

**Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid,  
Pilestredet,  
Fakultet for helsefag**

**Kandidatnummer: 143**

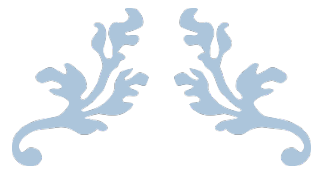
**Eksamensnavn: SYBA3900: Bacheloroppgave**

**Dato: 16.03.2017**

**Klasse: 3A**

**Kull: 2014**

**Antall ord: 9024**



---

# Å LEVE MED KRONISK NEVROPATISK SMERTE

---

*Hverdagens utfordringer*



## **Tittel på oppgaven:**

Å leve med kronisk nevropatisk smerte – Hverdagens utfordringer

## **Sammendrag (abstract):**

### **Bakgrunn :**

Både teori og studier internasjonalt og i Norge viser at kroniske nevropatiske smerter er en kompleks smertetilstand. Det er en tilstand som kan være vanskelig å forstå for pasient og behandler. I tillegg kan pasienter utvikle tilleggsvansker, som for eksempel søvnvansker eller ulike psykiske lidelser. Det er viktig å ta hensyn til dette i behandlingsprosessen. Livskvaliteten til disse pasientene er ofte dårlig, og pasienter trenger hjelp til å mestre hverdagen med kroniske smerter. Jeg ønsket å fordype meg i hvordan sykepleieren kan bidra til økt livskvalitet, og har derfor valgt denne problemstillingen: ”*Hvordan kan sykepleier veilede pasienter med kronisk nevropatisk smerte til å oppnå god livskvalitet ved bruk av mestring?*”. Hensikten med denne oppgaven er å finne gode svar på problemstillingen.

### **Fremgangsmåte:**

Gjennom oppgaven har jeg sett på hva teori og forskningsartikler sier om forholdet til kronisk nevropatisk smerte og livskvalitet er. Funnene har blitt drøftet opp mot teori om sykepleie, livskvalitet og mestring. Oppgaven er fremstilt som et litteraturstudie som metode.

### **Diskusjon, funn og konklusjon:**

Funnene tyder på at pasienter ønsker å ha en god relasjon med helsepersonellet, de ønsker å være en del av behandlingen og de ønsker å bli hørt. Ved å ta i bruk kunnskapsbasert praksis kan sykepleiere oppnå best mulig resultat av behandlingen. Sykepleiere må forstå sammenhengen mellom smerte og livskvalitet, og opprettholde en god relasjon med pasientene for å få forståelse av deres subjektive følelser. Det er viktig å ikke overkjøre pasienter med en medikamentell behandling, men gi dem støtte og opptre som en veileder. Som sykepleier kan man gjennom god kommunikasjon gi informasjon om ulike mestringsstrategier slik at pasienter kan få mulighet til å få en følelse av kontroll over smertene og kontroll på sitt eget liv.

## **Nøkkelord:**

Kronisk nevropatisk smerte, Livskvalitet, Sykepleie, Mestring

## Innholdsfortegnelse

<b>1.0 INNLEDNING</b> .....	<b>1</b>
1.1 BEGRUNNELSE FOR VALG AV TEMA OG PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING. ....	1
1.2 AVGRENSING.....	2
1.3 BEGREPSAVKLARING. ....	2
1.4 OPPGAVENS OPPBYGGING.....	2
<b>2.0 TEORIDEL</b> .....	<b>4</b>
2.1 KRONISK NEVROPATISK SMERTE. ....	4
2.1.1 Smertebehandling.....	5
2.2 SYKEPLEIERENS FUNKSJON.....	6
2.3 MESTRING. ....	7
2.3.1 Benner & Wrubel. ....	8
2.3.2 Lazarus & Folkman.....	8
2.4 LIVSKVALITET. ....	9
<b>3.0 METODE</b> .....	<b>11</b>
3.1 LITTERÆR OPPGAVE.....	11
3.2 DATAINNSAMLING. ....	11
3.3 KILDEKRITIKK.....	13
3.3.1 Forskningsartikler. ....	13
3.3.2 Annen litteratur. ....	14
<b>4.0 RESULTATER</b> .....	<b>16</b>
4.1 KRONISK NEVROPATISK SMERTE OG LIVSKVALITET. ....	16
4.2 MESTRINGSSTRATEGIER OG BEHANDLING. ....	16
<b>5.0 DRØFTING</b> .....	<b>19</b>
5.1 KRONISK NEVROPATISK SMERTE OG LIVSKVALITET. ....	19
5.2 MESTRINGSSTRATEGIER OG BEHANDLING. ....	21
<b>6.0 AVSLUTNING</b> .....	<b>28</b>
<b>7.0 KILDEHENVISNING</b> .....	<b>30</b>
<b>8.0 VEDLEGG</b> .....	<b>0</b>
8.1 VEDLEGG 1.....	0

## 1.0 INNLEDNING

### 1.1 Begrunnelse for valg av tema og presentasjon av problemstilling.

Tema for valg av problemstilling er kronisk smerte, med fokus på nevropatisk smerte. I følge folkehelseinstituttet (2015) rammer kroniske smerter ca. 30% av den norske befolkningen. I denne sammenhengen blir kroniske smerter en sammensatt betydning av nociseptive smerter, nevropatiske smerter og idiopatiske smerter. Smerte er et biologisk signal alle mennesker opplever og erfarer en eller flere ganger gjennom livet, og er en av de hyppigste årsakene til at mennesker oppsøker helsehjelp (Folkehelseinstituttet, 2015; Høgh, 2015a). Smerte er en subjektiv tilstand, og kan derfor være vanskelig å forklare og forstå for andre enn den som opplever smerten. Vi finner ulike typer smerter, og deler dem ofte inn i nociseptiske og nevropatiske smerter. I denne oppgaven skal jeg ha fokus på nevropatiske smerter. Denne type smerte er ofte mer komplekse enn nociseptiske smertetilstander, og er ofte vanskeligere å behandle (Jensen & Sindrup, 2005). Kroniske nevropatiske smerter blir behandlet med medikamenter, men trenger som regel en ikke-farmakologisk behandling i tillegg (Brook, Connell & Pickering, 2011).

Hensikten med denne oppgaven er å utdype hva kronisk nevropatisk smerte er, og hvordan en sykepleier kan gi best mulig smertebehandling til pasientene. Jeg ble interessert i å jobbe med smerte etter å ha vært på et utvekslingsopphold i Australia der vi hadde et fag om smerte og smertebehandling. Jeg oppdaget at dette var noe jeg hadde for lite kunnskap om, og fant tema om smerte veldig interessant. I og med at smerte er en av de vanligste årsakene til at mennesker oppsøker helsehjelp er jeg sikker på at dette er noe jeg kommer til å erfare i senere tid. Jeg kommer da til å ta med meg kunnskapen fra denne oppgaven videre som sykepleier. Problemstillingen jeg har kommet frem til har jeg valgt å ha fordi den belyser ulike sykepleiefaglige aspekter ved kronisk nevropatisk smerte.

Min problemstilling er av denne grunn:

***Hvordan kan sykepleier veilede pasienter med kronisk nevropatisk smerte til å oppnå god livskvalitet ved bruk av mestring?***

## 1.2 Avgrensning.

Jeg har valgt å ikke avgrense noe nærmere sykdomstilstand innenfor nevropatisk smerte da jeg skal holde mest fokus på mestring og livskvalitet. Dette har jeg valgt fordi disse kategoriene er mer tilhørende en sykepleiers rolle enn selve den medikamentelle behandlingen. Som sykepleier bruker man ulike kommunikasjonsferdigheter på de forskjellige målgruppene (Eide & Eide, 2007). Jeg har valgt å forholde meg til voksne pasienter da det er denne pasientgruppen jeg har erfaring med fra tidligere.

## 1.3 Begrepsavklaring.

Her forklarer jeg de sentrale begrepene jeg bruker slik at leseren skal forstå min problemformulering på best mulig måte:

**Veiledning:** Hvordan en sykepleier kan gi råd, undervise eller videreformidle informasjon på en pedagogisk, formell og rasjonell måte. Hensikten er at mestringskompetansen styrkes gjennom dialog som er basert på kunnskap og humanistiske verdier (Tveiten, 2014).

**Kronisk nevropatisk smerte:** Smerter som oppstår som følge av en skade eller sykdom i det perifere nervesystemet eller sentralnervesystemet (Jensen, 2015a; Berntzen, Danielsen & Almås, 2015). Smertene har opptrådd hos pasienten i 3-6 måneder eller mer for at det skal kunne bli definert som kronisk (Jensen, 2015a).

**Mestring:** Mestring i denne oppgaven vil bli definert som at pasienten skal kunne vurdere den situasjonen man er i, kognitivt, og så vurdere hvilke muligheter den gir. Pasienten skal kunne oppleve å ha kontroll på en stressende situasjon, og mestring er det man gjør for å overvinne stresset (Lazarus & Folkman, 1984, gjengitt i Tveiten, 2014; Benner & Wrubel, 1989)

**Livskvalitet:** Begrepet livskvalitet, sett fra et helseperspektiv, omhandler enkeltindividets psykiske velvære. Med dette mener jeg individets opplevelse eller følelse av å ha det godt, og ha en grunnstemning av glede (Næss, 2011; Nortvedt, Leegaard, Valeberg & Helseth, 2016).

## 1.4 Oppgavens oppbygging.

Oppgaven består av en teoridel, metodedel, resultatdel, drøftingsdel og til slutt en avslutning. I teorikapittelet redegjør jeg for de teoretiske rammene og perspektivene som skal benyttes i

oppgavens drøftingsdel. Jeg presenterer aktuell teori knyttet til tema, og ulike mestringsteorier av Benner & Wrubel og Lazarus & Folkman. I denne oppgaven følger jeg Høyskolen i Oslo og Akershus sine retningslinjer. Der står det at jeg skal skrive en litterær oppgave, og i metodedelen utdyper jeg hva dette innebærer. Under dette kapitlet presenterer jeg valg av kilder og søkeprosessen til forskningsartiklene. Jeg utdyper også hvordan jeg har valgt å vurdere kildens gyldighet og pålitelighet. Styrkene og svakhetene ved de ulike metodene som har blitt anvendt i forskningsartiklene blir også diskutert. Herunder vil jeg også presentere artiklene jeg har benyttet meg av. Under drøftingskapitlet vil jeg presentere funnene og diskutere disse opp mot problemstillingen, teorien og forskning. Til slutt runder jeg av med en avslutning og min konklusjon på problemstillingen min.

