

Smertelindring – en sykepleiers utfordring.



Bacheloroppgave

SYKHB3001

Våren 2009

Kandidat nr. 26

Antall ord: 7670

Antall sider: 34

Bachelor i sykepleie

Høgskolen Stord/Haugesund, avd. Haugesund

Sammendrag

Smertelindring – en sykepleiers utfordring.

Formålet med denne oppgaven er å finne ut hvordan sykepleier ved hjelp av ikke-medikamentelle tiltak kan lindre kroniske ikke-ondartede smerter hos eldre mennesker. Dette på bakgrunn av at langvarig smerte er et alvorlig og gjennomgående helseproblem hos eldre, og det er mellom 25 og 65 % eldre som bor i hjemmet, og opp mot 80 % av eldre som bor i institusjon som har kroniske smerter. Problemstillingen er: Hvordan kan sykepleier bidra til å lindre kroniske smerter hos eldre mennesker? Oppgaven er en litteraturstudie hvor teori og forskning danner grunnlaget for å svare på problemstillingen. Resultater viser at både musikk, massasje og berøring er tiltak som kan virke smertelindrende i forhold til kroniske ikke-ondartede smerter. Allikevel er det betenkeligheter ved bruk av slike tiltak. Grunnleggende behov og miljøet rundt den smertepåvirkede må også ivaretas på en best mulig måte, fordi dette har innvirkning på menneskers smerte.

Summary

Pain relief – a nurse's challenge.

This task's purpose is to discuss how nurses can relieve chronic non-malignant pains for elderly persons, through the use of non-medical measures. The background for this is that long term pain are considered a serious health problem for elderly in general. Between 25 and 65 % of elderly persons living at home – and up to 80 % of elderly persons living in institutions, have chronic pains. The problem to be addressed is: How can a nurse contribute to relieve chronic pains with elderly persons? The subject is literature study – where theory and research create the foundation for answering the problem in question. Results show that music, massage and human touch are measures which may appear relieving for chronic non-malignant pains. Still, there are doubts concerning such measures. Basic needs – and the environment surrounding the pain affected person, must also be ensured in the best possible manner, as this may affect people's pain.

Eg ser

*Eg ser at du er trøtt
Men eg kan ikkje gå alle skritta for deg
Du må gå de sjøl
Men eg vil gå de med deg*

*Eg ser du har det vondt
Men eg kan ikkje grina alle tårene for deg
Du må grina de sjøl
Men eg vil grina med deg*

*Eg ser du vil gi opp
Men eg kan ikkje leva livet for deg
Du må leva det sjøl
Men eg vil leva med deg*

~ Bjørn Eidsvåg

Innholdsfortegnelse

<i>1.0 Innledning</i>	6
1.1 Bakgrunn for valg av tema	6
1.2 Presentasjon av problemstilling	6
1.3 Avgrensning og presisering av oppgava	7
1.4 Definisjon av sentrale begreper	7
1.5 Oppgavens disposisjon.....	8
<i>2.0 Metode</i>	8
2.1 Litteraturstudie	9
2.2 Etske aspekter.....	9
2.3 Litteratursøk	10
2.4 Bearbeidelse av data.....	11
2.5 Presentasjon av forskningsartikler	11
2.6 Kildekritikk	13
<i>3.0 Teori</i>	13
3.1 Eldre mennesker og smerte	13
3.1.1 Kronisk ikke-ondartet smerte	14
3.2 Hva er smerte?.....	15
3.2.1 Smertens fysiologi.....	15
3.2.2 Portkontrollteorien	16
3.3 Sykepleiers lindrende funksjon	16
3.3.1 Kartlegging av smerte	17
3.3.2 Mestring	18
3.4 Smertelindring.....	18
3.4.1 Ikke-medikamentell smertelindring	19
3.4.2 Musikk.....	19
3.4.3 Massasje og berøring.....	19
<i>4.0 Drøfting</i>	20
4.1 Kroniske smerter hos eldre mennesker	20
4.2 Sykepleiers lindrende funksjon	20
4.3 Ikke-medikamentell smertelindring	21
4.3.1 Musikk.....	22
4.3.2 Massasje og berøring.....	24
<i>5.0 Avslutning</i>	26

<i>6.0 Kildehenvisning</i>	28
Vedlegg 1	32
Vedlegg 2	33
Vedlegg 3	34

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg har valgt å fordype meg i temaet kroniske smerter hos eldre mennesker og vil knytte dette opp mot sykepleierens lindrende funksjon.. Ljoså og Rustøen (2007) viser til at norsk helsepersonell har for liten kunnskap om smerter og smertelindring, og at det legges for liten vekt på dette i sykepleierutdanningen. Videre skriver de at sykepleier har en viktig rolle innefor smertelindring, fordi sykepleier ofte har mest kontakt med pasienten (Ljoså og Rustøen, 2007). Jeg synes dette er et spennende tema og denne oppgava vil kunne gi meg økt faglig innsikt på dette området.

