kristoffersen, 2005a).

3.3.4 Benner og Wrubels omsorgsteori.

Brenner og Wrubel skriver noe slikt som at vi trenger en sykepleierteori formet av sykepleier ekspertise, slik den blir utført hver dag. Ikke teori som kan tolkes, eller er beskrivende og ei heller er ideale som teorien streber etter (Kristoffersen, 2005a).

Benner og Wrubler sitt menneskesyn er bygget på en fenomenologisk virkelighetsforståelse (Kristoffersen, 2005a). De opererer med fire sentrale begrep. Kroppslig kunnskap, omsorg, spesielle anliggender og bakgrunnsforståelse (Kristoffersen, 2005a). Menneskets omsorgs evne skiller mellom det som er viktig og det som ikke er så viktig. Og omsorgen er rettet utover fra oss selv, mot andre. Med kroppslig kunnskap menes at vi må se hele menneske som et, og ikke som to separate deler, som kropp og sjel. Bakgrunnsforståelse er den kulturelle påvirkning vi utsettes for fra fødselen av og kunnskapen vi knytter til oss hele veien. Spesielle anliggende er verdier vi legger til grunn for vår identitet og persepsjon. Fra denne virkeligheten filtreres vår forståelse av det som skjer rundt oss (Kristoffersen, 2005a).

Dersom det skjer et sammenbrudd, skjer det i menneskets uanstrengte og ubesværede funksjon. Sykdom og traumer er situasjoner som gjør at vi havner i stressende situasjoner. Her kommer Brenner og Wrubels situasjonsbetingende muligheter og frihet inn. For som Brenner og Wrubel skriver, så kan vi ikke velge fritt hvilken mening vi skal tillegge situasjonen vi befinner oss i. Våre meninger er et produkt av vår kunnskap, kultur, oppdragelse og interesser (Kristoffersen, 2005a). Pasientens opplevelse av helsesvikt, ses i kontekst med pasientens omgivelser og er basis for handlinger og tiltak (Kristoffersen, 2005a).

3.4 Sykepleierens ansvar

Sykepleierens yrkesetiske retningslinjer forteller oss noe om hvordan vi skal forholde oss til vår profesjon og hvordan vi skal samhandle med pasienten (Norges sykepleierforbund, 2011).

Sykepleierens yrkesetiske ansvar innebærer blant annet å respektere det enkelte menneskets verdighet (Norges sykepleierforbund, 2011). Sykepleien skal være forankret i adferd som bygger på omsorg og barmhjertighet. Vi har plikt til å ivareta pasientens integritet, verdighet og medbestemmelse. Videre skal sykepleien være kunnskapsbasert og helhetlig (Norges sykepleierforbund, 2011). Som sykepleiere har vi ansvar for å utøve en sykepleierpraksis som er forebyggende og helsefremmende. Dette handler blant annet om å understøtte håp, fremme mestring og styrke livsmot hos pasienten (Norges sykepleierforbund, 2011).

Helse -og omsorgstjenesteloven (2011) konkretiserer kommunens ansvar. Formål og virkeområde er å fremme helse og forebygge lidelse hos alle som oppholder seg i kommunen. Samhandling skal sikre best mulig utnyttelse av ressursene i tjenestetilbudet for pasienter og pårørende.

Som sykepleiere har vi til enhver tid plikt til å forholde oss til *Helsepersonelloven* og *Pasientrettighetsloven*. Disse lovene forteller oss hvordan vi skal opptre og ovenfor pasienten og hvilket lovpålagt ansvar vi har. *Helsepersonelloven* (1999) har som formål å bidra til kvalitetssikring i helse- og omsorgstjenesten, bidra til pasientsikkerhet og bidra til at befolkningen har tillit til helse- og omsorgstjenestene (*Helsepersonelloven*, 1999). I følge *Helsepersonelloven*,(1999) har vi plikt til å vi holde oss faglig oppdatert og ikke overskride vårt kompetansenivå. Vi skal gi pasienten den pleien han har krav på, og ikke utsette ham for unødig fare (*Helsepersonelloven*, 1999). *Pasient- og brukerrettighetsloven*, (1999) konkretiserer hva pasienten har krav på, kan forvente og kreve av helsepersonell. Det er viktig for helsepersonell å kjenne til denne loven også, da den kompletterer *Helsepersonelloven* (1999). *Pasient- og brukerrettighetsloven*, (1999) har blant annet som formål å sikre rettferdig fordeling av tjenester, sikre helse- og omsorgstjenester av god kvalitet og fremme tillitsforholdet mellom pasienten og helse- og omsorgstjenestene. Her er respekten for pasientens integritet og verdi lovpålagt i tillegg skal loven bidra til å legge til rette for trygge relasjoner (*Pasient- og brukerrettighetsloven*, 1999).

Med dette menes at vi har plikt til å gi pasienten helhetlig, kunnskapsbasert, respektfull og rettferdig behandling. Pasienten har krav på å motta evidensbasert sykepleie dersom vedkommende har behov for det. Pasienten har rett til å bli respektert og tatt alvorlig. Brukermedvirkning er også et viktig prinsipp (*Pasient- og brukerrettighetsloven*, 1999; *Helsepersonelloven*, 1999).

3.5 Det moderlige og det faderlige prinsipp

Disse prinsippene gjennomstrømmer fundamentet i omsorgsarbeidet (Strand, 1990). Det moderlige prinsipp legger grunnlaget for egenomsorg ved å fremme nærhet og kontinuitet. Dette er et prinsipp som forankres i vår egenskap av pålitelighet, ekthet og empati. Pasientens opplevelse av trygghet og velvære fremmes. Ved å integrere elementer fra det faderlige prinsipp skapes muligheter for endring, mestring og vekst (Strand, 1990). Passende arbeidsoppgaver utfordrer pasienten til å ta i bruk sine ressurser, mestre og øke sin følelse av verdi.

3.6 Lazarus og Folkmans stressmestringsstrategi

Lazarus og Folkman presenterer to stressmestringsstrategier (Kristoffersen, 2005c; Fjerstad, 2010; Reitan, 2010). Med mestring mener vi å håndtere en situasjon ut fra egne ressurser. Problemorientert stressmestring og emosjonellorientert stressmestring. Hvilken strategi som blir valgt kommer an på personligheten til pasienten, og i enkelte tilfeller på problemet

Ved den problemløsende stressmestringsstrategien vil pasienten aktivt gå inn for å finne en løsning problemet (Kristoffersen, 2005c). Pasienten vil da ta utgangspunkt i kjernen av problemet, innhente informasjon om problemet, for deretter å vurdere hele problemet på nytt. Hensikten er å finne en løsning eller prøve å forhindre at slike situasjoner oppstår på nytt. Dersom problemet løses fører strategien til bearbeidelse av den følelsesmessige påkjenningen. Dersom personen lykkes med denne strategien, er sannsynligheten stor for at pasienten vil lykkes også neste gang (Kristoffersen, 2005c).

Ved den emosjonelle stressmestringsstrategien, har pasienten som hovedmål å justere eller dempe følelsene av ubehag istedenfor å angripe kjernen til problemet (Kristoffersen, 2005c).

3.7 Den kognitive triade og Kognitiv adferdsteori

Kognitiv terapi, beskriver hvordan en støttende indre samtale fremmes. Dette er hjelp til selvhjelp i samsvar med empowerment. Kognitiv terapi eller kognitiv adferdsterapi er en veiledet selvhjelpsøvelse i tenkende problemløsning der målet er å frigjøre seg fra uheldig tankemønster. Den Kognitive tirade, Beck, handler om det lidende menneskes syn på seg selv som karakteriseres av lav selvfølelse, følelse av hjelpeløshet og håpløshet (Berge & Repål, 2010). Det finnes former innenfor kognitiv terapi for blant annet smerteproblematikk, bekymringer, søvnproblemer og lav selvfølelse (Berge & Repål, 2010). Bakgrunnen for denne metoden er erkjennelsen av at tankene påvirker følelsene våre, og at adferden vår ikke er et resultat av tanken, men av følelsen som oppstår av det vi har tenkt. Metoden er en øvelse på å bli sin egen støttespiller ved at man lærer å kartlegger tankemønsteret sitt og evaluere nytteeffekten av det man har tenkt (Berge & Repål, 2010). I samarbeidet mellom terapeut og pasient undersøkes problemrettede tanker. Katastrofetenking aktiverer affektive emosjoner og fører til uhensiktsmessig handling. Øvelsen går i korte trekk ut på å oppdage tanker som er overdrevne og generaliserende, evaluere og korrigere disse for å tilegne seg kontroll over problemene. Er tankene realistiske, støttes avbalanserte følelser og dette fører til problemløsende adferd (Berge & Repål, 2010; Fjerstad, 2010).

4.0 Drøfting

I drøftingen har vi valgt å ta utgangspunkt i Antonovskis definisjon av salutogenese. (Gammersvik & Larsen, 2012). Her drøfter vi hvilken kunnskap sykepleieren benytter i prosessen med å fremme motstandskraft hos mennesker som strever med kroniske smerter. I følge Antonovski øker vi disse menneskenes motstandskraft og opplevelse av helse ved å øke deres opplevelse av sammenheng. Derfor tar vi utgangspunkt i å øke de tre komponentene begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet (Gammersvik & Larsen, 2012).

4.1 Fra Descarte til Antonovski

Historisk sett ble intervensjonene rettet mot å behandle sykdommen. Rene Descarte blir sett på som dualismens far, da man begynner å behandle kropp og sjel som to adskilte deler (Ilkjær, 2011). Dette har ført til at vi over trehundre år senere er sosialisert til å ha et dualistisk menneskesyn der vi skiller mellom kropp og sjel.