## 2.0 TEORIDEL

Smerte er en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse, og er forbundet med en nåværende eller potensiell skade på vev (IASP, 2012). Smerte er også en kompleks, subjektiv tilstand, og en av de vanligste årsakene til at individer oppsøker helsevesenet (Berntzen, Danielsen & Almås, 2015; Høgh, 2015a). Som helsepersonell må man stole på pasienten, og gjøre sitt beste for å forstå hvordan pasienten har det. Dette kan være essensielt for hvilken behandling og sykepleietiltak som hører til rette hos den enkelte pasienten.

### 2.1 Kronisk nevropatisk smerte.

Når et menneske lever med kroniske plager kan det påvirke både den daglige funksjonen og gi begrensninger i livet (Gjengedal & Hanestad, 2007). Jensen (2015a) forteller at kroniske smerter kan bli beskrevet som en smerte som er vedvarende lenger enn 3-6 måneder til tross for helbredelse av det skadede området. Videre utdyper han at man kan dele opp smerte i to hovedkategorier: nociseptiv smerte og nevropatisk smerte. Den nociseptive smerten kan bli beskrevet som en forbigående, inflammatorisk reaksjon på skadet vev (Jensen, 2015a; Berntzen et. al., 2015).

Nevropatiske smertetilstander blir definert som en skade i det perifere nervesystemet eller i sentralnervesystemet (Den Norske Legeforeningen, 2009; Brook et. al., 2011). Berntzen et. al. (2015) utdyper at smertene oppstår som oftest etter at nerver blir skadet. Dette kan bli forårsaket av for eksempel kirurgiske inngrep, strålebehandling og kroniske inflammatoriske sykdommer. Fantomsmerter, diabetisk nevropati og trigeminusneuralgi kan også bli kategorisert som nevropatiske smerter. Den Norske Legeforeningen (2009) forklarer at dersom den nevropatiske smertetilstanden blir kronisk, kan det ofte føre til hyperalgesi. Denne tilstanden blir beskrevet som en sentralnervøs sensibilisering med økt eller unormal høy smertefølelse, der selv svake berøringer kan føre til intense smerter og ubehag. Årsaken kan også være ukjent hos enkelte pasienter. Som oftest stiller man diagnosen ut i fra symptomene, selv om disse kan ytre seg forskjellig. De kan være alt fra ubehagelige fornemmelser av prikking og stikking, til jagende, intense brennende smerter. Symptomene



sluker ofte opp all oppmerksomheten til pasienten, og det fører ofte til at en blir desperat etter å finne en lindrende løsning (Berntzen et. al., 2015; Jensen, 2015a).

### 2.1.1 Smertebehandling.

Den norske legeforening (2009) har utarbeidet retningslinjer for smertebehandling i Norge. De legger frem de to viktigste forutsetningene for tilstrekkelig smertelindring:

- hovedmålet med smertebehandlingen er klart for alle – pasienten skal ha det så godt det lar seg gjøre, uten unødige lidelser. I tillegg bør pasienten være i stand til å bevege seg, og til å puste godt, for å unngå komplikasjoner som ellers kan oppstå.
- behandlerne har tilstrekkelig kunnskap om bivirkningene av behandlingen og hvordan de kan forebygges og behandles. Slik kunnskap må så langt råd er være basert på fakta.

Behandlingen av nevropatiske smerter er vanskelig og sammensatt. Bare det å forklare dette for pasienten, og ikke gi noen forhåpninger om at smerten kan fjernes, men at man kan prøve å redusere/lindre smerten, er i seg selv en stor del av behandlingen (Den Norske Legeforening, 2009). Svake og middels sterke normale opioider har som regel ingen effekt på nevropatisk smerte. Spesifikk medikamentell behandling for nevropatiske smerter består ofte av en sammensatt behandling med en kombinasjon av medikamenter som for eksempel antidepressiva, antiepileptika, antipsykotika, og ikke-medikamentelle behandlingsmetoder (Den Norske Legeforening, 2009; Attal et. al., 2010; Brook et. al., 2011; Jensen, 2015b). Berntzen et. al. (2015) påpeker at pasienten kan ha behov for profesjonell behandling fra ulike yrkesgrupper. Dette innebærer et samarbeid fra ulike yrkesgrupper innenfor helsearbeid. Med andre ord vil det være et tverrfaglig samarbeid, der helsepersonell på ulike plan tar utgangspunkt i en felles problemforståelse og felles mål for å utvikle en konkret handlingsplan for den enkelte pasient. Yrkesgruppene kan påvirke hverandre, forsterke hverandres tiltak og ha et tett samarbeid (Kristoffersen, 2012, s. 311). Ulik ikke-medikamentell behandling til en pasient med nevropatiske smerter kan være TENS, akupunktur, fysioterapi, psykolog (Fear, 2010; Berntzen et. al., 2015).

Berntzen et. al. (2015) forklarer at innenfor behandlingen har sykepleieren ledende ansvar for datainnsamling, observasjoner, kartlegging og vurdering av pasientens smerte. I tillegg er det

sykepleieren som har ansvaret for administreringen av den medikamentelle og ikke-medikamentelle smertelindrende behandlingen, og evaluere effekten av disse. For å få best mulig resultat må sykepleieren ha god kommunikasjon, relasjon og samarbeid med pasienten og andre kolleger. Det er viktig å ha god kunnskap om smerten og ulike behandlingsmetoder for å kunne jobbe kunnskapsbasert.

For å kunne kartlegge smerten til pasienten, og vurdere effekten av behandlingen, kan sykepleiere ta i bruk ulike kartleggingsmetoder. Det finnes ulike vurderingsskjemaer man kan ta i bruk, for eksempel visuell analog skala (VAS), visuell numerisk skala (NRS), verbal rating skala (VRS) og ansiktsskala (FRS). Dette kalles endimensjonale skalaer, og måler kun smerteintensiteten. Skalaene er som regel fra 1-10, hvor 1 er ingen smerte og 10 er verste tenkelige smerte. I tillegg kan man ta i bruk flerdimensjonale skalaer. Dette kan for eksempel være et smerteskjema med ulike spørsmål som måler både smerteintensiteten og hvordan smerten påvirker pasienten (Berntzen et. al., 2015).

Det er òg viktig å ivareta de grunnleggende behovene til pasienten (Berntzen et. al., 2015). Pasienter med kroniske smerter som tviler på sin egen evne til å håndtere, mestre og funksjonere med smertene, kan være i faresonen for å utvikle depresjon og bli immobile. Det er derfor nødvendig å også behandle de underliggende problemene som medfølger nevropatisk smerte; søvnproblemer, depresjoner, lite matlyst, etc. (Mann, 2008; Arnstein, 2004)

## 2.2 Sykepleierens funksjon.

Tveiten (2008) forteller om Virginia Hendersons (1955) definisjon på sykepleiers spesielle funksjon: nettopp å hjelpe individer, syke eller friske. Videre utdyper Tveiten (2008) at som en del av et tverrfaglig team kan sykepleieren få delegerte oppgaver, for eksempel administrering av medikamenter, og administrering og oppfølging av andre behandlingstiltak. Til slutt påpeker Tveiten (2008) at sykepleieren har også en forebyggende og helsefremmende funksjon. For å kunne oppnå optimal smertebehandling må pasienten og sykepleieren være på lik bølgelengde. Dette kan bli maksimert ved å utøve ulike sykepleiefaglige ferdigheter, for eksempel aktiv lytting, være åpen, varm og mottakende, vise forståelse, forklare og

videreformidle informasjon på en forståelig måte, invitere til samarbeid og legge en felles plan som pasienten er komfortabel og fornøyd med (Høgh, 2015b; Berntzen et. al., 2015). Sykepleiere kan også hjelpe til med motivasjon, opplæring/veiledning, dele lignende situasjoner, og overbevise pasientene om at de klarer å håndtere situasjonen på egenhånd (Arnstein, 2004).

En måte å samarbeide med pasienten på er via empowerment. Dette kan bli definert som en prosess der formålet er at pasienter skal kunne øke kontrollen over egen helsetilstand, pasientens mulighet til å tenkte kritisk og handle autonomt (Anderson & Funnel, 2010; Tveiten, 2008). En problemstilling som ofte stilles innenfor sykepleieetikk er spørsmål om pasientens rett til selvbestemmelse (Nortvedt, 2014). I dette tilfelle kan vi se på autonomiprinsippet for å forstå omfanget rundt bruken av empowerment. Nortvedt forteller videre at mennesket er et selvbestemmende individ, men at selvbestemmelsen forutsetter ulike egenskaper hos individet. Man må kunne foreta rasjonelle, velbegrunnede og gjennomtenkte valg på egne vegne. Ved å bruke empowerment som et hjelpemiddel og verktøy, kan sykepleiere, sammen med pasienten, oppfylle de etiske prinsippene som gjør pasienten autonom. Pickering (2015) utdyper at det er viktig at helsepersonellet ikke overbeviser eller overtaler pasienten, men at man støtter til å reflektere over egne erfaringer med smertene. Slike refleksjoner kan være essensielt for å oppnå positive endringer i adferd. Man ønsker å oppnå at pasienten har ansvar for egen behandling, og at helsepersonellet skal opptre som en samarbeidspartner, rådgiver og støttespiller (Pickering, 2015; Jacobsen, 2007).

### 2.3 Mestring.

Bokmålsordboka (2016) beskriver begrepet mestre som å beherske, å kunne, ha tak på, greie eller å være herre over en situasjon/objekt. Tveiten forteller i sin bok om pedagogikk i sykepleiepraksis (2008, s. 31) at ”å fokusere på individets mestring, mestringsmuligheter og på mestringshjelp kan betraktes som en ressursorientert strategi”. Som sykepleier kan man se det som en del av vår pedagogiske funksjon å hjelpe, veilede og råde pasienten i den riktige retningen når han skal mestre et problem (Tveiten, 2008, ). Det finnes en rekke ulike teoretikere som har definert begrepet mestring på forskjellige måter. Jeg skal ta utgangspunkt i Benner & Wrubel’s teori (1984) og Lazarus & Folkman’s teori (1984).

### 2.3.1 Benner & Wrubel.

Patricia Benner og Judith Wrubel utarbeidet en bok der de presenterer deres teorier om omsorgens betydning i sykepleie (1989). Et gjennomgående synspunkt er hvordan det enkelte mennesket mestrer sykdommen henger sammen med den meningen lidelsen har for personen og dets kulturelle forståelse av sykdommen. Meningen med sykdommen forekommer gjennom det personens personlighet, livshistorien og den konkrete situasjonen mennesket er i. Et annet gjennomgående synspunkt er omsorg. Benner & Wrubel (1989) mener at omsorg er grunnleggende for sykepleie. For å kunne forstå pasientens situasjon og se hvilke muligheter som ligger i den, må en sykepleier vise og ha omsorg for pasienten. Videre hevder de at sykepleiere ikke kan hjelpe pasienter dersom de ikke bryr seg eller involverer seg i den enkelte pasientens situasjon (Benner & Wrubel, 1989, gjengitt i Kongsmo, 2003).