Smerte er et omfattende begrep som sykepleiere ofte må forholde seg til i helsevesenet, hvor da kroniske smerter utgjør en stor del av helsepersonell sine utfordringer (Almås, Valand, Bilicz og Berntzen, 2005). Dette har jeg sett både i praksis og i egen nær familie, da kroniske smerter kan være vanskelig å lindre i noen tilfeller. Det viser seg at langvarig smerte er et alvorlig og gjennomgående helseproblem hos eldre, og det er mellom 25 og 65 % av eldre som bor i hjemmet, og opp mot 80 % av eldre som bor i institusjon som har kroniske smerter (Lunde, Nordhus, Pallesen, & Bell, 2008). Dette tallet viser aktualiteten av temaet jeg skal skrive om. Kronisk smerte gir alltid konsekvenser for en person, da smerter over lang tid er en stor belastning (Almås, m.fl., 2005). Det kan føre til dårlig søvn som igjen fører til tretthet og mange opplever angst og depresjon som følge av slike smerter (Almås, m.fl., 2005). Dette viser hvor viktig det er å ta tak i dette temaet.

I følge ICNs etiske regler utgitt av Norsk sykepleierforbund (2001) har sykepleiere fire grunnleggende ansvarsområder som er å fremme helse, forebygge sykdom, gjenopprette helse og til slutt lindre lidelse. En ser her at sykepleiere har en lindrende funksjon hos pasienter som er smertepåvirket, og jeg vil derfor å se nærmere på sykepleierens lindrende rolle hos pasienter med kroniske smerter.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Hvordan kan sykepleier bidra til å lindre kroniske smerter hos eldre mennesker?

1.3 Avgrensning og presisering av oppgava

Jeg har valgt å avgrense oppgava til eldre mennesker, det vil si menn og kvinner som er over 65 år, som enten bor i hjemmet eller på institusjon. Jeg tar utgangspunkt i at personene ikke har en kognitiv svekkelse.

Videre har jeg valgt å avgrense smertene til kroniske ikke-ondartede smerter. Smerte er et sammensatt begrep som består av både fysiske, psykiske, åndedelige og sosiale smerter (Almås, m.fl. 2005). Jeg vil ikke knytte dette opp mot en bestemt type sykdom eller lidelse, men jeg vil utgangspunkt i kroniske ikke-ondartede smerte, som er fysisk betinget. Eksempler på dette kan være hodepine, smerter som følge av kronisk leddgikt, fantomsmerter, smerter i korsryggen, smerter av psykologisk grunn eller smerter av ukjente årsaker for å nevne noen (Swanson, 2002). Dette utelukker da smerter som oppstår ved kreft eller akutte smerter som avtar når årsaken leges (Swanson, 2002).

Medikamentell smertelindring er den mest brukte måten å lindre smerte på hos eldre (Torvik og Bjørø, 2008, 2). Jeg har allikevel valgt å ikke skrive noe om dette i oppgava, fordi jeg ønsker å fokusere på hvilke lindrende tiltak sykepleier kan bidra med til kroniske smertepasienter når den medikamentelle smertelindringen alene ikke er nok. Jeg vil derfor fokusere på ikke-medikamentelle tiltak, som sykepleier alene kan utføre.

1.4 Definisjon av sentrale begreper

Alle har vi opplevd en form for smerte, men det kan være vanskelig å forklare hvordan smerter føles og hva det er, fordi det er en sammensatt opplevelse (Almås, m.fl., 2005). Jeg har valgt å ta med den mest brukte definisjonen fra International Association for the Study of Pain (IASP), for å forklare hva som menes med smerte. *”Smerte er en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse assosiert med aktuell eller potensiell vevsskade, eller beskrevet som slik skade”* (Stubhaug og Ljoså, 2008, s. 25).