Sykepleier- og legeprofesjonen overlapper hverandre når det kommer til smertelindring. Rustøen & Stubhaug, 2010). I den biomedisinske modellen ser vi at oppmerksomheten rettes mot diagnosen, pasientens problem som ønskes løst. I følge Hummelvoll (2012) gir diagnosen en smal forståelse av pasienten, da vedkommendes egenopplevelse og ressurser lett kommer i bakgrunnen. Patologien skygger for salutogenesen (Hummelvoll, 2012; Fjerstad, 2010). Innen smertebehandlingen skilles det mellom nociseptisk, nevrologisk, psykisk og ideopatisk smerte. Smerter behandles tradisjonelt som om de sitter enten i kroppen eller i sjelen (Fjerstad, 2010).

På den ene siden er det avgjørende å vite noe om smertenes årsak, da dette krever forskjellige intervensjoner og ulik medikamentell behandling. På den andre siden fører dette lett til et reduksjonistisk fokus, der personen, individet og den personlige opplevelsen kommer i bakgrunnen (Fjerstad, 2010). Nociseptisk og nevrologisk smerte som sitter i kroppen bekjempes tradisjonelt med medikamenter eller kirurgi. Intervensjonen rettes normalt ikke mot å styrke pasienten motstandsressurser i første omgang (Fjerstad, 2010). Dette kan føre til at pasienten legger sin lit til helsesystemet. Her ser vi en ubalanse i maktforholdet som vi ønsker å rette opp. Empowerment handler om å overføre krefter til pasienten, slik at vedkommende får økt motstandskraft (Tveiten, 2012). I fagartikkelen til Lunde og Nordhus (2009) leser vi om samfunnskostnadene som kroniske smerter fører med seg. Dersom biomedisinske intervensjoner ikke har tilfredsstillende effekt kan dette lett føre til en opplevelse av hjelpeløshet (Almås et al., 2001). Dette har vi erfart i praksis. Derfor støtter vi Fjerstad (2010) i å etterstrebe et mer helhetlig perspektiv.

Når det gjelder kronisk smerte er det ikke uvanlig at medikamenter ikke gir tilfredsstillende effekt selv om smerten er kartlagt korrekt. Alle typer kronisk smerte har potensiale til å utvikle seg slik at de gir pasienten tapsfølelse. Dette er bevist i studien til Haraldseid et al,

(2014). Tapsfølelse er også karakteristisk hos pasienter som lider av depresjon. Likevel er det usikkert om vi gjør pasienten friskere ved å påpeke at lidelsen er psykisk og henviser til psykolog. På den ene siden er det riktig å arbeide tverrfaglig, men på den andre siden kan dette føre til ansvarsfraskrivelse. I intervjuet med Sykepleien fremhever Rustøen at sykepleieren har et selvstendig ansvar i å ta smerten på alvor for at pasientene skal få den hjelpen de trenger (Hofstad, 2015b). Hun argumenterer for at sykepleieren befinner seg nærmest pasienten og har best utgangspunkt for kontinuerlig oppfølging (Hofstad, 2015b). Vi ser at dette stemmer i hjemmesykepleien der vi har en unik mulighet til å opprette et nært pasientfelleskap. Det er også riktig at vi har tett oppfølging med pasienten over lang tid.

Akkurat som oppfattelsen av lidelse er subjektiv, kan heller ikke kronisk smerte måles med objektive måleinstrumenter. Selv om noe ikke er målbart, betyr det ikke at det er mindre reelt. Subjektive fenomener er like reelle som objektive, men de er utilgjengelige for andres kontroll (Almås et al., 2001). Smerten kompliseres av at det er flere faktorer som spiller inn og påvirker smertepersepsjonen. Og når det da er vanskelig å beskrive den smerten en har, spesielt den som ikke har noen åpenbare grunner, er det vanskelig for omsorgspersonen å forstå hvor reel smerten faktisk er. Pasienten vil også reagere på smerteopplevelsen ut fra sine tidligere erfaringer. Dersom vi ikke tar dette med i betraktningen når vi vurderer pasientens smerter, kan vi fort mene at vår oppfatning er mer riktig (Almås, 2001) I praksis ser vi ofte at sykepleieren tolker pasienten smerte ut ifra egne erfaringer. Og hva fører det til?

Rustøen fremsetter en påstand om at helsepersonell ofte undervurderer smerteproblematikken hos brukerne (Hofstad, 2015b). Kan sviktende kartlegging og dårlig oppfølging være en av grunnene til at Norge ligger på smertetoppen (Lunde & Nordhus, 2006). Vi vet at ubehandlede smerter fører til søvnproblemer, og fatigue. Sinne, frustrasjon, angst og depresjon tilskrives en del av problemet (Hummelvoll, 2012). Disse symptomene forsterker smerten og fører til en ond sirkel. Stress genererer smerte som igjen genererer stress (Hofstad, 2015b).

På den ene siden får pasienten utilstrekkelig behandling (Tse & Ho, 2012). På den andre siden er dette problemer som krever store ressurser (Rustøen & Stubhaug, 2010; Lunde & Nordhus, 2006). Som helsepersonell har vi en etisk og moralsk plikt til å arbeide kunnskapsbasert, respektere menneskerettighetene og utøve helhetlig og omsorgsfull pleie (Helsepersonelloven, 1999; Yrkesetiske retningslinjer, 2011). Empirien stadfester likevel at kartleggingen som helsepersonellet gjør ikke er god nok (Rustøen & Stubhaug, 2010; Tse og Ho, 2012).

Legen diagnostiserer patologien og skriver ut resepter, men sykepleierne har en annen tilnæringsmåte når det kommer til den kliniske undersøkelsen. Det blir i større grad fokusert på hvordan kronisk smerte innvirker i dagliglivet og på den allmenne helsen generelt.

Dersom vi ikke har noen effektiv behandling, finnes det da noen grunn til å kartlegge smerten? På den ene siden kan kartleggingen ha verdi for pasienten. Vår erfaring er at pasienten kan ha stort behov for å forstå både årsak, virkning og behandlingsalternativer. Slik kan vedkommende tilegne og nyttiggjøre seg ny kunnskap. Orems egenomsorgsteori omhandler elementer som styrker pasientens evne til egenomsorg (Kristoffersen, 2005a). På

den andre siden har vi ingen mulighet til å ivareta pasientens spesielle anliggender, slik Brenner og Wrubels omsorgsteori skisserer dersom vi ikke evner å forstå pasienten (Kristoffersen, 2005a). En helhetlig helsemodell med en tverrfaglig tilnærming er nødvendig for å erverve en innsikt i smerten og dens konsekvenser (Lunde & Nordhus, 2006). Av dette ser vi det er god grunn til å kartlegge smertene. Dette samsvarer med Retningslinjene for smertelindring (2009). Ved å ivareta pasientens behov handler vi i samsvar med Benner og Wrubels omsorgsteori (Kristoffersen, 2005a). Benner og Wrubel er kritisk til standardiserte oppgaver men vektlegger pasientens mening og vedkommende sine spesielle anliggender (Kristoffersen, 2005a). Dette fritar oss ikke fra å benytte kartleggingsskjema i vår vurdering av pasientens smerter. Hvordan skal vi ellers ivareta pasientens behov? Ved å kartlegge opplevelsen av smerte, bidrar vi sannsynligvis ikke til at de forsvinner, men pasienten føler seg sett og tatt på alvor. Positive følelser stimuleres som et resultat av at pasienten har fått dele sin historie. Tilliten opprettholdes og vi arbeider for å kartlegge pasientens opplevelse av tap, validerer, anerkjenner, samt normalisere pasientens følelser (Fjerstad, 2010). Ved å dokumentere kvalitet, intensitet, varighet (Rustøen & Stubhaug, 2010). kan vi lettest oppdage endringer i pasientens smertetilstand. Dersom dokumentasjonen er upresis, blir det vanskelig å oppdage eventuelle mønster, eller forandringer i pasientens situasjon. Våre synsinger blir i denne sammenheng totalt uvesentlige.

Det finnes mange typer skjemaer til bruk for kartlegging av smerter. Hvor vondt har du på en skala fra en til ti? I praksis erfarer vi at pasientene synes det er vanskelig å svare presist på dette. McGill-smerteskjema er et verktøy i kartleggingen av de tre forskjellige smertekomponentene (Fjerstad, 2010; Rustøen & Stubhaug, 2010). Ordgruppene består av forskjellige forklaringer om en gitt smerte. Eks. Stikker den? Bølger den? Kommer eller går? Hvilke ord pasienten velger ut fra skjemaet, kommer er et resultat av vedkommendes erfaring. Dersom pasienten ikke finner det ordet han vil bruke til å forklare smerten sin med, eller tillegger ordet en annen mening blir kanskje ikke resultatet riktig. McGill-smerteskjema blir redigert ofte for å øke dets reliabilitet (Rustøen & Stubhaug, 2010). Vi har aldri opplevd at noen har anvendt dette skjemaet i praksis. Rustøen og Stubhaug (2010) fremhever også at manglende anvendelse av standardiserte kartleggingsverktøy er et problem i praksis. Dersom dette skyldes en holdning om at det er unødvendig å anvende kunnskapsbaserte kartleggingsverktøy, handler vi da i samsvar med en kunnskapsbasert praksis? Ivaretar vi pasientens tillit til helse- og omsorgstjenesten da vi ikke kartlegger problemet skikkelig? Respekten for menneskets iboende verdighet betyr å respektere pasientens opplevelse, da vi vet at denne er viktig for pasienten (Norges sykepleierforbund, 2011; Kristoffersen, 2005a). Tse og Ho (2012) viser i sin studie at er store mangler i fagkunnskapen om smertekartlegging. Videre finner de at fagkunnskap om smerte endrer holdningene blant helsepersonellet. Etter smertekurset begynner helsepersonellet å ta pasientens opplevelse på alvor (Tse & Ho, 2012). Kartlegging viser også at det er flere smertepasienter enn vi tror (Hofstad, 2015b).