Benner og Wrubel (1989) forteller at når et menneske brytes sammen er stress en vanlig reaksjon og funksjon. Mestring er det man gjør for å overvinne stresset, men det er ingen fasit på hva som er såkalt ”god mestring”. Dersom en sykepleier ønsker å hjelpe andre, må man først og fremst forsøke hvordan pasienten opplever sin nåværende situasjon, og hvilke muligheter han opplever at han har. Ut i fra dette kan sykepleieren hjelpe pasienten til å åpne for flere muligheter ved fortolke, veilede, gi omsorg og trene han til å lære nye ferdigheter. Det er viktig å ta avstand fra abstrakte idealer om hva ”god mestring” er, for eksempel beherskelse, kontroll og fornuft. Kongsmo (2003) hevder at målet for en sykepleier skal være å styrke den andre til å det som han eller hun ønsker å være. For at dette skal være mulig å oppnå, må pasienten oppleve at sykepleieren er omsorgsfull (Benner & Wrubel 1989, gjengitt i Kongsmo, 2003).

### 2.3.2 Lazarus & Folkman.

Tveiten (2008) og Hanssen & Natvig (2007) forklarer Lazarus & Folkman’s mestringsteorier fra 1984. De definerer mestring som det å kunne vurdere den situasjonen man er i, kognitivt, for så og vurdere hvilke muligheter den gir. På samme måte som Benner & Wrubel, mener Lazarus & Folkman (1984, gjengitt i Tveiten 2008; Hanssen & Natvig, 2007) at når et menneske brytes ned opplever man stress. For å oppheve stresset må man ta i bruk mestring

og ulike mestringsstrategier. Videre mener Lazarus & Folkman (1984) at vi foretar først en primær vurdering, og så en sekundær vurdering av situasjonen. Den primære vurderingen går ut på å vurdere situasjonen, hva som skjer, og kvaliteten på hva som skjer. Den sekundære vurderingen omhandler en vurdering av egne mestringsmuligheter og aktuelle mestringsstrategier (Tveiten, 2008; Hanssen & Natvig, 2007). Mestringshjelpen en sykepleier kan gi, innebærer å legge til rette for at pasienten erkjenner at han har kontroll i en gitt situasjon. Lazarus & Folkman (1984) presenterer to ulike mestringsstrategier: problemfokustert mestring og emosjonsfokustert mestring. Problemfokustert mestring går ut på at det man skal mestre kan påvirkes direkte, for eksempel smerte. Emosjonsfokustert mestring brukes når påvirkning ikke er mulig. Da må pasienten og sykepleieren revurdere situasjonen, se etter nye muligheter og deretter kanskje velge en problemfokustert mestringsstrategi (gjengitt i Tveiten, 2008; Hanssen & Natvig, 2007).

## 2.4 Livskvalitet.

Begrepet livskvalitet, sett fra et helseperspektiv, omhandler enkeltindividets psykiske velvære. I denne oppgaven vil det si individets opplevelse eller følelse av å ha det godt, og ha en grunnstemning av glede. Det handler også om hvordan kvaliteten på livet til en person er, sett fra personens subjektive ståsted (Wahl & Rokne, 2011; Nortvedt et. al., 2016). Wahl & Hanestad (2007) forteller at man ofte relaterer livskvalitet til ”det gode liv”. Med dette mener de en tilfredshet med livet, fysisk og psykisk velvære, tilfredsstillende behov, selvrealisering, lykke og mening, og helse. For pasienter med en kronisk sykdom spiller helse en sentral rolle for å oppnå god livskvalitet (Wahl & Hanestad, 2007; Nes & Tambs, 2011).

Som innledningsvis nevnt kan smerte beskrives som et subjektivt fenomen (Bertzen et. al., 2015). Det som ofte blir glemt er at begrepet livskvalitet også kan bli sett på som et subjektivt fenomen (Nortvedt et. al., 2016). Nettopp på grunn av dette kan det være vanskelige å beskrive forholdet mellom disse to begrepene. Smerte er en faktor som påvirker livskvaliteten, men i hvilken grad smerten påvirker livskvaliteten kommer an på hvilke verdier som ligger til grunn for det enkelte individet (Nortvedt et. al., 2016).

Nortvedt et. al. (2016) forteller videre at pasientens subjektive erfaring av smerte og livskvalitet kan være vanskelig for utenforstående, for eksempel sykepleiere, å forstå. Vi må stole på pasientens forklaringer. Pasienten må fortelle gjennom språket hvordan han opplever situasjonen, og sykepleierne må gå ut ifra at det pasienten sier er sant. Derfor er det vesentlig å opprettholde en god kontakt og kommunikasjon med pasienten, da disse er eneste kilde til en bestemmelse av videre behandling (Eide & Eide, 2007). Nortvedt et. al. (2016) påpeker at pasientintervjuer er viktige intervensjoner for innhenting av informasjon. Man kan også ta i bruk ulike metodiske og systematiske spørreskjemaer og instrumenter. Disse inneholder ulike former for rangeringer og kategoriseringer, og hensikten er å måle ulike aspekter og dimensjoner både ved livskvalitet og smerte (Nortvedt et. al., 2016).

## 3.0 METODE

*”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder”* (Aubert, 1985, s. 196, gjengitt i Dalland, 2013).

### 3.1 Litterær oppgave.

I følge Thidemann (2015) er en litteraturstudie en studie der man anvender systematisert kunnskap innhentet fra skriftlige kilder. Det vil si at forfatteren samler inn litteratur, og kildene blir kritisk gjennomgått. Hensikten med en litterær studie er at den som leser skal danne seg en oppdatert forståelse av kunnskapen som trer frem i oppgaven og besvarelsen på forfatterens problemstilling. Dalland (2013) forteller at metoden i tillegg kan beskrives som et redskap eller fremgangsmåte i veien til målet. Den hjelper oss å finne informasjon gjennom ulike data, men informasjonen kan være presentert gjennom ulike metoder; kvalitativ og kvantitativ. Dersom det har blitt presentert gjennom kvalitativ metode går forfatterne mer i dybden, og har som mål å fange opp mening og opplevelse. Gjennom kvantitativ metode blir informasjonen lagt frem gjennom målbare enheter, og denne metoden omformer informasjonen til tall. Dette kan være dersom en ønsker å finne gjennomsnittet eller prosentandelen av en gruppe mennesker (Dalland, 2013). Denne oppgaven har blitt bygget i hovedsak på skriftlige kilder, og går derfor under kategorien en litterær oppgave (Thidemann, 2015; Dalland, 2013).

### 3.2 Datainnsamling.

Bøker som har blitt brukt i denne oppgaven har enten vært tidligere pensumlitteratur, eller vært bøker som jeg har funnet på skolens bibliotek. Jeg har i første rekke tatt i bruk primærkilder, men har også brukt sekundærkilder der det ikke har vært mulig å finne tilbake til primærkilden. Artikler som er oversatt og som blir henvist i teksten, anses som primærkilde i denne oppgaven. I tillegg til biblioteket, har jeg brukt internett for innhenting av relevant forskning og artikler. Jeg har søkt etter forskningsartikler og fagartikler i databasene Cinahl, ERIC, MedLine og PubMed. Det ble også foretatt søk i ORIA, SweMed+ og Google

Schoolar, disse uten relevante funn. Databasene er anbefalt fra høgskolen i Oslo og Akershus, og jeg anser dette som godkjente databaser å utføre søk i.

I tabell 1 blir det lagt frem en oversikt over søkeprosess med engelske søkeord som ble foretatt i de ulike databasene. Resultatene av artiklene blir presenter under punkt 4.0 senere i oppgaven.

Tabell 1, Søkeprosess

Database	Søkeord	Treff	Forfatter, År, Navn, Land
Cinahl	Empowerment AND Chronic Pain	Nr. 4 av 43 funn	Tveiten, S. & Knutsen, I. R. (2011). <i>Empowering Dialogues</i> . Norge.
	Neuropathic pain AND nursing.	Nr. 22 av 143 funn	Dobrota, V. D., Hrabac, P., Skegro, D., Smiljanic, R. Dobrota, S., Prkacin, I., Brkljacic, N., Peros, K. Tomic, M., Lukinovic-Skudar, V. & Kes, V. B. (2014). <i>The impact of neuropathic pain and other comorbidities on the quality of life in patients with diabetes</i> . Kroatia.
		Nr. 15 av 143 funn	Acar, B., Turkel, V., Kocak, O. M. & Erdemoglu, A. K. (2015). <i>Validity and Reliability of Turkish Translation of Neuropathic Pain Impact on Quality-of-Life (NePIQoL) Questionnaire</i> . Tyrkia
	Neuropathic pain AND treatment AND nursing	Nr. 2 av 46 funn	Kollenburg, E. G. P. V., Lavrijsen, J. C. M., Verhagen, S. C., Zuidema, S. U., Schalkxijk, A. & Vissers, K. C. P. (2012). <i>Prevalence, Causes, and Treatment of Neuropathic Pain in Dutch Nursing Home Residents: A Retrospective Chart Review</i> . Nederland
ERIC	Neuropathic Pain AND Quality of Life	Nr. 6 av 37	Taylor, J., Hueles, S., Albu, S.s Gómez-Soriano, J., Penacoba, C. & Poole, H. M. (2012). <i>Neuropathic Pain Intensity, Unpleasantness, Coping strategies, and psychosocial factors after Spinal Cord Injury</i> . Spania.
	Quality of Life AND Chronic Pain	Nr. 1 av 10	Lee, G. K, Chronister, J. & Bishop, M. (2008). <i>The Effects of psychosocial factors on quality of life among individuals with chronic pain</i> . USA.
MedLine	Neuropathic Pain AND Quality of Life	Nr. 1 av 8	Ciaramitaro, P., Mondelli, M., Logullo, F., Grimaldi, S., Battiston, B., Sard, A., Scarinzi, C., Migliaretti, G., Faccani, G. & Cocito, D. <i>Traumatic peripheral nerve injuries:</i>



			<i>epidemiological findings, neuropathic pain and quality of life in 158 patients.</i> (2010). Italia.
PubMed	Chronic neuropathic pain AND Quality of Life	Nr. 33 av 173	Haviv, Y., Zini, A., Etzioni, Y., Klitinich, V., Dobriyan, A., Sharav, Y., Benoliel, R. & Almoznino, G., 2017. <i>The impact of chronic orofacial pain on daily life: the vulnerable patient and disruptive pain.</i> Israel.