Før jeg kommer inn på hva kronisk ikke-ondartet smerte er, vil jeg først forklare begrepet kronisk smerte, for å få en forståelse på hva det er. Kroniske smerter kjennetegnes ved at de varer mer enn tre måneder og kan da være akutte smerter som vender tilbake gjennom hele livet, vedvarende smerter som er tidsbegrenset og kroniske ikke-ondartede smerter som opptrer daglig (McCaffery & Beebe, 2001).

Det finnes ingen godtatt definisjon på kroniske ikke-ondartede smerter, men noen vil kalle det et smertesyndrom (McCaffery & Beebe, 2001). En kan forklare det gjennom at denne type smerte kan opptre overalt i kroppen, variere i intensitet, årsaken kan være kjent eller ukjent, smertens intensitet kan være fra mild til uutholdelig, men den er ikke livstruende (McCaffery & Beebe, 2001).

For å forklare hva som menes med sykepleiers lindrende funksjon har jeg tatt utgangspunkt i det Kristoffersen, Nortvedt og Skaug (2006) skriver, om at målet er å begrense både fysisk, psykiske, sosiale og åndelige belastninger, som kan være smerter, angst eller vanskelige opplevelser.

1.5 Oppgavens disposisjon

Jeg har valgt å dele oppgaven inn i fem kapiteler, med litteraturliste og vedlegg til slutt. Først presenterer jeg oppgava i innledningen, for så å skrive om metode i kapittel to. I kapittel tre presenteres teori fra bøker og fagartikler, for så å kunne drøfte dette opp mot funn i vitenskaplige artikler under kapittel fire. Under drøftedelen vil jeg etter hvert finne svar på problemstillingen, og dette vil jeg til slutt presentere i avslutning.

2.0 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” (Dalland, 2006, s. 71).

Metode har i hensikt å hjelpe oss å innhente data, og en kan i den forbindelse skille mellom to ulike metoder, kvalitativ og kvantitativ metode (Dalland, 2006). Kvalitativ metode brukes når en søker etter menneskers mening og opplevelse, noe som ikke er målbart eller kan tallfestes. Ved bruk av denne metoden går en i dybden på temaet, hvor en har mange opplysninger om få undersøkelsesenheter. Kvantitativ metode brukes når en søker etter informasjon som er målbart, som for eksempel ved å finne prosentandeler eller gjennomsnittstall av en større mengde. Her går en i bredden på temaet, hvor en har et lite antall opplysninger om mange undersøkelsesenheter (Dalland, 2006).

Jeg har valgt å bruke både kvalitative og kvantitative artikler for å svare på min problemstilling.

2.1 Litteraturstudie

Jeg har i denne oppgaven brukt litteraturstudie for å svare på min problemstilling, da oppgaveteksten tilsier det. Jeg har brukt pensumlitteratur, andre bøker som er relevante til min oppgave, vitenskaplige artikler og fagartikler, for å svare på min problemstilling.

2.2 Etske aspekter

Når en skal gjøre en litteraturstudie er det viktig å være bevisst på de etiske overveielserne en må ta når en skal skrive en slik type oppgave (Forsberg og Wengstrøm, 2008). Her er noen etiske overveielser jeg må ta stilling til. Jeg må være oppmerksom på hvordan en bruker forskningsresultater og presenterer funn fra artikler. Det er lett for at resultatene blir tatt ut av en sammenheng, hvor det kan føre til feiltolkninger. Jeg må også skille mellom mitt og andres arbeid gjennom riktig kildebruk (Forsberg og Wengstrøm, 2008). Dette for å unngå plagiat, som betyr å stjele andres arbeid (Rognsaa, 2003). Jeg bruker standarden til American Psychological Association (APA) når jeg referer, da det er dette systemet Høgskolen Stord/Haugesund følger. Til slutt er det viktig at jeg er kritisk til litteraturen jeg velger å bruke. Dette kan jeg gjøre gjennom å undersøke artiklenes reliabilitet og validitet. Det vil si deres relevans, gyldighet og pålitelighet (Dalland, 2006). En måte å gjøre det på er å sammenligne artiklenes funn og konklusjon når de omhandler samme tema, se hvor mange personer som deltatt i studien og se til at artikkelen ikke er over 10 år gammel (Dalland, 2006).

Jeg har valgt å ikke bruke artikler eller bøker som er over ti år gamle, for å sikre at jeg ikke presenterer teori og forskning som ikke er oppdatert. Jeg har også, så langt det har vært mulig, brukt primærkilder i oppgaven. Med primærkilde menes originalkilden eller den opprinnelige kilden (Dalland, 2006). Når det gjelder fagartikkelen har jeg valgt å referere til artikkelen selv om det ikke er primærkilden.