Hva kan beskjeden om at smerten er psykisk føre til? Vår erfaring er at pasienten kan være følsom på dette feltet, spesielt dersom nettverket er preget av dårlig støtte. Da kan dette føre til at pasienten føler seg misforstått, eller mistenkeliggjort. Dersom smerten viser seg å være idiopatisk, får vi kanskje problemer med å øke pasientens forståelse. Idiopatisk smerte er bare uforståelig og det fører kanskje til at denne ikke blir tatt helt alvorlig. Hvordan skal vi kunne ta på alvor det vi ikke forstår? Hvordan kan vi bidra til at pasientens verdighet blir ivaretatt, fremme brukermedvirkning og opptre med barmhjertighet? (Norges sykepleierforbund, 2011). Dette er ikke noe lite ansvar. Vi er underlagt lovverk som er utformet for å bidra til økt pasientsikkerhet og kvalitet i helse og omsorgstjeneste Loven skal også opprettholde tillit til oss som helsepersonell og etaten for øvrig (Helsepersonelloven, 1999).

Vi har forståelse for at biomedisinske modeller og medisinsk kunnskap er nødvendig og verdifullt som grunnlag for pasientopplæringsmodeller (Fjerstad, 2010). Likevel regner vi dette bare som en del av helheten. Fjerstad (2010) skriver at det har vært utvikling innenfor feltet smerte på senere år. Vi vet nå at smerter oppstår som et resultat av sensorisk stimuli, kognitiv evaluering og affektiv erfaring (Fjerstad, 2010; Håkonsen, 2009; Moayedi & Davis, 2013). Smertefysiologien ikke er fullstendig kartlagt, men i motsetning til Descarte, vet vi nå at smertemekanismene er flerdimensjonale.

4.1.1. Helhetlig perspektiv

Fjerstad (2010) er ikke alene om å mene at helsepersonell trenger kunnskap om empiri, psykologi og teori om smertefysiologi fordi det er mange mennesker som trenger hjelp til å mestre smertene sine. Dette underbygges også av vitenskapsartiklene vi har anvendt i denne oppgaven (Biesheuvel-Leliefeld et al., 2012; Dysvik et al., 2013; Haraldseid et al., 2014; Tse & Ho, 2012).

Hvordan vi velger å behandle pasienten kommer an på smertenes intensitet, situasjonen til pasienten og ikke minst pasienten selv. Pasienter som ikke opplever tilfredsstillende smertelindring med den tradisjonelle medikamentelle smertelindringen er kanskje åpne for å prøve alternative smertemestringsstrategier (Rustøen & Stubhaug, 2010). Sykepleierens målsetning er å hjelpe pasientene med å mestre hverdagen på en måte som er forenelig med et meningsfullt liv selv med kroniske smerter, og på den måten øke deres motstandskraft. Vi skal ikke bare lindre smerten pasienten har, men forbedre både livskvalitet og funksjonsnivå, slik at pasienten får en bedre hverdag (Rustøen & Stubhaug, 2010). Dette krever et helhetlig perspektiv (Fjerstad, 2010). Med nyere kunnskap om psykososiale forhold, reformer og lovverk beveger vi oss fra et dualistisk perspektiv til et salutogent perspektiv. Fra Descarte til Antonovsky (Fjerstad, 2010).

Hva betyr et helhetlig perspektiv? Vil det si at vi likestiller alternativ behandling med skolemedisinen dersom pasienten ønsker dette? Grensene mellom skolemedisin og alternativ behandling er uklare, og Sandøy argumenterer for et klarere skille (Hofstad, 2015a). By, lederen i Norges Sykepleier Forbund, fremhever at grensen går ved faglig forsvarlighet,

kunnskapsbasert og omsorgsfull pleie (Hofstad, 2015a). Dette krever bevissthet vedrørende pasientsikkerhet, yrkesetiske retningslinjer og sykepleierens funksjon (Hofstad, 2015a).

Vi reflekterer over virkningen av et salutogent perspektiv. Ved å fremme helse har vi muligheten til å oppnå høyeste grad av helse. Med en reduksjonistisk tilnærming derimot unngår vi i beste fall «bare» sykdom (Hummelvoll, 2012). Her forutsettes likevel at vi har kunnskap nok til å holde oversikt, ellers risikerer vi å bevege oss over i kaos (Hummelvoll, 2012). Der skal vi vite vår begrensning og søke tverrfaglig samarbeid (Helsepersonell-loven, 1999).

Med helhetlig perspektiv mener Fjerstad (2010) at vi ser pasienten som en hel person med både friskt og sykt, unik i seg selv og i sammenheng med sine omgivelser. Benner og Wrubel ser alltid pasienten i forhold til omgivelsene (Kristoffersen et al, 2005a). Da snakker vi helhetlig.

Det er kanskje ikke mulig å forstå pasientens situasjon fullt ut, hverken når det kommer til smerte eller følelser, fordi dette er en subjektiv opplevelse. Pasienten kan uttrykke følelsene sine vagt og indirekte. Aktiv lytting dreier seg om å være aktivt tilstede, lytte engasjert og undersøke det man blir fortalt (Eide og Eide, 2012). En empatisk holdning overfor pasienten vil være oss til hjelp når vi kommuniserer med pasienten. Empati er evnen til å sette seg inn i pasientens opplevelse og i hensikt å bevisstgjøre pasientens behov. (Kristoffersen & Nortvedt, 2005). Dette er en av de grunnleggende egenskapene for å utøve god sykepleie. Dersom vi mislykkes i å opprettholde pasientens tillit, reduseres mulighetene til å bedre pasientens situasjon, dessuten bryter vi loven (Helsepersonelloven; 1999; Pasient og brukerrettighetsloven, 1999). Pasienten kan også oppleve en sterk følelse av å være forlatt, ensom og hjelpeløs (Almås et al., 2001). Da finner vi ingen støtte i sykepleierteoriene til Travelbee, Benner og Wrubler (Kristoffersen, 2005a). I følge Almås et al., (2001) kan negative følelser igjen føre til at behandlingen får mindre effekt. Dette virker begripelig som følge av det vi har lært om smertefysiologien (Rustøen & Stubhaug, 2010; Fjerstad, 2010; Moayed & Davis, 2013). Som følge av dette forstår vi verdien av Travelbees sin interaksjonsteori (Kristoffersen, 2005a) I følge Travelbee skal omsorgsgiver og mottaker forholde seg til hverandre som to unike personer med særegne identiteter. Ved hjelp av aktiv lytting og gjenkjennelse blir det mulig å oppfatte nyansene som kommer til uttrykk i ord og handlinger, slik at vi kan handle i samsvar med pasientens beste (Eide & Eide, 2012). I følge Travelbee kan sykepleieren bruke seg selv som terapeutisk redskap for å styrke pasientens følelse av verdi (Kristoffersen, 2005a). Etter å ha lært om Travelbees interaksjonsteori og moderlig omsorg, forstår vi at menneskelige varme er støttende og lindrende i seg selv, men en terapeutisk samtale kjennetegnes ved at den styrker pasientens ressurser (Kristoffersen, 2005a; Strand, 1990).

Egenerfaring om smerte og lidelse, kan kanskje føre til at vi får en bedre forståelse overfor pasienten når vi ser denne lider. Motsatt kan egenerfaring også være en fallgrube da vi fort kan komme til å overse pasientens opplevelse idet vi tror vi vet hvordan vedkommende har det (Almås et al., 2001). I sympati finnes det en indre motivasjon til å hjelpe den som lider. Ved å oppnå sympati overfor pasienten, blir vi bedre sykepleiere som ikke unnviker vårt

ansvar. Dette er i samsvar med Orems egenomsorgsteori som tar utgangspunkt i den samme motivasjonen (Kristoffersen, 2005a).

4.2 Helse

Travelbee har ingen klar definisjon av helse, men reiser flere spørsmål. Hvordan kan sykepleieren fremme helse uten at begrepet er forstått? Henderson definerer helse som en opplevelse av å ha «kunnskap, krefter og vilje» til å mestre hverdagens krav (Reitan, 2010). Antonovsky definerer helse som en opplevelse av sammenheng mellom begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet (Larsen, 2012). I følge Antonovski er helse en subjektiv erfaring hos hver enkelt der helseopplevelsen alltid befinner seg et sted mellom helse og uhelse. Det friske og det syke blir med dette to sider av helsebegrepet. Det latinske salutogenese betyr læren om det som fremmer helse og patogenese betyr læren om det som forårsaker sykdom (Larsen, 2012). Ingen av disse definisjonene baserer seg på fravær av sykdom. Som vi ser av Fjerstad (2010) er det mulig å oppleve å ha helse på tross av at man lever med kronisk sykdom. Av dette forstår vi at det er opp til hver enkelt å definere sin egen grad av helse. På den ene siden er det normalt at kroniske smerter vil påvirke graden av helse, men motsatt forekommer det også at enkelte opplever å ha dårlig helse selv om det ikke foreligger patologi. Dette belyser at helsebegrepet innebærer subjektive og objektive komponenter. Noen synes helsen er god dersom man er frisk nok til å arbeide, og andre synes god helse er å evne utførelse av meningsfulle handlinger (Kristoffersen, 2005b). Både Antonovsky, Travelbee, Benner og Wrubler og Orem vektlegger betydningen av mening (Kristoffersen, 2005; Larsen, 2012). Dersom vi velger å definere helse som en ressurs, blir det vanskelig å skille helse fra motstandskraft. Både helse og motstandskraft handler om evne til egenomsorg, selvstøtte, selvfølelse, trivsel, endring, og mestring (Larsen, 2012).