For utdypende informasjon om hensikt og bruk av metode i artiklene se vedlegg 1.

### 3.3 Kildekritikk.

#### 3.3.1 Forskningsartikler.

Da jeg skulle søke etter forskningsartikler valgte jeg ut ulike inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier. Ved å utføre dette tydeliggjør jeg litteratursøket mitt, og kan avgrense mengden litteratur (Thidemann, 2015). Et av inklusjonsteoriene mine gikk ut på å bruke artikler med en IMRAD-struktur. Dette er en av de mest anvendte normene for oppbygging av en artikkel. IMRaD er en forkortelse for introduksjon, metode, resultater og diskusjon (Dalland, 2013). Andre inklusjonskriterier gikk ut på å utelukke pediatriske og geriatriske pasienter. Da jeg startet søkene mine ville jeg helst kun ha kvalitative studier, men oppdaget raskt at dette kom til å bli utfordrende å få til. Etter flere søk fant jeg både kvalitative og kvantitative studier, og valgte å se på dette som positivt for oppgaven min, da dette gir meg mulighet til å få et helhetlig perspektiv både i bredden og dybden. Jeg har også valgt å forholde meg til artikler som omhandler både kun kroniske smerter og nevropatiske smerter, samt ulike tilstander med kronisk nevropatisk smerte. Ved å inkludere ulike former for nevropatisk smerte og kronisk smerte har det hjulpet meg å få et helhetlig inntrykk av det å leve med en kronisk nevropatisk sykdom. Eksklusjonskriteriene mine omhandlet å forholde meg til artikler publisert i vestlige land for å kunne på best mulig måte sammenligne til Norge og norske forhold. Jeg har også valgt å ekskludere artikler som er eldre enn 10 år.

Etter det systematiske litteratursøket valgte jeg 8 forskningsartikler. På to av søkene i Cinahl og et av søkene i PubMed fikk jeg over 500 treff, og derfor begrenset jeg søket til artikler skrevet etter år 2010. Da jeg gjorde dette fikk jeg mindre treff. Deretter gikk jeg gjennom

tittelen på alle artiklene, og de som hadde relevante titler leste jeg sammendraget, og valgte de artiklene som kunne relateres til min problemstilling. Artiklene som jeg har tatt i bruk ble presentert i tabell 1. Etter å ha vurdert artiklene som relevante for min oppgave, leste jeg gjennom dem systematisk, oversatte dem og skrev notater.

### 3.3.2 Annen litteratur.

I den teoretiske delen har jeg anvendt tilleggs litteratur utenfor fagets pensumliste. Lærebøker og fagbøker som har blitt tatt i bruk er i hovedsak tidligere pensumbøker. Bøker som ikke har vært nevnt i tidligere pensumbøker har jeg innhentet fra skolens bibliotek. Jeg anser tidligere pensumbøker og bøker fra skolens bibliotek som pålitelige. I tillegg har jeg brukt Thidemann og Dalland sine bøker som hjelpemidler for å skrive en litteraturstudie korrekt. Jeg har i første rekke ønsket å kun ta i bruk teori som er av nyere utgivelser. Dette har jeg gjort for å forsikre meg at kunnskapen ikke er utdatert (Dalland, 2014). En av bøkene jeg har tatt i bruk er utgitt i 2003, samt bøker som omhandler sykepleieteorier fra 1984 og 1989. Jeg har tatt i bruk disse bøkene da denne teorien er anerkjent og jeg har brukt den til å støtte opp annen lignende litteratur.

I tillegg har jeg tatt i bruk andre kilder fra ulike nettsider for å innhente ulik og relevant informasjon. Når man henter informasjon fra nettressurser kan det være utfordrende å luke ut hva som er seriøst og kvalitetssikret (Dalland, 2014). Jeg anser mine nettbaserte kilder som relevante og pålitelige da disse nettsidene er forbundet med store og anerkjente foreninger og organisasjoner. Retningslinjene for smertelindring utgitt av Den Norske Legeforening. Informasjonen er utarbeidet av en arbeidsgruppe satt sammen av leger, psykologer, kirurger, fysioterapeuter og farmasøyter. Jeg anser dette som en pålitelig kilde, da Den Norske Legeforening er en stor fagforening som blant annet har som mål å fremme medisinsk utdanning og forskning (Den Norske Legeforening, 2009). Folkehelseinstituttet er et statlig forvaltningsorgan som er underlagt av helse- og omsorgsdepartementet. Til slutt har jeg også brukt ISAP. Dette er en av de største internasjonale organisasjonene som jobber med å fokusere på smerte og sykdomstilstander knyttet til smerte.

Jeg har i tillegg brukt andre fagartikler skrevet av Fear (2010), Anderson (2010), Mann (2008) og Arnstein (2004). Disse artiklene er funnet ved å søke i samme databaser som de andre

litteratursøkene. Artikkelen skrevet av Arnstein (2004) anser jeg som relevant og pålitelig da annen litteratur overensstemmer med disse funn. Ellers har jeg kun tatt i bruk nettbaserte kilder som er utgitt etter år 2007 for å forsikre meg om at denne kunnskapen ikke er utdatert.

## 4.0 RESULTATER

Etter litteratursøkene har jeg valgt ut 8 forskjellige forskningsartikler. Under dette kapittelet blir resultatene fra artiklene presentert.

### 4.1 Kronisk nevropatisk smerte og livskvalitet.

Fem av studiene viser at nevropatisk smerte forekommer oftere enn forventet, og at denne type smerte ofte er mer kronisk enn nociseptive smerter. Pasienter med nevropatiske smerter har lavere fysisk funksjon, rapporterer om høy smerte og har ofte tilleggsproblemer som omfatter psykiske vansker. En kronisk sykdomstilstand med nevropatiske smerter gir dårlig livskvalitet (Lee et. al., 2008; Kollenburg et. al., 2012; Ciaramitaro et. al., 2010; Haviv et. al., 2017; Acar et. al., 2014). En slik sykdomstilstand kan ofte ha store konsekvenser for det daglige livet til pasienten. Daglige aktiviteter blir ofte vanskeligere å gjennomføre, og pasientene blir ofte arbeidsledige og får søvnproblemer (Haviv et. al., 2017). Haviv et. al. (2017) og Dobrota et. al. (2014) viser i sine studier at pasienter med flere fysiske og psykiske tilleggsvansker rapporterer om dårligere livskvalitet enn pasienter uten. Jo tidligere man stiller diagnosen, jo tidligere kan man ta i bruk en riktig behandling og dette fører til at pasientene får bedre livskvalitet. Funn viser at alder og opplevelser i den personlig livssituasjonen hadde ingen eller liten innvirkning på livssituasjonen til pasienter med nevropatiske smerter (Lee et. al., 2008; Ciaramitaro et. al., 2010; Dobrota et. al., 2014). Derimot viste funnene at de som erkjenner sykdommen, har en sterkere kognitiv innstillingen og har tatt i bruk ulike mestringsstrategier opplever å ha bedre livskvalitet enn før disse intervensjonene. Smertebehandling, smertelindring, avlastning og riktige mestringsstrategier har en positiv innflytelse på livskvaliteten til pasienter med nevropatisk smerte (Lee et. al., 2008; Ciaramitaro et. al., 2010).

### 4.2 Mestringsstrategier og behandling.

Funnene tyder på at det finnes ulike måter å håndtere kronisk nevropatisk smerte på. Tveiten & Knutsen (2011) presenterer gjennom en kvalitativ studie at pasienter med kroniske smerter

og deres helsepersonell verdsetter empowerment som behandling. Pasientene understreker viktigheten med å opprettholde en god dialog, og at dialogen fungerer som en terapi og skaper felles forståelse. En pasient påpekte at: ”Istedenfor å kun få medikamenter, så får du en samtale, forståelse og empati” (Tveiten & Knutsen, 2011). To studier viser at helsepersonellet bør være en del av behandlingen, og hvilke mestringsstrategier som kan bli tatt i bruk (Lee et. al., 2008; Taylor et. al., 2012). I forhold til mestringsstrategier må helsepersonellet ha god nok kunnskap til å utelukke og erstatte de negative holdningene med positive mestringsstrategier (Lee et. al., 2008). Resultatene fra tre studier viser at gode mestringsstrategier kan gå ut på å distrahere og distansere seg fra smerten, få støtte fra familie, venner og helsepersonell, få forståelse fra behandlere og øke fysisk aktivitet. Strategiene fungerer individuelt, det vil si at for en pasient kan en type strategi fungere positivt, men den samme strategien kan fungere negativt for en annen pasient (Tveiten & Knutsen, 2011; Lee et. al., 2008; Taylor et. al., 2012). Ved å ta i bruk dialog som et hjelpemiddel i en behandlingsprosess kan pasienten dele positive og negative erfaringer og behandler kan dele kunnskap. Det er derfor viktig at pasienten er ærlig, og på denne måten kan han oppleve å få kontroll på sykdommen, og kontroll på livet (Tveiten & Knutsen, 2011; Taylor et. al., 2012)

To studier viser at pasientene ofte mottar en medikamentell smertebehandling, bestående av antinevropatiske medisiner, antidepressiva og antiepileptika (Kollenburg et. al., 2012; Ciaramitaro et. al., 2010). Resultatene til Ciaramitaro et. el. (2010) viser at effektiviteten, trygghetsforholdet og bivirkninger på medikamentet, samt graden av smerten er faktorer som må tas hensyn til når man velger medikamentell behandling. Tre studier viser at behandlere kan benytte seg av VPS og/eller VAS (Verbal Pain Scale/Visual Analogue Scale) for å kartlegge smerten til pasienten (Lee et. al., 2008; Taylor et. al., 2012; Haviv et. al., 2017). Haviv et. al. (2012) rapporterer i sin undersøkelse at behandlere bør kunne kjenne igjen ”den sårbare pasienten” ut fra slike kartlegginger. Haviv et. al. (2017) og Dobrota et. al. (2014) indikerer at en riktig behandling av nevropatisk smerte kan ha en positiv betydning på livskvaliteten. Både farmakologisk og ikke-farmakologiske behandlingsmetoder bør bli tatt i bruk, det vil si et tverrfaglig team med ulike intervensjoner og behandlingsmetoder. I tillegg til et tverrfaglig team er det viktig at pasienten er en like stor del av behandlingen og ulike avgjørelser (Tveiten & Knutsen, 2011). De poengterer derfor at pasienten er det største hjelpemiddelet i smertebehandling, da smerte er et subjektivt fenomen for pasienten. Acar et. al. (2014) forteller at innenfor smertebehandling er innflytelsen av livskvaliteten like viktig som det å identifisere smertene for både pasienten og behandleren. Til slutt påstår Kollenburg

et. al. (2012) at nevropatiske smerter er en sygdomstilstand med manglende forskning og faktiske bevis på behandling som hjælper.