2.3 Litteratursøk

Når en skal gjøre litteratursøk, er det i følge Dalland (2006) viktig å ha en problemstilling som er tydelig avgrenset, slik at en vet hvilke ord en skal bruke når en søker. Det er i denne fasen viktig å være åpen for nye perspektiver innenfor temaet en skriver om, fordi ens egen forforståelse kan være snever i forhold til det litteraturen har å by på (Dalland, 2006). Jeg har derfor vært kritisk til hvilke artikler jeg har valgt å bruke, for at ikke mine tanker og ideer om temaet skal påvirke oppgaven i stor grad.

Under litteratursøkprosessen benyttet jeg meg av internett, og brukte da artikkelbaser som ProQuest, Ovid, Cochrane og SveMed+, og tidsskrift for den norske legeforening for å innhente vitenskaplige artikler og fagartikler rundt temaet. Bibsys brukte jeg for å finne bøker som omhandlet temaet. Jeg fant ingen artikler som jeg ønsket å bruke i søkemotoren SveMed+, fordi artiklene som var relevante viste seg å ikke være vitenskaplige artikler. En av artiklene har jeg funnet gjennom en bok som har henvist til artikkelen.

Når jeg søkte etter litteratur brukte jeg engelske ord, da jeg søkte i engelske artikkelbaser. Søkeordene jeg brukte var pain, chronic non-malignant pain, pain relief, older people, older adults, nursing, nursing homes, alternative medicine og music. Ved å kombinere disse søkeordene fikk jeg lettere avgrensede treff, og det var enklere å lete etter relevante artikler.

Når jeg søkte i artikkelbasen Ovid kombinerte jeg søkeordene chronic non-malignant pain og music, og fikk da 7 treff, hvor jeg valgte å bruke en artikkel.

Når jeg søkte i artikkelbasen ProQuest brukte jeg søkeordene chronic pain, pain, nursing, older people, nursing homes, alternative medicine og music. Ved kombinere søkeordene older people, chronic pain og nursing homes fikk jeg 11 treff, og fant en relevant artikkel. Ved å kombinere pain, nursing og alternative medicine fikk jeg 45 treff og fant en artikkel jeg har valgt å bruke. Til slutt kombinerte jeg søkeordene pain, music og older people og fikk 7 treff, hvor jeg valgte å bruke en artikkel.

I Cochrane brukte jeg søkeordene music og pain relief og fikk da 3 treff, hvor jeg valgte å bruke en artikkel.

2.4 Bearbeidelse av data

Når jeg skulle finne ut om artiklene var relevant for min oppgave leste jeg abstraktet for å få en oversikt over artikkelen. Virket den interessant leste jeg gjennom artikkelen for så å vurdere om den kunne brukes. Jeg har forkastet en del artikler på grunn av liten validitet og reliabilitet og fordi funnene ikke kunne brukes i min oppgave.

2.5 Presentasjon av forskningsartikler

Den eldre pasienten med kroniske smerter (Lunde, L-H, Nordhus, I. H., Pallesen, S., & Bell, R. F., 2008).

Dette er både en kvantitativ og kvalitativ artikkel, hvor 48 eldre mennesker tilknyttet smerteklinikken på Haukeland deltok. Alle hadde gjennomført et intervju, og journaldata ble gjennomgått. Dette ble gjort for å undersøke hva som kjennetegner den eldre pasienten med kroniske smerter.

Effect of music on chronic osteoarthritis pain in older people (McCaffrey, R. & Freeman, E., 2003).

Det var 66 eldre mennesker fra sørøst Florida som deltok i denne kvantitative studien. De hadde kroniske smerter, som følge av slitasjeleddgikt. Deltagerne ble delt i en kontrollgruppe og en eksperimentgruppe. Studien ble gjennomført ved at eksperimentgruppen hørte musikk 20 minutter daglig i 14 dager og kontrollgruppen satt i ro 20 minutter daglig i 14 dager. Dette ble gjort for å undersøke påvirkningen musikk har som et sykepleietiltak hos smertepåvirkede slitasjegiktpasienter som bor i omsorgsbolig.

Effect of music on power, pain, depression and disability (Siedliecki, S. & Good, M., 2006).