Å leve med kroniske smerter er funnet å forårsake tap i forskjellige aspekter i livet (Haraldseid et al., 2014). Kronisk smerte blir sett på som en tilstand med potensiale i å gi en person følelsen av å bli fratatt det han eller hun verdsetter på grunn av kompromisser eller tap. Tap defineres som livshendelser eller endringer som kan resultere i at noen blir eller føler seg fratatt noe verdifullt (Haraldseid et al., 2014). Opplevelsen av tap er universell hos mennesket. I løpet av livet opplever vi tap av forskjellig type og omfang. Kanskje kan døden sees som det største tapet? Tapsfølelsen varierer fra person til person og defineres individuelt. Disse tapene har potensiale til å endre pasientens livskvalitet med tanker om og opplevelsen av sin verden. Forskerne understreker at det er viktig å validere tap i alle rehabiliteringsprogrammer for å sikre omsorgsfull behandling av pasienter med kroniske smerter (Haraldseid, et. al, 2014). Nylige funn foreslår at pasienter som lider av kroniske ikke-maligne smerter, opplever sorg relatert til sine tap tilsvarende sorg ved tap grunnet død (Haraldseid, et. al, 2014). Behandlingen som tilbys pasienter med kroniske smerter bør derfor hjelpe pasienten med å tilpasse seg sin nye livssituasjon ved å bearbeide tap som en egen erfaring. Haraldseid et al., (2014) konkluderer med at dette står i kontrast til tidligere forskning der målet med å håndtere sorg var å lære å leve med tapet. De presiserer også at det finnes få rapporterte intervensjonsstrategier og at litteraturen om emnet er knapp (Haraldseid et al., 2014).

Dersom personer som lever med kroniske smerter ikke mottar tilfredsstillende behandling, utvikles problemene og det blir vanskeligere å få til en endring (Fjerstad, 2010). Sykepleierfunksjonen blir da å oppdage uhensiktsmessige mestringsstrategier og motivere vedkommende for å la seg behandle hos en spesialist.

4.2.1 Om å øke begripeligheten hos mennesker som lever med kroniske smerter

En kunnskapsbasert praksis krever at vi som sykepleiere velger en problemorientert strategi der vi fordypet oss i retningslinjene. Det motsatte kan være resultatet dersom velger en emosjonell strategi og flykter fra ansvaret. Norge har færre retningslinjer i smertebehandling enn for eksempel Sverige og England (Hofstad, 2015b). I følge Rustøen er det dette som fører til kunnskapsmangel og at sykepleierne unnviker sitt ansvar. Da står vi kanskje i fare for å ende opp som selskapsdamer? Retningslinjene for smertelindring, som ifølge Rustøen er mangelfulle, fremhever spesielt kognitiv adferdsterapi som en intervensjon (Norges legeforening, 2009). Vi kan ikke se at Rustøen skriver noe om kognitiv terapi i det vi har lest (Hofstad, 2015b; Rustøen og Stubhaug, 2010). Smertespesialist Rustøen er selv stolt over å arbeide i et klinisk miljø der sykepleierne tar smertelindring på alvor (Hofstad, 2015b). Hun mener at det er nødvendig med mer fagkunnskap i form av smerteutdanning blant helsearbeidere. Dette samsvarer med undersøkelsen til Tse og Ho (2012) der kunnskapene hos helsepersonell ble registrert før og etter et smertekurs. Utgangspunktet var nedslående, men potensialet var desto større. Etter kurset registrerte forskerne en signifikant forskjell i kunnskapen om kartlegging, holdningen til pasientens opplevelse og medikamentell smertelindring (Tse & Ho, 2012). Dette viser at vi har en utfordring, samtidig som studien gir oss håp om at smertefeltet er mulig å mestre.

I følge Rustøen og Stubhaug (2010), skyldes de fleste legebesøk smerte. Men hvilket menneskesyn har pasienten?

Hva skal til for at pasienter som lider av kroniske smerter, skal kunne mestre en smertefull hverdag? Fjerstad (2010) mener at portteorien er særlig viktig å formidle til pasienter som har et dualistisk menneskesyn. Den første utfordringen ligger i at fortellerstilen fra helsepersonellet former oppfattelsen hos mottageren. Vi er observante på at forforståelsen til mottageren betyr også mye for meningen vedkommende oppnår. Derfor er det viktig at intervensjonen rettes mot mottagerens forståelse (Fjerstad, 2010). Portteorien forklarer hvordan stimuli av ulik karakter tolkes og oppstår som en smerteopplevelse (Fjerstad, 2010; Håkonsen, 2009; Moayed & Davis, 2013). Via teorien skisserer vi en forbindelse mellom kropp og sjel. Dersom pasienten ikke forstår sammenhengen, øker vi kanskje vedkommendes følelse av hjelpeløshet (Almås et al., 2001)? Vi forstår at pasienten trenger informasjon til rett tid, i rett form, i riktig dose, tilpasset sin situasjon. Forskning viser at undervisning i hjemmesykepleien øker kunnskapen om smertebehandling hos pasienter og pårørende (Hofstad, 2015b). I kraft av vår veiledende funksjon har vi som sykepleiere muligheten til å gi pasienten en oppdagelse. Kanskje gir det pasienten håp å oppdage at vedkommende kan

påvirke smerten selv? Selv har vi erfart at det gir en god mestringsfølelse å oppdage at smerten ikke er rigid.

Kronisk smerte er en lidelse som beveger seg fra en traumatisk krise i de første månedene til en eksistensiell krise senere i forløpet (Fjerstad, 2010). Graden av belastning er vesentlig i forhold til risikoen i forhold til å utvikle depresjon.

Hva er det som gjør at noen kjemper og andre flykter når stressbelastningen er tilnærmet den samme? Hva er det som gjør at noen velger den problemløsende stressmestringsstrategien og sloss for å bli helbredet? I mens andre pasienter velger emosjonelle stressmestringsstrategier, overlater andre ansvaret til oss (Håkonsen, 2009).

Benner og Wrubel definerer stress som et emosjonelt sammenbrudd, der man mister følelsen av meningsfullhet og kontroll over sin tilværelse (Reitan, 2010). Opplevelsen av det kaos og krise som oppstår er individuell. I følge Benner og Wrubel er det en forandring i pasientens livssituasjon som fører til stress (Kristoffersen, 2005a). Ved kroniske smerter har dette stresset vedvart en stund. Videre beskrives at lidelse og følelse av tap fører til at viktige verdier er truet. Dersom vi viser at vi verdsetter pasientens opplevelse handler vi i tråd med Travelbee også. Pasienten har behov for støtte, veiledning og omsorg i en fase da funksjonsevnen er nedsatt (Reitan, 2010).

Fjerstad (2010) anbefaler at vi som sykepleiere må vite noe om faktorer som opprettholder kroniske smerter. Hun argumenterer for at det finnes mestringsstrategier som virker til å opprettholde problemene.

I spenning og utfordring finnes også et potensiale til å mestre. I et salutogent perspektiv blir passe stress betraktet som en ressurs der det ligger et potensiale til vekst (Lerdal & Fagermoen, 2011b). I det moderlige prinsipp der målet er velvære, søker vi ikke etter å anvende pasientens drivkraft og motivasjon (Strand, 1990). Etter den tradisjonelle biomedisinske modellen opplever vi heller ikke denne drivkraften utnyttet (Fjerstad, 2010). Dette står i kontrast til Orem sin egenomsorgsteori og Strand sin beskrivelse av det faderlige prinsipp (Kristoffersen et al., 2005a; Strand, 1990). Kan mestring likevel være en kilde til håpløshet? Er mestring et begrep som kan mistolkes slik at vi skaper tapere dersom man ikke mestrer? Mestring kan bety å oppnå beste mulige resultat, men forsvar kan bety å unngå det dårligste resultatet (Fjerstad, 2010). I følge Fjerstad (2010) kan også mestring dreie seg om å bevege seg fra utopi mot tilpasning av sin situasjon.

Lazarus og Folkmann regnet den problemløsende stressmestringsstrategien som den mest effektive og hensiktsmessige (Fjerstad, 2010). Teorien får kritikk for å ta lite hensyn til menneskets iboende ressurser slik som positive følelser (Fjerstad, 2010). I følge Fjerstad (2010) passer den problemorientert mestringsstrategien passer best for menn. Rustøen nevner også at det er kjønnsforskjeller i stressmestrings strategier (Hofstad, 2015b). Kvinner har en tendens til å oppsøke helsevesenet oftere enn menn (Mæland & Haugland, 2007) Dette kan skyldes at kvinner har en tendens til å anvende en mestringsstrategi, som er å innta en noe mer hjelpeløs holdning. I følge Rustøen og Stubhaug (2010) er det bevist at kvinner og menn har forskjellige smerteterskler, men variasjonen er også stor innenfor hvert kjønn. Dette får oss til

å reflektere over at miljøet også er med på å forme pasientens persepsjon, slik vi har lært av Benner og Wrubels omsorgsteori (Kristoffersen, 2005a). Likestillingen har nok kommet langt, men det er fremdeles forskjeller i rollemønsteret (Mæland & Haugland, 2007). Videre leser vi i Rustøen og Stubhaug (2010) at endokrine signalstoffer og hormonsvingninger har innvirkning på smertepersepsjonen. Dette samsvarer med det vi har lært om smertefysiologien og kroppens alarmsystem (Fjerstad, 2010; Håkonsen, 2009; Moayedid & Davis, 2013).