## 5.0 DRØFTING

På grunnlag av både teori og forskning presentert tidligere i oppgaven vil jeg under dette kapittelet drøfte problemstillingen min; ***Hvordan kan sykepleier veilede pasienter med kronisk nevropatisk smerte til å oppnå god livskvalitet ved bruk av mestring?***

### 5.1 Kronisk nevropatisk smerte og livskvalitet.

Nevropatisk smerte er en subjektiv tilstand der det har oppstått en skade i det perifere nervesystemet eller i sentralnervesystemet (Den Norske Legeforening, 2009; Brook et. al., 2011; Berntzen et. al., 2015). Det viser seg at denne type smerte forekommer oftere enn forventet, og at tilstanden ofte er kronisk (Lee et. al., 2008; Ciaramitaro et. al., 2010; Kollenburg et. al., 2012; Acar et. al., 2014; Haviv et. al., 2017). Symptomene fra sykdommen utarter seg som alt fra ubehagelige fornemmelser av prikking og stikking, til jagende, intense, brennende smerter. En kronisk smertetilstand vil si at pasienten har opplevd smerter og symptomer i 3-6 måneder (Jensen, 2015a). Slike symptomer vil etter lengere tid ta all oppmerksomheten til pasienten, og man kan ofte se at pasienter blir nærmest desperat etter å finne en lindrende løsning (Berntzen et. al., 2015; Jensen, 2015a).

Kronisk nevropatisk smerte kan beskrives som en kompleks tilstand, med ulike negative konsekvenser. Som regel kan symptomene i seg selv være vanskelig for pasienter å forholde seg til. I noen tilfeller utvikler pasienter en sentralnervøs sensibilisering med økt smertefølelse som blir kalt hyperalgesi (Den Norske Legeforening, 2009). Fra egne erfaringer utarter denne tilstanden seg til å sluke all oppmerksomheten til pasienten, og alle hverdagsaktiviteter må tilrettelegges for pasienten. Dette kan være en stor utfordring for både pasient og sykepleier, samtidig som det kan oppleves som nokså slitsomt. Videre kan pasientene oppleve andre typer konsekvenser, som for eksempel lavere fysisk funksjon og ulike former av psykiske vansker. Forskning viser at kroniske nevropatiske smerter også gir dårligere livskvalitet (Lee et. al., 2008; Ciaramitaro et. al., 2010; Kollenburg et. al., 2012; Acar et. al., 2014; Haviv et. al., 2017). Dessuten blir pasientene avhengige eller desperate etter en lindrende behandling for å få livet til å fungere så normalt som mulig. Derfor kan

sykdomstilstanden føre til vanskeligheter i det daglige livet til pasienten, og daglige aktiviteter blir vanskelige å gjennomføre (Haviv et. al., 2017)

Forskning hevder at pasienter med fysiske og psykiske tilleggsvansker ofte rapporterer om dårligere livskvalitet (Haviv et. al., 2017; Dobrota et. al., 2014). Pasienter med kroniske smerter har en tendens til å tvile på sin egen evne til å håndtere, mestre og funksjonere med smertene. Slike pasienter havner i faresonen for å utvikle tilleggsvansker, som for eksempel depresjon og immobilitet (Arnstein, 2004; Mann, 2008). Som sykepleier vil det derfor være nødvendig å innhente den riktige informasjonen om smertesymptomer slik at den riktige diagnosen kan anslås så tidlig i forløpet som mulig. Jo tidligere diagnosen stilles, jo raskere kan pasienten få den riktige behandlingen, som igjen fører til at pasientene har en større sjanse til å forbedre livskvaliteten sin (Dobrota et. al., 2014; Nortvedt et. al., 2016; Haviv et. al., 2017). I og med at slike tilleggsvansker kan være alt fra søvnproblemer til problemer med aktivitetsnivå vil det derfor være viktig å ikke glemme å ivareta de grunnleggende behovene til pasienten ved innhenting av informasjon og senere behandling (Berntzen et. al., 2015).

Både teori og forskning tyder på at livskvalitet kan bli sett på som et subjektivt begrep, på lik linje som smertebegrepet. Sett fra et helseperspektiv omhandler begrepet hvordan enkeltindividets psykiske velvære er. Enklere forklart vil det si pasientens opplevelse eller følelse av å ha det godt, og hvordan kvaliteten på livet dens er sett fra personens subjektive ståsted (Wahl & Rokne, 2011; Nortvedt et. al., 2016). Som tidligere nevnt viser teori og forskning at nevrologiske smerter gir dårligere livskvalitet. Derfor vil det være essensielt for en sykepleier å utføre tiltak rettet mot å forbedre livskvaliteten.

I første omgang må man huske på at livskvalitet er et subjektivt begrep, og kan derfor oppfattes individuelt. Det som kan føles som god livskvalitet for en pasient, kan oppfattes som svekket livskvalitet for en annen. Som sykepleier kan man ofte stille seg spørsmålet om hvordan man skal kunne forstå livskvaliteten til en pasient, og hvordan påvirker smerten livskvaliteten til den enkelte pasienten? Hvilken grad smerten påvirker livskvaliteten kommer an på hvilke verdier som ligger til grunn for det enkelte individet (Nortvedt et. al., 2016). Derfor kan det være viktig å bli kjent med pasientene, og lære deres ulike verdier. Noen studier hevder likevel at alder og personlig liv ikke spiller noen rolle for livskvaliteten til pasienter med nevrologiske smerter. De mener derimot at pasienter som har en sterkere kognitiv innstilling, erkjenner sykdommen og dens omfang, og har tatt i bruk ulike



mestringsstrategier, opplever å ha bedre livskvalitet enn før de tok i bruk disse intervensjonene (Lee et. al., 2008; Ciaramitaro et. al., 2010; Dobrota et. al., 2014). På bakgrunn av disse påstandene kan man oppsummere at en sykepleier må bli kjent med pasienten og dens verdier, men at pasienten også må bli kjent med seg selv, og sykdommen og dens omfang. Sykepleieren må hjelpe pasienter med å ta i bruk mestringsstrategier og veilede dem til å oppnå en sterkere kognitiv innstilling.

For det andre vil det være vanskelig for pasienter å forklare hvordan de oppfatter sin livskvalitet (Nortvedt et. al., 2016). Derfor er det essensielt for en sykepleier å opprette god kontakt, kommunikasjon og relasjon med pasienten, da pasienten er den eneste kilden til å finne ut hvilken behandling som blir riktig å gi videre i forløpet. Her er det viktig å påpeke at riktig behandling av den nevrologiske smerten kan ha en positiv betydning på livskvaliteten (Dobrota et. al., 2014; Haviv et. al., 2017). Pasienten må få rom til å forklare hvordan han opplever situasjonen og hvordan han har det, og som sykepleier må vi stole på det pasientens forklaringer (Eide & Eide, 2007). I et slikt tilfelle anser jeg det som hensiktsmessig å ta i bruk dialog som et verktøy og hjelpemiddel. Pasienten kan da dele positive og negative erfaringer, og jeg som sykepleier kan dele min kunnskap tilbake (Tveiten & Knutsen, 2011; Taylor et. al., 2012). På denne måten vil sykepleiere gjøre en situasjon der pasienten må forklare sin subjektive opplevelse av livskvaliteten enklere.

## 5.2 Mestringsstrategier og behandling.

Som tidligere nevnt kan man beskrive smertebegrepet som en subjektiv tilstand eller følelse. Når noe er subjektivt kan man si at det kun er en person som vet omfanget av tilstanden, og det er den personen som har smertene. Derfor kan det være vanskelig for utenforstående personer, i dette tilfellet helsepersonell, å forstå omfanget av smertene. I noen tilfeller kan det også være vanskelig for individet med smertene å forstå følelsene (Berntzen et. al., 2015). Teori forteller at ved nevrologiske smerter har det oppstått en skade i det perifere nervesystemet eller i sentralnervesystemet. Smertene vedvarer ofte lengre enn 3-6 måneder, og tilstanden blir derfor ofte kategorisert som kronisk (Den Norske Legeforening, 2009). Av den grunn må helsepersonellet bruke både teori og pasientens forklaringer om smertetilstander for å kunne forstå og gi den beste behandlingen tilbake. I tillegg viser både

teori og funn fra forskning at det kan være relevant å ta i bruk ulike type skalaer for å kartlegge smertene, for eksempel VPS eller VAS. Å ta i bruk slike kartlegginger vil antageligvis gi sykepleieren et innblikk i smerteintensiteten til pasienten (Lee et. al., 2008; Taylor et. al., 2012; Berntzen et. al., 2015; Haviv et. al., 2017). For en sykepleier tolker jeg at det vil bli enklere å følge med på smertene til pasienten og analysere om en eventuell behandling er effektiv dersom man tar i bruk slike kartleggingsmetoder.

Som sagt er kronisk nevropatisk smerte en kompleks tilstand med tanke på symptomer og behandling. Dessverre er det ikke alltid like lett å finne årsaken til tilstanden, men man kan trekke konklusjoner ut ifra tidligere diagnoser og lokaliseringen av smertene. Av og til finner man ikke ut årsaken til smertene, noe som i seg selv kan være frustrerende for pasienten (Berntzen et. Al., 2015). Derfor kan det være lurt å samarbeide på tvers av ulike yrkesgrupper, og danne et tverrfaglig team (Fear, 2010; Kristoffersen, 2012; Haviv et. al., 2017; Dobrota et. al., 2014). Fra tidligere erfaringer har det vist seg å være positivt å samarbeide på tvers av yrkesgruppene, men man er avhengig av at yrkesgruppene har en åpen og god kommunikasjon, og hjelper hverandre i behandlingen. I et slikt samarbeid kan sykepleieren ha flere ulike funksjoner. Dette kan være alt fra administrering av medikamenter, til å følge opp ulike behandlingstiltak (Tveiten, 2008). Det mest sentrale er at sykepleieren alltid viser omsorg og hjelpe individer som er syke (Henderson, 1955, gjengitt i Tveiten, 2014). Benner & Wrubel (1989) støtter denne teorien, da de mener at uten omsorg for pasienten vil ikke sykepleieren klare å forstå pasientens situasjon og se hvilke muligheter den gir. For å kunne vise omsorg må man også vise at man bryr seg om å bli involvert i den enkelte pasientens liv (Benner & Wrubel, 1989, gjengitt i Konsmo, 2003). Dette kan løses ved å invitere til samtaler og bli kjent med pasienten (Tveiten, 2008). Av erfaring kan slike samtaler enkelt utføres ved å sette av litt ekstra tid under ulike prosedyrer. For å oppsummere kan man si at å gi omsorg er sykepleierens grunnleggende funksjon, og det er dermed viktig at videre støtte og behandling blir utført med dette til grunn.