Dersom pasienten velger problemløsende stressmestringsstrategi, men ikke greier å bli helbredet fra smertene, vil vedkommende oppleve at tapsfølelsen vedlikeholder smertene. Da stresset ikke mestres, er dette en ineffektiv mestringsstrategi (Kristoffersen, 2005c).

Mekanismene i smertefysiologien forklarer faren for at smertene kan øke over tid (Fjerstad, 2010; Håkonsen, 2009; Moayedid & Davis, 2013). Studien til Haraldseid et al., (2014) viser flere typer tapsfølelse, og at disse kan være vanskelige for pasienten å mestre. Tap av evnen til å engasjere seg i meningsfulle aktiviteter, tap av relasjoner, og tap av identitet eller selvfølelse.

Emosjonell stressmestringsteori kan også vedlikeholde kroniske smerter dersom pasienten forsøker å ignorere problemet, overlater ansvaret til andre, bagatelliserer det, eller tyr til rusmidler. På denne måten ser vi at pasienten flykter fra lidelsene sine (Kristoffersen, 2005c).

Mestringsstrategier som forutsetter å ha kontroll, unngåelse av fysisk aktivitet og avhengighet er uhensiktsmessige i forhold til kroniske smerter (Fjerstad, 2010). Katastrofetenkning må sies å være en uhensiktsmessig stressmestringsstrategi da det i følge Fjerstad (2010), sjudobler risikoen for at smertene blir kroniske. I motsetning til enkelte andre teoretikere, slik som Lazarus og Folkman, er Antonovski fokusert på det som er med på å holde folk friske (Bastøe, 2011). I Almås et al., (2001) finner vi at effekten av smertelindringstiltak fremmes dersom de opplever å bli trodd, respektert og tatt på alvor. Virkningen av placeboeffekten finner vi forklaring på i smertefysiologien da kroppen har endogene neuropeptider som er virksomme ved følelser som fremmer håp, velvære og mestringsstro. Pasienter som har tro på egne ressurser, i forhold til å bekjempe egen sykdom, har en større evne til å velge en mestringsstrategi som er både mer hensiktsmessig og mer aktiv (Bastøe, 2011).

Flere aspekter av selvfølelsen er truet av kronisk smerte (Fjerstad, 2010) Dersom vi har litt fagkunnskap om utviklingspsykologi, kan vi bidra til å styrke pasientens selvfølelse. Vi har lært noe om hvordan identiteter vokser fram. Den praktiske anvendelsen av det moderlige og det faderlige sykepleierprinsipp er fagkunnskap som kommer til nytte i samhandlingen med pasienten her (Strand, 1990). Her ville Benner og Wrubel kartlagt hvordan vi kan hjelpe pasienten med å ivareta sine spesielle anliggender (Kristoffersen, 2005a). Slik blir det også viktig og kartlegge ressurser. Dette dreier seg ikke bare om hva som ikke utløser smerte, eller hva som gjør mindre vondt. Vi kan undersøke hvilke gjøremål pasienten kan utføre, men det viktigste er kanskje hvilke aktiviteter vedkommende trives med. Først da vi får tak i pasientens mening, utfører vi en helhetlig sykepleie. Dette er også i samsvar med studien til Dysvik, et al., (2013) og helt i samsvar med Benner og Wrubel (Kristoffersen, 2005a). Vi kan hjelpe pasienten med å fokusere på ressursene, og skape gode opplevelser. Følelser som håp,

mot og optimisme kan generere mestringsstro. I følge Fjerstad (2010) er dette med på å øke motstandskraften.

Betyr det at vi skal oppmuntre pasienten til å være glade hele tiden? Positiv psykologi kan misforstås slik at problemer bagatelliseres eller fortrenses. Da er vi nok en gang i ferd med en uhensiktsmessig emosjonell stressmestringsstrategi. Positiv psykologi dreier seg derimot om å hjelpe pasienten til å bevisstgjøre sine ressurser. Med dette mener vi å hjelpe pasienten til å fokusere på lysglimtene i livet. Dette er en salutogen tilnærming som styrker pasientens motstandskraft (Fjerstad, 2010).

Vi forstår begrepet egenomsorg slik at menneske i balanse opplever en høyere grad av mening og har en naturlig motivasjon til å være en ressurs for andre. Dette er i tråd med Orem's egenomsorgsteori (Kristoffersen, 2005a). Derfor er det heller ikke egoistisk å ta vare på seg selv. Kilder til lykke er med på å øke robustheten mot belastninger (Fjerstad, 2010).

Mestringsstrategien av kroniske lidelser er god i familier med høy toleranse og god evne til å støtte hverandre (Fjerstad, 2010). Det motsatte ser vi der relasjonene preges av turbulens og høyt nivå av uttrykte emosjoner (Cox et al., 2014). Av dette forstår vi at god kommunikasjon er en beskyttelsesfaktor. God selvtillit og selvfølelse, godt klima i forhold til konfliktløsning, nettverk og nære relasjoner er ressurser som inngår i beskyttelsesfaktorer (Fjerstad, 2010). Kunnskap om aktivitet og hvile, kosthold, og hygiene kan også komme til nytte.

På tross av motgang er det likevel noen mennesker som opplever høy grad av sammenheng (Fjerstad, 2010). Resiliens betyr å klare seg bra, til tross for magre vilkår. Dette uttrykket er ofte brukt om barn som er vokst opp under forhold som karakteriseres av fattigdom, sykdom, rusmisbruk, eller andre former for omsorgssvikt. Andre ord som ofte brukes er ukuelighet, robust, og evnen til å rette seg opp når stormen stilner (Kristoffersen & Breivne, 2005). Mennesker som er i krise, kan finne uante krefter ved å innta en positiv holdning i kampen mot det som truer, og vi refererer dette til resiliens. Dette er også et tegn på en sunn og sterk psyke (Kristoffersen & Breivne, 2005). Humoristisk sans er funnet å gi økt resiliens (Fjerstad, 2010). Religiøs overbevisning kan også sies å være en ressurs, men vi ser at Orem legger mindre vekt på det åndelige behov (Kristoffersen, 2005a). Andre kilder til økt robusthet er kjærlighet, glede og lykke (Fjerstad, 2010). Det ser ut til at positive følelser, positive tanker, og humor er det som skal til for å lukke smerteporten, men det er urealistisk å være glad hele tiden. Det har vel ingen hensikt å late som heller, eller oppnår pasienten sosial aksept når vedkommende uttrykker glede og takknemlighet? I praksis ser vi at dette kan bidra til å kamuflere smerten for helsepersonellet, slik at behandlingen blir utilstrekkelig. Likevel blir det en viktig sykepleieroppgave å hjelpe pasienten med å fokusere på lyspunktene. Optimisme, engasjement og mening skaper glede (Fjerstad, 2010). Dysvik et al., (2013) har registrert at fysisk aktivitet i tilpasset form gir mestringsfølelse, flyt og bedret funksjon. Her trekker vi en sammenheng til Benner og Wrubel's omsorgsteori (Kristoffersen, 2005a). Teorien uttrykker at motstandskraften er bygget på spesielle anliggender. Dette forstår vi som grunnleggende verdier som gir selvfølelse, selvstøtte og egenomsorg.

I noen tilfeller der det ikke er mulig å finne en løsning på problemet, vil en emosjonell stressmestringsstrategi likevel være det beste valget (Kristoffersen, 2005c). Ved kognitiv

terapi øver pasienten på å justere følelsene sine i forhold til virkeligheten for å kunne mestre livet på tross av kroniske smerter og gjøre det beste ut av det. Dette kommer vi tilbake til i neste kapittel.

Dysvik et al.,(2013) konkluderer i sin studie med at smertemestringsstrategi som omhandlet fysisk aktivitet og kognitiv terapi ga høyere grad av livskvalitet bedre egenomsorg. Vi var klar over fysisk aktivitet og kognitiv terapi er gode tilnærminger til kronisk smerte. Det nye er at intervensjonen er sykepleierledet. Dysvik et al., (2013) konkluderer også med at kognitiv adferdsterapi og tverrfaglig samarbeid øker ferdighetene hos fysioterapeuter og sykepleiere i studien. Dette reflekterer vi over. Kognitiv terapi ser ut til å ha effekt på samtlige som deltok i studien. Det er altså ikke bare pasientene som øker sin egenomsorg, men helsepersonellet blir også bedre omsorgs ytere.

4.2.2 Om å øke håndterbarheten hos mennesker som lever med kroniske smerter

Hvordan er det mulig å mestre et liv med kroniske smerter? Å leve med smerte påvirker livskvaliteten (Haraldseid et al., 2014). Vi har erfart at kroniske smerter kan være så tærende at pasienten får angst for å bli sinnssyk. Det er selvsagt alvorlig, og da må vi vurdere forsvarligheten av situasjonen. Pasienten har tilsynelatende behov for samtaler med en spesialist innenfor psykiatri. Fjerstad skriver om psykiatriens mørke historie (2010). Psykisk lidelse har vært ensbetydende med å befinne seg på bunnen av samfunnet (Fjerstad, 2010). I lys av dette forstår vi at det kan være en viktig mestringsstrategi å greie seg uten psykolog. Dette bekreftes både av Fjerstad (2010) og Biesheuvel-Leliefeld (2012). Dersom vi derimot ikke vet noe om denne holdningen i befolkningen, kan vi komme til å krenke pasientens integritet i samhandling med pasienten da det gjelder psykologiske symptomer og intervensjoner. Denne kunnskapen bidrar også til å bevisstgjøre vårt medansvar for pasientens psykiske helse. I stedet for å legge alt ansvar over på kommunepsykologen, kan vi medvirke slik at pasienten mestrer i overensstemmelse med sin overbevisning. Dette er helt i samsvar med Fjerstad (2010) sin anbefaling på grunnlag av at psykologer sjelden er tilgjengelige i kommunehelsetjenesten.

Tidligere har vi omtalt tapsfølelsen som er tilstede hos pasienter som lider av kroniske smerter (Haraldseid, et al., 2014) Deltagelse i en kognitiv teoribasert gruppebehandling som fokuserer på bearbeidelse av tapsfølelse, kan være fordelaktig ved at det hjelper pasientene med å identifisere og akseptere tap og forandringer de har opplevd. Dette understøttes av studien til Haraldseid, et.al, (2014). Sviktende bearbeidelse av tap derimot, kan resultere i at pasienten oppnår få av fordelene som kan oppnås ved delta i smertemestringsprogram (Haraldseid, et.al, 2014). En annen utfordring er at ikke alle pasienter er motivert for gruppeterapi. (Biesheuvel-Leliefeld, et al., 2012). Dette kan skyldes forutinntatte holdninger til psykologiske intervensjoner eller oppfatningen av at smertene som sitter i kroppen skal kureres med medikamentell behandling.

Kognitiv adferdsterapi handler om å stille noen spørsmål og undre seg sammen med pasienten. Dette kan vi lære, men for at ikke tiltakene skal være tilfeldige, etterlyser vi en arbeidsplan. For å oppnå en målrettet prosess med best mulig resultat, foreslår Biesheuvel-Leliefeld (2012) et opplæringskurs av sykepleieren. Biesheuvel-Leliefeld, (2012) legger også menneske-til menneske-kontakt forholdet til grunn for at tilnærmingen skal være aktuell. Dette samsvarer godt med Travelbees interaksjonsteori (Kristoffersen, 2005a). Deretter settes det av en ekstra halvtime på neste hjemmebesøk for at sykepleier og pasient skal gjennomgå metoden sammen. Til senere hjemmebesøk bevilges et kvarter ekstra der sykepleieren veileder pasienten i øvelser med å oppdage automatiske tanker og utforske gyldigheten av dem. Etter hvert som pasienten oppnår bedre ferdighet i å avsløre unyttige tankerekker, oppdager vedkommende selv en måte å bli en bedre støtte for seg selv.

Når livet er smertefullt, kan man da konkludere med at livet består kun av smerte? Slike tankerrekker kan det være nyttig å utforske gyldigheten av. På den ene siden er det sant at livet er smertefullt, men på den andre siden består livet av noe mer også. Haraldseid et al.,(2014) argumenterer for at behandling innen kognitiv adferdsterapi kan være fordelaktig for mennesker som opplever kroniske smerter.

I følge Fjerstad, (2010) har personer som lever med kroniske smerter behov for å øke sine beskyttelsesfaktorer og forskningen understøtter at kognitiv teori gir høy grad av tilfredshet. Dette kaller Fjerstad (2010) tertiærforebygging. Av dette forstår vi at kognitiv terapi ikke fjerner kroniske smerter, men øker pasientens motstandskraft slik at lidelsen mestres. Pasienten øver på å mestre smertene sine på en alternativ måte. I motsetning til dette har vi erfart at smertene vil avta dersom den indre dialogen blir støttende. Suksessen forutsetter imidlertid at pasienten bryter ut av onde sirkler som opprettholder smertene (Haraldseid et al., 2014). I kognitiv adferdsterapi øver pasienten på å endre tanker og følelser, for deretter å endre adferd. Dette er basert på antagelsen om at pasienten selv kan utvikle og vedlikeholde på den ene siden maladaptive funksjoner, og på den andre siden hensiktsmessige mestringsstrategier (Fjerstad, 2010). Kognitiv terapi er en helhetlig tilnærming som tar hensyn til at kroniske smerter er en mangefasettert fenomen, ikke kun av nevrofysiologisk art (Haraldseid, et. al, 2014). Dessuten krever øvelsen at pasienten tar i bruk sine ressurser(Berge & Repål, 2010). Øvelsen har elementer fra både det moderlige og det faderlige prinsipp idet realitetsorientering foregår på en måte som styrker selvfølelsen (Berge & Repål, 2010, Strand, 1990). Vi ser her sammenhengen til Orem sin egenomsorgsteori, der ressursene finnes i pasienten (Kristoffersen, 2005a). En god indre dialog kjennetegnes ved å tenke rasjonelt og være en god støtte for seg selv (Fjerstad, 2010). Målet med øvelsen er å lære seg å komme ut av onde sirkler. Dersom det viser seg å være de onde sirklene som opprettholder smerten, vil smerten avta da øvelsen mestres (Dysvik, et al., 2013; Biesheuvel-Leliefeld, 2012). Som om ikke det var nok, er de gode følelser skapes av å mestre, funnet å være er lindrende i seg selv (Fjerstad, 2010).

4.2.3 Om å finne mening

Utfordringen som kommer med å leve med kroniske smerter er vissheten om at smertene vil vedvare resten av livet. (Fjerstad, 2010). Kronisk smerte oppleves meningsløs da den ikke har noen annen funksjon enn å tære på kreftene. Pasienter som lider av kroniske smerter har de samme symptomene som mennesker som lider av depresjon (Fjerstad, 2010). Dette understøttes av studien til Haraldseid et al., (2014). Resultatene fra undersøkelsen viser hvordan tapsopplevelse som følge av kroniske smerter kan ha innflytelse på hele eksistensen til pasienten. Funnene indikerer at det er verdifullt å bearbeide tapsfølelsen gjennom gruppeterapi basert på kognitiv adferdsterapi for å skape et vendepunkt i livet til pasienter med kroniske smerter. Gruppe, klima, sosial støtte, og hjemmeoppgaver synes å være viktige medvirkende faktorer. En bevisst bruk av kognitiv adferdsterapibaserte elementer det vil si, å endre atferd ved å endre tanker og følelser, i smertemestringsgruppe, så ut til å hjelpe deltagerne med å bearbeide tapene ved at de oppnådde ny innsikt og forståelse.

Selv om de tre begrepene til Antonovski fungerer som en symbiose, legger han allikevel mest vekt på meningsfullhet. Det er fordi at Antonovski mener at uten mening til å motivere oss, har vi heller ingen mulighet til å kunne forstå eller håndtere de utfordringer som vi møter i hverdagen. (Ilkjær, 2011). I følge Leventals selvreguleringsstrategi vil opplevelsen av mening regulere mestring og adferd (Fjerstad, 2010). Med dette forstår vi at uten mening, blir kunnskap og ferdighet uten motivasjon, og livet blir bare tomhet.

Den salutogene tilnærmingen har hovedfokuset på de ressurser og ferdigheter som personen besitter i samspill med omgivelsene. Følelser, kognitiv tenkning og adferd er slike ressurser. Dette stemmer godt med Benner og Wrubler sin sykepleierteori da de alltid ser pasienten i forhold til omgivelsene (Kristoffersen, 2005a). Viktige interesser i forhold til pasienten sin identitet utforskes og ivaretas på lik linje med grunnleggende behov for å øke vedkommende sin mening (Kristoffersen, 2005a). Som helsepersonell er det viktig å huske på det som Benner og Wrubel skriver. Kunnskapen som pasienten anvender til å finne en mestringsstrategi, er komponenten vi må søke etter når vi skal vurdere tiltak sammen med pasienten. (Kristoffersen, 2005a).

Benner og Wrubel (Kristoffersen, 2005a) tar utgangspunkt i den enkeltes verdier og dennes mening om sin situasjon. Opplevelse av mening og livskvalitet påvirkes av evnen til å ivareta de viktige ting i livet (Larsen, 2012). I Kristoffersen(2005a), leser vi at sykepleieren skal arbeide for at pasienten skal kunne mestre tap, lidelse og sykdom, men i en mer salutogen tilnærming, forstår vi dette som at vi skal fremme mestringstro, håp og motstandskraft. I følge Benner og Wrubel er sykepleiers mål er å gi pasienten en opplevelse av å ha et meningsfullt liv på tross av sykdom, lidelse og tap (Kristoffersen, 2005a). Sykepleierens funksjon omhandler å hjelpe personen til å mestre situasjonen på en måte som ivaretar det mest verdifulle i vedkommendes liv (Kristoffersen, 2005a). Slik gjenopprettes opplevelsen av sammenheng, et meningsfylt liv og høyere grad av helse.

Defineringen av mening er subjektiv og opp til hver enkelt å finne ut av, men for oss ser det ut til at opplevelsen av mening er delvis sammenfallende med vår forståelse av å oppleve

selvfølelse. Travelbee vektlegger menneskets behov for å utvikle og bevare sin mening eller selvfølelse. Behov for å bli sett, bekreftet, respektert.