Sykepleieren må også ha en forebyggende og helsefremmende funksjon (Tveiten, 2008). I dette tilfellet vil det først og fremst si at sykepleieren må forebygge forverring av situasjonen, for eksempel hyperalgesi eller utvikling av psykiske vansker. Innenfor dette vil sykepleiere ha forskjellige oppgaver å håndtere. En sykepleieroppgavene vil som sagt være å administrere medikamenter, samt informere om medikamentene og deres virkning og bivirkning (Tveiten, 2008). For en pasientgruppe med kroniske smerter er det essensielt å gå

frem på en skånsom måte. Man skal ikke gi forhåpninger om at smertene kommer til å forsvinne med behandlingen, men at behandlingen skal fungere som en smertelindrende funksjon (Den Norske Legeforening, 2009). En annen sykepleieroppgave vil derfor være riktig bruk av gode kommunikasjonsferdigheter for å kunne utføre en slik samtale og utveksling av informasjon på riktig måte. Slike ferdigheter kan være aktiv lytting, forklare og videreformidle informasjon på en forståelig måte, være åpen, varm og mottakende, vise forståelse og invitere til felles samarbeid og planlegging (Høgh, 2015b; Berntzen et. al., 2015). I Tveiten & Knutsen (2011) sitt studie forteller de at pasienter med kroniske smerter verdsetter en god dialog, og at sykepleieren viser forståelse og empati. Riktignok kan man se på dette som en generell oppfatning fra alle type pasienter, men det er ikke dermed sagt at man må glemme viktigheten av den gode dialogen og relasjonen. Min refleksjon på hva studier og teori sier om dette er at ved å bruke de ulike kommunikasjonsferdighetene vil sykepleieren oppleve å opparbeide et positivt forhold til pasienten. Dette vil sannsynligvis føre til at videre behandling kan være bedre og enklere å foreta.

En annen sykepleieroppgave vil være å støtte og veilede pasienten til å mestre situasjonen og samarbeide om hvilke mestringsstrategier som kan bli tatt i bruk (Tveiten, 2008; Lee et. al., 2008; Taylor et. al., 2012). Det vil være relevant både for pasient og sykepleier å forstå hva som ligger i begrepet mestring. På den ene siden sier bokmålsordboka (2016) at det å mestre er å beherske, å kunne, ha tak på, greie eller å være herre over en situasjon/objekt. Sett fra et helseperspektiv tenker jeg at det kan være uhensiktsmessig å bruke en slik definisjon på begrepet ”mestring”. Dette mener jeg fordi det å mestre en situasjon kan være en individuell opplevelse. På en annen side mener Benner & Wrubel (1989) at det ikke finnes en fasit på hva som er ”god mestring”. Slik jeg tolker Benner & Wrubel (1989) mener de at dersom en sykepleier skal kunne hjelpe pasienten er det viktig å ta avstand abstrakte idealer om hva ”god mestring” er. Målet for sykepleieren skal være å styrke pasienten til det han ønsker å være (Konsmo, 2003). Tveiten & Knutsen (2011) og Taylor et. al. (2012) støtter denne teorien og mener at et godt samarbeid mellom sykepleieren og pasienten kan føre til at pasienten opplever å få kontroll på sykdommen og kontroll på livet. Som konklusjon må en sykepleier støtte og styrke pasienten til å mestre situasjonen, uten å ta utgangspunkt i abstrakte idealer om hva som er ”god mestring”.

Lazarus & Folkman (1984) forteller at mennesker som blir brutt sammen av sykdom ofte opplever stress, og for å kunne oppheve stresset er det ofte nødvendig å ta i bruk ulike

mestringsstrategier. Lee et. al. (2008) og Taylor et. al. (2012) hevder i sine resultater at sykepleiere kan bli brukt som en positiv ressurs i arbeidet med valg mestringsstrategier. Man kan ofte oppleve at pasientene har en negativ holdning til sykdom og behandling. Helsepersonellet må derfor ha god nok kunnskap til å utelukke og erstatte disse holdningene med positive mestringsstrategier (Lee et. al., 2008). Den Norske Legeforeningen (2009) støtter denne påstanden da de mener at behandlere må ha tilstrekkelig kunnskap om både sykdom og behandling. Sykepleierens oppgave kan utdypes ved å gå tilbake til Lazarus og Folkman's (1984) mestringsteori. De mener at vi først foretar en primær vurdering av situasjonen, og så en sekundær vurdering. Først må vi vurdere situasjonen, hva som skjer og kvaliteten av det som skjer. Deretter kan vi vurdere egne mestringsmuligheter og aktuelle mestringsstrategier. For at dette skal fungere på best mulig måte må pasienten og sykepleieren ha en god relasjon. Det er viktig at pasienten er ærlig, og deler positive og negative erfaringer, for å kunne oppleve følelsen av kontroll (Tveiten & Knutsen, 2011; Taylor et. al., 2012). Lazarus & Folkman (1984) støtter dette da de mener at mestringshjelpen en sykepleier kan gi innebærer å legge til rette for at pasienten erkjenner at han har kontroll i en gitt situasjon.

Som helsepersonell kan man stille spørsmålet: "Hvordan kan man på best mulig måte innhente den riktige informasjonen om smertetilstanden fra pasienten?". I dette tilfellet er det viktig for helsepersonell å ikke glemme de etiske retningslinjene. Mennesket er et selvbestemmende individ, og dersom en pasient blir sett på som tilregnelig, har han all rett til selvbestemmende (Nortvedt, 2014). Videre påpeker Nortvedt (2014) at helsepersonell ikke må presse frem meninger hos pasienten (Nortvedt, 2014). Teori og forskning viser til at sykepleiere kan ta i bruk empowerment som et hjelpemiddel og verktøy for innhenting av informasjon. Pasienter forteller at via en god dialog med sykepleiere oppbygger man felles forståelse og utveksling av informasjon. I tillegg opplever pasientene at de får en god samtale og empati, ikke kun medikamenter (Tveiten & Knutsen, 2011).

Når det er sagt er det viktig å påpeke at medikamenter er en stor del av den kombinerte behandlingen til pasienter med kronisk nevropatisk smerte. Pasienter får som regel enten antinevropatiske medisiner, antidepressiva, antiepileptika eller antipsykotika (Den Norske Legeforeningen, 2009; Kollenburg et. al., 2012; Ciaramitaro et. al., 2010). Slike medikamenter kan ofte ha ulike bivirkninger for pasienten som også må behandles (Mann, 2008; Arnstein, 2004). Det er en del av sykepleierens rolle å videreformidle informasjon om alle sider av behandlingen, inkludert den medikamentelle behandlingsdelen (Den Norske

Legeforeningen, 2009; Berntzen et. al., 2015). Derfor er det viktig å opprettholde en god relasjon og kommunikasjon med pasienten for å få et helhetlig perspektiv av tilstanden. Det skal være åpent for at pasienten skal kunne dele både positive og negative erfaringer. Behandleren skal dele sin kunnskap med pasienten slik at pasienten kan reflektere over egen tilstand og være en del av behandlingen. Sykepleieren skal opptre som en samarbeidspartner, rådgiver og støttespiller (Tveiten & Knutsen, 2011; Taylor et. al., 2012; Pickering, 2015; Jacobsen, 2007).

Det finnes flere forskjellige strategier og metoder for å oppleve mestring. Som mye annet ved denne tilstanden, er det individuelt om strategiene fungerer positivt eller negativt for pasienten (Tveiten & Knutsen, 2011; Lee et. al., 2008; Taylor et. al., 2012). Det er sykepleierens jobb å hjelpe, veilede og råde pasienten i den riktige retningen når han skal mestre et problem (Tveiten, 2008). Lazarus og Folkman (1984) presenterer to ulike, grunnleggende mestringsstrategier: problemfokuset mestring og emosjonsfokuset mestring. De forteller at dette kan også beskrives som en primær og en sekundær vurdering av situasjonen. Det kan være vanskelig for en pasient å forstå hvordan man kan bruke disse i praksis, og det er derfor sykepleiere må ha kunnskap om strategiene for å hjelpe pasientene (Hanssen & Natvig, 2007).

Ved problemfokuset mestring foretar man den primære vurderingen. Sykepleieren må hjelpe og veilede pasienten til å vurdere situasjonen, hva som faktisk skjer, og kvaliteten på det som hender (Lazarus & Folkman, 1984, gjengitt i Tveiten, 2008; Hanssen & Natvig, 2007). Slik jeg tolker det vil dette gi både pasienten og sykepleieren et helhetlig bilde av hvordan situasjonen er, før de deretter kan foreta en sekundær vurdering. Den sekundære vurderingen går nettopp ut på å vurdere mestringsmulighetene til pasienten, og se hvilke muligheter den gir. Videre kan man da legge en felles plan med ulike problemfokusede mestringsstrategier. Jeg tenker at dette vil være mestringsstrategier og behandling som påvirker problemet direkte. Problemet i dette tilfellet er kronisk nevropatisk smerte. Med stor grad vil medikamenter være et eksempel på problemfokuset mestring. Det som er spesielt med nevropatisk smerte er at kun medikamentell behandling ikke fjerner all smerte (Den Norske Legemiddelforeningen, 2009; Berntzen et. al., 2015). Derfor kan også fysisk aktivitet, akupunktur, TENS og fysioterapi også være relevante muligheter for en problemfokuset mestring. Det betyr at man må samarbeide i et tverrfaglig team med andre yrkesgrupper.

Emosjonsfokusert mestring blir tatt i bruk dersom den problemfokuserte mestringen ikke fungerer slik den skal. Sykepleieren og pasienten kan sammen revurdere situasjonen, og ta i bruk nye metoder (Lazarus & Folkman, 1984, gjengitt i Tveiten, 2008). Jeg tenker at sykepleierens funksjon i et slikt tilfelle skal være å støtte og legge til rette for at pasienten føler og erkjenner at han har kontroll på situasjonen. Eksempler på emosjonsfokusert mestring kan derfor være å få forståelse fra behandlere, samt forståelse og støtte fra familie og venner. I tillegg viser studier at pasienter med kroniske smerter rapporterer at det å distansere og distrahere seg fra smerten også oppleves som gode mestringsstrategier (Tveiten & Knutsen, 2011; Lee et. al., 2008; Taylor et. al., 2012).