I møte med lidelse har vi det til felles at vi søker etter en mening ifølge Travelbee (Kristoffersen, 2005a). Den lidende pasienten opplever at livssituasjonen trues av et problem eller en krise. Ved alvorlig lidelse som kjennetegnes av sterke følelser som sinne, håpløshet og bitterhet er pasienten i ferd med å miste seg selv. Da trenger man i høyeste grad hjelp før viljen til å leve går tapt (Kristoffersen, 2005a) Tillit til hjelperen er vesentlig for å opprettholde håpet. Den som har mistet håpet har ikke tro på at situasjonen skal bli bedre i framtiden eller at det finnes hjelp som hjelper. Begrepet håp, innebærer en forventning om å oppnå en tilstand, et ønske eller en endring mot noe meningsfylt, behagelig, eller gledelig som er realistisk. Tro på at det oppstår et vendepunkt som gir mulighet til personlig vekst og utvikling. Meningsfullhet påvirker motivasjonen til egenomsorg (Kirkevold, 2010). Meningsfullheten inneholder elementer av å ha selvfølelse, håp og tillit til fellesskapet. Derfor er menneske-til-menneske forholdet viktig ifølge Orem også. Ikke for å oppnå kontakt i seg selv, men for å ha et utgangspunkt for å kunne identifisere pasientens egenomsorgsbehov (Kristoffersen, 2005a). Dette er også med på å avdekke pasientens resurser.

Dersom smertene skal aksepteres, er ikke det da det samme som å gi opp håpet? I så fall forsvinner vel både motivasjon og livsglede? Dersom pasienten kan akseptere seg selv og sin situasjon kan det bli lettere å se alternative løsninger på hvordan hverdagen skal mestres. Fysioterapeut og ergoterapeut kan kanskje bidra til å hindre feilbelastninger og øke pasientens trygghet. Skal agendaen bestemmes utfra dagens smertenivå? Vi må gi smerten oppmerksomhet, men ikke la fokus bli værende i smerte (Fjerstad, 2010; Lerdal & Fagermoen, 2011). Kan vi oppmuntre pasienten til å spørre seg om ønsket er å få mye ut av lidelsen, eller å få mye ut av livet (Fjerstad, 2010)? Vi beveger da fokus fra sykehistorien til det som Fjerstad (2010) kaller friskehistorie. I et helhetlig perspektiv sier vi ja takk til begge deler (Fjerstad, 2010; Hummelvoll, 2012; Lerdal & Fagermoen, 2011).

5.0 Følelsen av sammenheng.

Arbeidet med denne oppgaven har gitt oss ny innsikt i teoriens betydning for folkehelsen. Vi konkluderer med at tiden er inne for å begrave det dualistiske menneskesynet og framheve betydningen av en helhetlig tilnærming. Litteraturen viser at pasienter som lider av kroniske smerter føler seg misforstått, oversett av helsepersonell i forskjellige yrkesgrupper hovedsakelig fordi kropp og sjel tradisjonelt behandles hver for seg, stykkevis og delt (Fjerstad, 2010; Hummelvoll, 2012). Vi har argumentert for en salutogen og helhetlig tilnærming i samsvar med politiske føringer (Fjerstad, 2010).

Mentalt overskudd er nødvendig for å leve med kroniske smerter (Fjerstad, 2010). Gode fagkunnskaper hos helsepersonell som omhandler empiri, psykologi og teori om smertefysiologi, er med på å øke pasientenes motstandskraft gjennom empowerment

(Fjerstad, 2010; Tse & Ho, 2012). Vi har funnet ut at pasientens motstandskraft styrkes ved at vedkommende blir tatt på alvor og trodd vedrørende at smerten er sann (Almås et al., 2001). Studien til Tse og Ho (2012) viser at det er behov for et smertekurs rettet mot helsepersonell da det mangler grunnleggende fagkunnskap innen kartlegging og lindrende behandling. Som sykepleiere har vi ansvar for å arbeide kunnskapsbasert. Rustøen ønsker mer evidensbasert kunnskap i framtiden, fordi det fortsatt er uvisst hvilke intervensjoner pasientene har best effekt av (Hofstad, 2015b).

Vi ser sykepleie som en egen profesjon, adskilt fra legevitenskapen. Da har vi også et selvstendig ansvar i å handle i samsvar med pasientens beste. I følge Haraldseid et al., (2014) er det registrert at kronisk smerte gir signifikant tapsfølelse hos pasienten. Studien fremhever betydningen av å forstå virkningen av disse tapene for å finne en effektiv intervensjon som fører til forbedring av pasientens situasjon. På den ene siden må vi se når bekymringene er for tunge å bære, men på den andre siden må vi også ha kunnskap om hvordan pasienten oppnår å være en støtte for seg selv (Fjerstad, 2010). Selv om vi må ha kunnskap om stressende livsbetingelser, må vi ikke glemme å gi ressursene oppmerksomhet. Vi observerer først og fremst pasientens opplevelse av sammenheng.

For å øke motstandskraften hos pasienter som lider av kroniske smerter, trenger sykepleieren fagkunnskap om normale reaksjoner, og kunnskap om vanlige komplikasjoner (Fjerstad, 2010). Hummelvoll (2012) argumenterer for å skape et likeverdig sykepleier-pasient-fellesskap i likhet med Travelbee (Kristoffersen, 2005a). En faglig oppdatert og ansvarsbevisst sykepleier har da i kraft av å bruke seg selv som terapeutisk redskap, muligheten til å øke pasientens ressurser. Av egen erfaring vil vi nevne at dersom smerten er problemet som ønskes løst, er det dette vi må ta på alvor for at pasienten skal føle seg forstått. Mistenksomhet og bagatellisering må unngås skal vi beholde pasientens tillit. Slik ivaretar vi pasientens spesielle anliggender, og handler Wrublers omsorgsteori også (Kristoffersen, 2005a).

I følge Travelbee vil pasienter som har en aksepterende mestringsstil til smertene, mestre utfordringene sine bedre enn pasienter som grubler over årsaken til at nettopp de er rammet (Kristoffersen, 2005a). Dette støttes av teorien bak kognitiv terapi da grubling og negative automatiske tanker er et symptom hos deprimerte pasienter. Kroniske smerter gir fler symptomer som er sammenfallende med depressive symptomer og det kan være vanskelig å si hva som oppsto først (Fjerstad, 2010).

Kognitiv terapi er et eksempel på en helhetlig tilnærming til mennesker som strever med kroniske smerter. Empirien understøtter at kognitiv terapi øker motstandskraften hos pasienter som lider av kroniske smerter (Dysvik, et al., 2013; Haraldseid et al., 2014). Et overraskende funn hos Dysvik et al., (2013) konkluderer med at intervensjonen forbedrer ferdigheten hos både pasient og helsepersonell. Biesheuvel-Leliefeld et al., (2012) begrunner hvordan og hvorfor kognitiv terapi bør anvendes i hjemmesykepleien. Som sykepleiere kan vi bidra med en kognitiv terapibasert tilnærming, slik at pasienten blir en bedre støtte for seg selv. Ved å benytte seg av kognitiv adferdsterapi kan pasienten hjelpe seg selv til å oppleve et meningsfullt liv til tross for kroniske smerter (Haraldseid, et.al, 2014). Det betyr å bearbeide

tapsfølelsen og styrke sin selvfølelse slik at tilværelsen får mening på tross av kronisk smerte. På denne måten gir sykepleieren pasienten et verktøy til å hjelpe seg selv, samtidig som sykepleieren har flere oppgaver som kan utrettes på samme besøk. Dette er kostnadseffektivt i samsvar med samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009; Helse -og omsorgstjenesteloven, 2012). Samtidig normaliseres enkle psykologiske intervensjoner på en klok måte som myker opp befolkningens fordommer til psykiatrien.

Skal vi implementere en helhetlig tilnærming i hverdagen er det viktig med samarbeid. Ikke bare mellom helsepersonell og pasient, men også mellom profesjoner. I tiden ser vi en tendens til bransjeglidning og et nærmere tverrfaglig samarbeid. Bondevikregjeringen begynte med å likestille psykiatrien med naturvitenskapen, men i befolkningen er det fremdeles et skille mellom smerter i kropp og smerter i sjel, som behandles hver for seg (Fjerstad, 2010). Som følge av samhandlingsreformen foregår det en utbygging av lavterskeltilbudene i kommunene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Dersom medisinsk og psykologisk kunnskap blir integrert i samme modell, kan dette være med på å fremme en helhetlig tilnærming (Fjerstad, 2010).

6.0 Referanseliste

*Almås, H., Valand, E., Bilicz, J. A. & Berntzen, H. (2001). Sykepleie til pasienter med smerte. I H. Almås (Red.). *Klinisksykepleie 1* (3. utg. s. 65 -144). Oslo: Gyldendal Akademiske.

Alvsvåg, H. (2012). Helsefremming og sykdomsforebygging. I Å. Gammersvik og T. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie: -i teori og praksis* (s. 79-97). Bergen: Fagbokforlaget.

Bastøe, L-. K. H. (2011). Reaksjoner og strategier i bearbeiding av sykdom og skade. I I. M. Holter og T. E. Mekki (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1* (s.81-103). Bergen: Akribe.

Berge, T. & Repål, A. (2010). *Den indre samtalen: Lær deg kognitiv terapi* (3. utg.). Oslo: Gyldendal.