Et siste relevant synspunkt er å bruke pasienten som et hjelpemiddel i smertebehandlingen, og la han bli en del av smerteteamet og de avgjørelsene som skal bli foretatt (Tveiten & Knutsen, 2011). Grunnen til at dette er et positivt tiltak er nettopp fordi smerte er en subjektiv tilstand, og helsepersonellet må alltid ta utgangspunkt i hvordan pasienten beskriver smerten (Tveiten & Knutsen, 2011; Berntzen et. al., 2015). Som en del av behandlingen vil det være aktuelt å foreta kartlegging av smerten. Dette kan gjøres på forskjellige måter ved bruk av ulike skalaer fra 1-10 som pasienten skal svare på (Berntzen et. al., 2015; Lee et. al., 2008; Taylor et. al., 2012; Haviv et. al., 2017). På en annen side vil ikke denne kartleggingen ha noe spesiell effekt dersom sykepleierne ikke kan kjenne igjen ”den sårbare pasienten” ut fra resultatene (Haviv et. al. 2017). Derfor er det viktig å ha tilstrekkelig med kunnskap om kronisk nevropatisk smerte, og i tillegg ha en god kommunikasjon, relasjon og et godt samarbeid med pasienten (Den Norske Legeforening, 2009; Berntzen et. al., 2015).

Til slutt kan det være viktig å trekke frem at et studie påpeker et relevant argument om at nevropatiske smerter er en sykdomstilstand med manglende forskning og faktiske bevis på behandling som hjelper (Kollenburg et. al., 2012). Jeg tenker at dette kan være fordi en tilstand som nevropatisk smerte er som sagt en subjektiv tilstand som gjør det utfordrende å få et objektivt syn på smertene. Det er en tilstand som utarter seg forskjellig fra pasient til pasient, og i tillegg er det ofte vanskelig å finne årsaken til smertene. Dermed kan også behandlingen være forskjellig fra pasient til pasient (Den Norske Legeforening, 2009; Berntzen et. al., 2015). Slik jeg tolker det vil det være nødvendig å prøve seg frem, og teste ut ulike behandlingsmetoder og mestringsstrategier, før man eventuelt finner noe som fungerer. Det vil derfor være viktig igjen å ikke gi forhåpninger til at smertene kommer til å forsvinne,

men at mestringsstrategiene skal fungere som en smertelindrende funksjon (Den Norske Legeforening, 2009)

## 6.0 AVSLUTNING

Smerte er en subjektiv følelse som kan beskrives som en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse for den den rammer. Det er en av de vanligste årsakene til at mennesker oppsøker helsehjelp. Det finnes ulike typer smerte: nociseptiv og nevropatisk smerte. Nevropatiske smerter oppstår når det er en skade i det perifere nervesystemet, eller i sentralnervesystemet. Dersom de nevropatiske smertene har vært tilstede i mer enn 3-6 måneder vil tilstanden bli kategorisert som kronisk. Den nevropatiske smertetilstanden blir ofte beskrevet som mer kompleks enn nociseptive smerter, og kan også være vanskeligere å behandle. Utredningen omfatter en medikamentell behandling med antipsykotika, antidepressiva eller antiepileptika, og en ikke-medikamentell behandling, som for eksempel TENS, fysioterapi eller psykologisk terapi. Som oftest må man sette sammen et tverrfaglig team for å få til en best mulig behandling for pasienten. Sykepleierens rolle vil være å administrere legemidler, utveksle informasjon og opptre som en omsorgsfull støttespiller, rådgiver og veileder.

Både teori og funn viser at helse spiller en rolle for livskvaliteten. Pasienter som har kronisk nevropatisk smerte opplever som regel å ha en dårlig livskvalitet enn andre. Det er viktig for både sykepleier og pasient å forstå sammenhengen mellom smerte og livskvalitet. Begrepene har til felles at de kan beskrives som subjektive opplevelser. Sykepleieren må opparbeide seg god relasjon med pasienten for å kunne på best mulig forstå pasientens situasjon. Desto bedre forståelse sykepleieren får, jo bedre vil resultatet av behandlingen bli. En av måtene dette kan gjøres på er å ta i bruk empowerment som metode. Resultater fra forskning og teori viser at pasienter setter pris på en slik behandlingsmetode. Pasientene forteller at de føler de får et positivt utbytte av gode dialoger der både pasient og sykepleier kan dele erfaringer, refleksjoner og kunnskap. Sykepleieren kan da bruke pasienten som et hjelpemiddel for å forstå tilstanden. Det vil også være relevant å veilede pasienter til å mestre situasjonen for å forbedre livskvaliteten. Det finnes ulike problemfokuserte og emosjonsfokuserede mestringsstrategier som kan bli tatt i bruk. Slike strategier kan være å øke fysisk aktivitet, distrahere og distansere seg fra smerten, få støtte fra familie, venner og helsepersonell, og riktig bruk av medikamenter. Resultater fra forskning avslørte at nevropatisk smerte er en tilstand med manglende forskning og bevis på en behandling som hjelper. Det vil derfor være nødvendig å prøve seg frem, og hjelpe pasienten til en behandling, og finne mestringsstrategier som fungerer for den enkelte. Følgelig kan en konkludere at ved å ta i



bruk de riktige mestringsstrategiene og opptre som en omsorgsfull støttespiller, kan sykepleieren hjelpe pasienten til å bedre livskvaliteten. Avslutningsvis vil jeg påpeke at det er viktig for en sykepleier å informere pasienter med nevroatiske smerter om at behandlingen ikke kommer til å opphøre smertene, men ha en smertelindrende funksjon.

## 7.0 KILDEHENVISNING

- Acar, B., Turkel, V., Kocak, O. M. & Erdemoglu, A. K. (2015). *Validity and Reliability of Turkish Translation of Neuropathic Pain Impact on Quality-of-Life (NePIQoL) Questionnaire*. Tyrkia. DOI: 10.1111/papr.12330
- Anderson, R. M. & Funnell, M. M. (2010). Patient empowerment: Myths and misconceptions. *Patient Education and Counseling*, 79 (3), 277-282. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2009.07.025>
- Arnstein, P. (2004). *Chronic Neuropathic Pain: Issues in patient education*. USA. DOI: <http://dx.doi.org.ezproxy.hioa.no/10.1016/j.pmn.2004.10.003>
- Attal, N., Cruccu, G., Baron, R., Haanpää, M., Hansson, P., Jensen, T. S. and Nurmikko, T. (2010), EFNS guidelines on the pharmacological treatment of neuropathic pain: 2010 revision. *European Journal of Neurology*, 17: 1113–e88. doi:10.1111/j.1468-1331.2010.02999.x
- Benner, P. & Wrubel, J. (1989). *Omsorgens betydning i sygepleje: Stress mestring ved sundhed og sygdom*. Dansk udgave: Munksgaard Danmark, København.
- Berntzen, H., Danielsen, A. & Almås, H. (2015). Sykepleie ved smerter. I Almås, H., Stubberud, D.-G. & Grønseth, R. (red.), *Klinisk sykepleie 1*. (4. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Bokmålsordboka, (2016). Hentet 27. Januar 2017 fra [http://ordbok.uib.no/perl/ordbok.cgi?OPP=+mestre&ant\\_bokmaal=5&ant\\_nynorsk=5&begge=+&ordbok=begge](http://ordbok.uib.no/perl/ordbok.cgi?OPP=+mestre&ant_bokmaal=5&ant_nynorsk=5&begge=+&ordbok=begge)
- Brook, P., Connell, J. & Pickering, T. (2011). *Oxford handbook of pain management*. Oxford University Press
- Ciaramitaro, P., Mondelli, M., Logullo, F., Grimaldi, S., Battiston, B., Sard, A., Scarinzi, C., Migliaretti, G., Faccani, G. & Cocito, D. *Traumatic peripheral nerve injuries: epidemiological findings, neuropathic pain and quality of life in 158 patients*. (2010). Italia. DOI: 10.1111/j.1529-8027.2010.00260.x
- Dalland, O. (2013). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. (5. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Den norske legeforeningen, 2009. *Retningslinjer for smertebehandling i Norge*. <http://legeforeningen.no/PageFiles/44914/Retningslinjer%20smertebehandling%20dnlf.pdf>
- Dobrota, V. D., Hrabac, P., Skegro, D., Smiljanic, R., Dobrota, S., Prkacin, I., Brkljacic, N., Peros, K. Tomic, M., Lukinovic-Skudar, V. & Kes, V. B. (2014). *The impact of neuropathic pain and other comorbidities on the quality of life in patients with diabetes*. Kroatia. DOI: 10.1186/s12955-014-0171-7

- Eide, H., & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Fear, C. (2010). *Neuropathic Pain: Clinical features, assessment and treatment*. England. DOI: [10.7748/ns2010.10.25.6.35.c8037](https://doi.org/10.7748/ns2010.10.25.6.35.c8037)
- Folkehelseinstituttet, (2015). *Kroniske smerter – faktaark med helsestatistikk*. <https://www.fhi.no/fp/smerter/kroniske-smerter---faktaark-med-hel/>
- Gjengedal, E. & Hanestad, B. R. (2007). Om kronisk sykdom. *Å leve med kronisk sykdom – en varig kursendring* (s. 10-26). (2. utg.). Oslo: Cappelen Akademisk Forlag
- Hanssen, T. A. & Natvig, G. K. (2007). Stress og mestring. I Gjengedal, E. & Hanestad, B. R. (red.), *Å leve med kronisk sykdom – en varig kursendring* (s. 40-59). (2. utg.). Oslo: Cappelen Akademisk Forlag
- Haviv, Y., Zini, A., Etzioni, Y., Klitinich, V., Dobriyan, A., Sharav, Y., Benoliel, R. & Almozni, G., 2017. *The impact of chronic orofacial pain on daily life: the vulnerable patient and disruptive pain*. Israel. DOI: [10.1016/j.o000.2016.08.016](https://doi.org/10.1016/j.o000.2016.08.016)
- Høgh, M. (2015a). Teorier om smerte. I Høgh, M., Jensen, N.-H. & Pickering, A. P. *Smertebogen* (s. 19-44). (1. utg.). København: Forfatterne og Munksgaard
- Høgh, M. (2015b). Non-medikamentel smertebehandling. I Høgh, M., Jensen, N.-H. & Pickering, A. P. *Smertebogen* (s. 261-288). (1. utg.). København: Forfatterne og Munksgaard
- IASP (The International Association for the Study of Pain), 2012. Hentet 27. Januar 2017 fra <http://www.iasp-pain.org/Taxonomy>
- Jacobsen, F. F. (2007). Empowerment og styringsformer i pleie- og omsorgsarbeid. I Gjengedal, E. & Hanestad, B. R. (red.), *Å leve med kronisk sykdom – en varig kursendring* (s. 124-144). (2. utg.). Oslo: Cappelen Akademisk Forlag
- Jensen, N.-H. (2015a). Definition og klassifisering af smerter. I Høgh, M., Jensen, N.-H. & Pickering, A. P. *Smertebogen* (s. 45-68). (1. utg.). København: Forfatterne og Munksgaard
- Jensen, N.-H. (2015b). Medikamentel smertebehandling. I Høgh, M., Jensen, N.-H. & Pickering, A. P. *Smertebogen* (s. 235-260). (1. utg.). København: Forfatterne og Munksgaard
- Jensen, T. S. & Sindrup, S. H. (2005). Neuropatiske smerter. I Jensen, T. S., Dahl, J. B. & Arendt-Nielsen, L. (red.) *Smerter – en lærebog* (s. 171-182). (1. utg.). København: FADLs Forlag A/S
- Konsmo, T. (2003). *En hatt med slør – en presentasjon av Benner og Wrubels teori*. AIT Otta AS: Tano Aschehoug