*Biesheuvel-Leliefeld, K. E. M., Kersten, S.M. A., van der Horst, H. E., van Schaik, A., Bockting, C. L. H., Bosmans, J. E., ... van Marwijk, H. W. J. (2012). Cost-effectiveness of nurse-led self-help for recurrent depression in the primary care setting: design of a pragmatic randomised controlled trial. *BMC Psychiatry*, 12(1), 59-67. Lokalisert 2. mars 2015, på <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/12/59>

*Cox, G. R., Fisher, C. A., De Silva, S., Phelan, M., Akinwale, O. P., Simmons, M. B. & Hetrick, S. E. (2014). Interventions for preventing relapse and recurrence of a depressive disorder in children and adolescents (Review). Lokalisert 2. mars 2015, på <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007504.pub2/abstract>

Dalland, O. (2012). Metode og oppgaveskriving (5.utg.). Oslo: Gyldendal.

*Dysvik, E., Kvaløy, J. T. & Furnes, B. (2013). Evaluating physical functioning as part of a Cognitive Behavioural Therapy approach in treatment of people suffering from chronic pain. *Journal of Clinical nursing*, 22(5-6), 806-816. Lokalisert 2. mars 2015, på <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2011.04040.x/full>

Eide, H. & Eide, T. (2012). *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning og etikk* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademiske.

*Fjerstad, E. (2010). *Frisk og kronisk syk: et psykologisk perspektiv på kronisk sykdom* (270 sider). Oslo: Gyldendal.

Gammersvik, Å. (2012). Helsefremmende arbeid i sykepleien. I Å. Gammersvik og T. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie: -i teori og praksis* (s. 79-97). Bergen: Fagbokforlaget.

Gammersvik, Å. & Larsen, T. (Red. 2012). *Helsefremmende sykepleie: -i teori og praksis*. Bergen: Fagbokforlaget.

*Haraldseid, C., Dysvik, E. & Furnes, B. (2014). The Experience of Loss in Patients Suffering from Chronic Pain Attending a Pain Management Group Based on Cognitive-Behavioral Therapy. *Pain management nursing*, 15(1), 12-21. Lokalisert 2. mars 2015, på [http://web.a.ebscohost.com/ehost/resultsadvanced?sid=fb87ee01-2c31-46a0-8c8a-689e72afe345%40sessionmgr4004&vid=6&hid=4106&bquery=\(\(chronic+AND+pain\)\)+AND+\(\(cognitive+AND+therapy\)\)&bdata=JmRiPWNpbjIwJnR5cGU9MSZzaXRIPWVob3N0LWxpdmU%3](http://web.a.ebscohost.com/ehost/resultsadvanced?sid=fb87ee01-2c31-46a0-8c8a-689e72afe345%40sessionmgr4004&vid=6&hid=4106&bquery=((chronic+AND+pain))+AND+((cognitive+AND+therapy))&bdata=JmRiPWNpbjIwJnR5cGU9MSZzaXRIPWVob3N0LWxpdmU%3)

* Helse- og omsorgsdepartementet (2009). *Samhandlingsreformen: Rett behandling på rett sted til rett tid* (St. meld. nr. 47, 2008-2009). Oslo: Departementet. <https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/?docId=STM200820090047000DDDEPIS&ch=1&q=st.%20meld.%20nr.%2047&redir=true&ref=search&term=st.%20meld.%20nr.%2047>

*Helsepersonelloven, LOV-1999-07-02-64 (sist endret 2015).

*Helse- og omsorgstjenesteloven, LOV-2011-06-24-30 (sist endret 2014).

*Hofstad, E. (2015a). Hvor alternativt er greit? *Sykepleien*, 2015(2), 38-39.

*Hofstad, E. (2015b). Tone Rustøen: Ber sykepleiere ta mer smerteansvar. *Sykepleien*, 2015(2), 54-55.

Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt – ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7. utg.). Oslo: Gyldendal.

Håkonsen, K. M. (2009). *Innføring i psykologi* (4. utg.). Oslo: Gyldendal.

Ilkjær, I. (2011). Livssyn, verdier og behov for åndelig omsorg. I I. M. Holter og T. E. Mekki (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 1* (s. 721-741. 4. utg.). Bergen: Akribe.

Kirkevold, M. (2010). Individuell sykepleie. I M. Kirkevold, K., Brodtkorb og Ranhoff, A., H. (Red. s.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Kristoffersen, N. J. (2005a). Teoretiske perspektiver på sjukepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, F. og E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Bind 4* (s.13-99.). Oslo: Gyldendal akademiske.

*Kristoffersen, N. J. (2005b). Helse og sykdom. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, F. og E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Bind 1* (s. 28-77.). Oslo: Gyldendal akademiske.

*Kristoffersen, N. J. (2005c). Stress, mestring og livsstil. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, F. og E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Bind 3* (s. 206-270.). Oslo: Gyldendal akademiske.

*Kristoffersen, N. J. & Breievne, G. (2005). Lidelse, håp og livsmot. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, F. og E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Bind 3* (s. 157 -205) Oslo: Gyldendal akademisk.

*Kristoffersen, N. J. & Nortvedt, P. (2005). Relasjonen mellom sykepleier og pasient. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, F. og E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Bind 1* (s. 137-183.). Oslo: Gyldendal akademisk.

*Kristoffersen, N. J., Nortvedt & Skaug, E.A. (2005). Sykepleierens grunnlag, ansvar og rolle. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt og E. A.Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Bind 1* (s. 162-164). Oslo: Gyldendal akademisk.

Larsen, T. (2012). Helsebegrepet i helsefremmende arbeid. I Å. Gammersvik og T. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie - i teori og praksis* (s. 45-55). Bergen: Fagbokforlaget.

*Lunde, L. H. & Nordhus, I. H. (2006). Kognitiv atferdsterapi i gruppe ved kroniske smertetilstander: Erfaringer fra en smerteklinikk. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 43(10), 2–5. Lokalisert 2. Mars 2015, på http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=2065&a=3

Lærdal, A. & Fagermoen, M. S. (2011a). Teoretiske modeller for læring og mestring. I A. Lærdal og M. S. Fagermoen (Red.), *Læring og mestring: et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning* (s. 17-39). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Lærdal, A. & Fagermoen, M. S. (2011b). Salutogene samtalegrupper. I A. Lærdal og M. S. Fagermoen (Red.), *Læring og mestring: et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning* (s. 208-234). Oslo: Gyldendal Akademisk.

*McCaffery, M. & Beebe, A. (1996). *Smerter: Lærebok for helsepersonell*. Oslo: Gyldendal.

*Moayedi, M. & Davis, K. D. (2013). Theories of pain: from specificity to gate control. *Journal of Neurophysiology*, 109(1), 5-12. Lokalisert 2. Mars 2015, på <http://jn.physiology.org/content/109/1/5.short>

*Mæland, J. G. & Haugland, S. (2007). Det syke kjønn. I B. Schei & L. S. Bakketeig (Red.), *Kvinner lider-menn dør: Folkehelse i et kjønnsperspektiv* (s. 69-82). Oslo: Gyldendal.

Mæland, J. G. (2010). *Forebyggende helsearbeid – folkehelsearbeid i teori og praksis* (3. utg.) Oslo: Universitetsforlaget.

Norges sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer*. Lokalisert på https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf

* Norsk legeforening (2009). *Retningslinjer for smertelindring*. Lokalisert på <http://legeforeningen.no/PageFiles/42355/Retningslinjer%20smertebehandling%20DNLF.pdf>

*Pasient og brukerrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63 (sist endret 2014).

Reitan, A. M. (2010). Mestring. I U. Knutstad (Red.), *Sentrale begreper i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 2* (3. utg. s. 74-107). Oslo: Akribe.

Rustøen, T. & Stubhaug, A. (2010). Smerter. I U. Knutstad (Red.), *Sentrale begreper i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 2* (3. utg. s. 137-181). Oslo: Akribe.

*Solvoll, B.-A. (2005). Identitet og egenverd. I Klinisk sykepleie I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt og E. A.Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie. Bind 3* (s. 118-156). Oslo: Gyldendal.

Strand, L. (1990). *Fra kaos mot samling, mestring og helhet: Psykiatrisk sykepleie til psykotiske pasienter*. Oslo: Gyldendal.

*Tse, M. M. Y. & Ho, S. S. K. (2014). Enhancing Knowledge and Attitudes in Pain Management: A Pain Management Education Program for Nursing Home Staff. *Pain Management Nursing*. 15(1), 2–11. Lokalisert 2. Mars 2015, på <http://dx.doi:10.1016/j.pmn.2012.03.009>

Tveiten, S. (2012). Empowerment og veiledning – sykepleierens pedagogiske funksjon i helsefremmende arbeid. I Å. Gammersvik og T. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie - i teori og praksis* (s. 195-212). Bergen: Fagbokforlaget.

7.0 Vedlegg

Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Anvendte artikler
Chronic pain and cognitive behavior therapy	Cinahl. Full text Publikasjons år 2008-2015 Akademiske journal Peer reviewed	17	Haraldseid, Dysvik og Furnes. 2014
Recommended articles i forhold til Haraldseid, Dysvik og Furnes. 2014	Fra full text Haraldseid, Dysvik og Furnes. 2014 Fagfelleurdert, tidsskrift	3	Tse & Ho 2014
Chronic pain and cognitive behavioral therapy approach, nurse	Oria	9	Dysvik, Kvaløy og Furnes. 2012.
Cognitive behavioral therapy, nurs, prevention, pain, primary care, randomised controlled trial, design	Oria 2010-2014 Randomised controlled trial	17	Biesheuvel-Liefeld et al. 2012