- Kollenburg, E. G. P. V., Lavrijsen, J. C. M., Verhagen, S. C., Zuidema, S. U., Schalkxijk, A. & Vissers, K. C. P. (2012). *Prevalence, Causes, and Treatment of Neuropathic Pain in Dutch Nursing Home Residents: A Retrospective Chart Review*. Nederland. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2012.04078.x
- Kristoffersen, N. J. (2012). Sykepleier i organisasjon og samfunn. I Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E.-A. (red.), *Grunnleggende sykepleie – Bind 1*, (s. 281-341). (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Lee, G. K., Chronister, J. & Bishop, M. (2008). *The Effects of psychosocial factors on quality of life among individuals with chronic pain*. USA. DOI: <http://dx.doi.org.ezproxy.hioa.no/10.1177/0034355207311318>
- Mann, E. (2008). *Neuropathic Pain: Could nurses become more involved?* England. DOI: [10.12968/bjon.2008.17.19.31459](http://dx.doi.org.ezproxy.hioa.no/10.1177/0034355207311318)
- Nes, R. B. & Tambs, K. (2011). Helse og livskvalitet. I Næss, S., Moum, T. & Eriksen, J. (red.). *Livskvalitet – Forskning om det gode liv*, s. 120-127. (1. utg.). Bergen: Fagbokforlaget
- Nortvedt, P. (2014). *Omtanke – En innføring i sykepleiens etikk*. (1. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Nortvedt, F., Leegaard, M., Valeberg, Berit. & Helseth, S. (2016). Livskvalitet og smerte – begrep og fenomen. I Helseth, S., Leegaard, M. & Nortvedt, F. (2016). *Livskvalitet og smerte – et mangfoldig forskningsfelt*, (s. 11-24). (1. Utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Næss, S. (2011). Språkbruk, definisjoner. I Næss, S., Moum, T. & Eriksen, J. (red.). *Livskvalitet – Forskning om det gode liv*, s. 15-51. (1. utg.). Bergen: Fagbokforlaget
- Pickering, A. (2015). Håndtering af smerte. I Høgh, M., Jensen, N.-H. & Pickering, A. P. *Smertebogen* (s. 157-180). (1. utg.). København: Forfatterne og Munksgaard
- Taylor, J., Hueles, S., Albu, S., Gómez-Soriano, J., Penacoba, C. & Poole, H. M. (2012). *Neuropathic Pain Intensity, Unpleasantness, Coping strategies, and psychosocial factors after Spinal Cord Injury*. Spania. DOI: <http://dx.doi.org.ezproxy.hioa.no/10.1111/j.1526...>
- Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget
- Tveiten, S. (2008). *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. (2. Utg.). Bergen: Fagbokforlaget
- Tveiten, S. & Knutsen, I. R. (2011). *Empowering Dialogues*. Norge. DOI: <http://dx.doi.org.ezproxy.hioa.no/10.1111/j.1471-6712.2010.00831.x>
- Wahl, A. K. & Hanestad, B. R. (2007). Livskvalitet. I Gjengedal, E. & Hanestad, B. R. (red.), *Å leve med kronisk sykdom – en varig kursendring* (s. 29-38). (2. utg.). Oslo: Cappelen Akademisk Forlag

Wahl, A. K. & Rokne, B. (2011). Sykepleie. I Næss, S., Moum, T. & Eriksen, J. (red.). *Livskvalitet – Forskning om det gode liv*, s. 191-198. (1. utg.). Bergen: Fagbokforlaget

## 8.0 Vedlegg

### 8.1 Vedlegg 1

<b>Forfatter/ år/land/tittel</b>	<b>Hensikt (mål) med studien</b>	<b>Metode</b>	<b>Resultat (Funn)</b>	<b>Egne kommentarer</b>
Tveiten, S. & Knutsen, I. R. (2011). Norge. Empowering dialogues	Studien viser pasientperspektivet av dialoger med fokus på empowerment med helsepersonell.	Kvalitative intervjuer	Resultatene viser at det å bruke dialog som et verktøy i behandlingsprosessen er en positiv opplevelse for helsepersonell og pasienten.	Hovedtema: Betydning av felles forståelse, Grunnlaget for samarbeid, Bekreftelse og Legitimitet.
Taylor, J., Hueles, S., Albu, S.s Gómez-Soriano, J., Penacoba, C. & Poole, H. M. (2012). Spania. Neuropathic Pain Intensity, Unpleasantness, Coping strategies, and psychosocial factors after Spinal Cord Injury	Studien viser hvordan pasienter med nevropatisk smerte mestrer smertene, fokus på ulike mestringsstrategier.	26 pasienter ved et sykehus gikk gjennom kvalitative intervjuer	Ulike mestringsstrategier blir ofte tatt i bruk tidlig i smerteforløpet. Mestringsstrategier har en positiv effekt på smertebehandling.	Som sykepleier gir dette et innblikk i hvordan jeg kan veilede og råde andre pasienter til å mestre smerten sin.
Lee, G. K, Chronister, J. & Bishop, M. (2008). USA. The Effects of psychosocial factors on quality of life among individuals with chronic pain	Undersøker hva som påvirker helse relatert livskvalitet hos pasienter med kroniske smerter.	Kvantitativ spørreundersøkelse av 171 pasienter med kroniske smerter.	- Dersom smerten forverret seg viste resultatene at dette ga betydelig utslag på livskvaliteten. - Varierende smerteforverring, mestring og depresjon var utelukkende de største påvirkningene for livskvaliteten til pasientene med kroniske smerter	

<p>Dobrota, V. D., Hrabac, P., Skegro, D., Smiljanic, R. Dobrota, S., Prkacin, I., Brkljacic, N., Peros, K. Tomic, M., Lukinovic-Skudar, V. &amp; Kes, V. B. (2014). Croatia.</p>	<p><b>Hensikten med studien er å finne ut hvordan og om nevropatisk smerte har en påvirkning for livskvaliteten til pasienter med diabetes og hvilken rolle denne sekundære tilstanden har for diabetespasienter.</b></p>	<p><b>Kvantitative intervjuer av 80 pasienter med diabetes og nevropatisk smerte, og 80 pasienter med diabetes uten nevropatisk smerte ble stilt de samme spørsmålene i et intervju der hovedtema var livskvalitet og depresjon relatert til sykdommen.</b></p>	<p><b>Resultatene viste at pasienter med diabetes uten nevropatisk smerte gir betydelig bedre resultater når det kommer til livskvalitet. Nevropatisk smerte har en stor påvirkning på ulike aspekter av livskvaliteten til diabetespasienter.</b></p>	
<p>Haviv, Y., Zini, A., Etzioni, Y., Klitinich, V., Dobriyan, A., Sharav, Y., Benoliel, R. &amp; Almozino, G., 2017, Israel, The impact of chronic orofacial pain on daily life: the vulnerable patient and disruptive pain</p>	<p>Studien viser hvilke konsekvenser de nevropatiske smertene medfører i hverdagen.</p>	<p>Kvantitativ spørreundersøkelse av 200 pasienter.</p>	<p>Resultatene viste at pasientene hadde til felles å ha et dårlig resultat fra sykdommen/smertene. Livskvaliteten ble verre, og resultatene viser at for å kunne forbedre resultat så er det anbefalt å sette i gang tiltak med et tverrfaglig team.</p>	
<p>Ciaramitaro, P., Mondelli, M., Logullo, F., Grimaldi, S., Battiston, B., Sard, A., Scarinzi, C., Migliaretti, G., Faccani, G. &amp; Cocito, D. (2010). Italia.</p>	<p>Hensikten med denne studien var å evaluere livskvaliteten hos pasienter med nevropatisk smerte.</p>	<p>Kvantitativ spørreundersøkelse av 158 pasienter på alder mellom 24-55 år.</p>	<p>Smertebehandling og smertelindring har en sterk positiv effekt på pasienter, både i forbedring av livskvaliteten og funksjonelle behov. Riktig tverrfaglig samarbeid gir bedre rehabilitering, og fører til forminskning av mobiliteten.</p>	

<p>Kollenburg, E. G. P. V., Lavrijsen, J. C. M., Verhagen, S. C., Zuidema, S. U., Schalkxijk, A. &amp; Vissers, K. C. P. (2012). Nederland. Prevalence, Causes, and Treatment of Neuropathic Pain in Dutch Nursing Home Residents: A Retrospective Chart Review</p>	<p><b>Hensikten med studien er å finne ut hyppigheten og årsaken til nevropatisk smerte i nederlandske sykehjem.</b></p>	<p><b>Dataene ble hentet fra 497 pasient journaler, der pasientene er langtidsinnlagt, eller benytter seg av langtidsrehabilitering på sykehjem.</b></p>	<p><b>Ut i fra resultatene kan forfatterne konkludere med at pasientene ofte opplever nevropatisk smerte, og at det derfor er et tema/en sykdom som burde få mer oppmerksomhet og behandling.</b></p>	
<p>Acar, B., Turkel, V., Kocak, O. M. &amp; Erdemoglu, A. K. (2015). Validity and Reliability of Turkish Translation of Neuropathic Pain Impact on Quality-of-Life (NePIQoL) Questionnaire</p>	<p>Hensikten med denne studien var å ta for seg spørsmål angående hvordan nevropatisk smerte har en påvirkning på livskvaliteten.</p>	<p>200 pasienter med kronisk nevropatisk smerte eller kronisk nociseptiv smerte gjennomgikk kvantitativ spørreundersøkelse.</p>	<p>Resultatene viste at pasienter med nevropatisk smerte hadde betydelig dårligere livskvalitet enn pasienter med nociseptiv smerte.</p>	