60 personer i aldersgruppen 18 – 65 år med kronisk ikke-ondartet smerte enten i rygg, nakke og/eller i ledd, deltok i denne kvantitative studien. Den ble gjennomført i nordøst Ohio i USA. Hensikten med studien var å undersøke effekten musikk har på smerte, energi, depresjon og uførhet, og for å se om det forskjell i bruk av selvvalgt musikk i forhold til avslappende musikk som i denne sammenheng er valgt av forskeren.

Music for pain relief (Review). (Cepeda, M. S., Carr, D.B., Lau, J. & Alvarez, H., 2006)

Dette er en oversiktsartikkel med kvantitativ metode som har tatt for seg 51 studier som da involverer 3663 personer. Dette ble gjort for å undersøke hvilke effekt musikk har på akutte, kroniske eller kreft smerter når det gjelder smertens intensitet, smertelindring og behov for smertestillende medikamenter.

Complementary and alternative medicine. Use in an older population. (Williamson, A., m.fl., 2003).

Denne studien er både kvalitativ og kvantitativ, hvor 42 eldre mennesker mellom 66 og 100 år i nord Amerika deltok. Det ble brukt spørreskjema, hvor 10 av disse personene også gjennomførte et intervju. Hensikten med studien var å undersøke eldre menneskers holdninger og motivasjon i forhold til bruk av komplementær og alternativ medisin i et forsøk på å forklare hvorfor dette er lite brukt.

Providing Tender Touch Massage to Elderly Nursing Home Residents: a Demonstration Project (Sansone, P. & Schmitt, L., 2000).

Studien er både kvalitativ og kvantitativ. 59 mennesker med en gjennomsnittsalder på 85 år, deltok i studien og den ble utført på Schervier Nursing Care Senter i New York. Varigheten var 3 måneder. Hensikten var å finne ut hvilke effekt lett massasje har på eldre mennesker som lider av kronisk smerte, og hvilke effekt det har på eldre mennesker med demens som er engstelige eller har utagerende adferd. Med lett massasje menes langsom og beroligende massasje og berøring av panne, nakke, skuldre, rygg og hender.

Aromatherapy and hand massage: Therapeutic recreation interventions for pain management. (Kunstler, R., Greenblatt, M. S., & Moreno, N., 2004).

Denne studien er en kvalitativ studie hvor 4 eldre kvinner mellom 60 – 90 år, som bor på sykehjem i New York og har kroniske smerter, får aromaterapi og håndmassasje. Behandlingen varte i 4 uker, og det ble gjort selvvurderinger av ens smerte både før og etter hver behandling. Dette for å finne ut om aromaterapi og håndmassasje kan ha innvirkning på håndtering av smerter.

2.6 Kildekritikk

Kildekritikk er med på rette fokus mot litteraturens gyldighet og relevans i forhold til problemstillingen, og en kan få et innblikk i hvorfor akkurat denne type litteratur er valgt for oppgaven (Dalland, 2006).

Artikkelen til Kunstler m.fl. (2004) har kun 4 personer med i sin studie. Dette er et lite antall personer, noe som gjør at jeg stiller spørsmålsteget ved dens pålitelighet. Jeg har allikevel valgt å ta den med fordi den er av kvalitativ metode, og den ser på mulighetene for at aromaterapi og håndmassasje kan ha innvirkning på håndtering av smerter, og bedre søvn hos kroniske smertepasienter. Dette er relevant for min problemstilling og er med på styrke andre artikler som også omhandler massasje og berøring.

Når det gjelder artikkelen til Siedliecki og Good (2006) baseres denne studien på mennesker mellom 18 – 65 år. Jeg mener at studiens resultat har overføringsverdi, og kan derfor også ses i forhold til eldre mennesker over 65 år.

Studien til Cepeda m.fl. (2006) tar for seg både kroniske og akutte smerter samt kreftsmarter i forhold til musikk som smertelindring. Av de 51 studiene er det kun 3 studier som har undersøkt kronisk ikke-ondartet smerte opp mot musikk. Jeg har allikevel valgt å ta den med fordi det er en litteraturstudie som tilføyer viktige momenter om bruk av musikk som smertelindrende tiltak, som er høyst relevant til min oppgave.

Når det gjelder bøkene jeg har valgt å bruke under teoridelen, har jeg så langt det har vært mulig skaffet meg bøker som omhandler temaet mitt og som er nyere publikasjoner. Dette sikrer at jeg bruker oppdatert teori.

3.0 Teori

3.1 Eldre mennesker og smerte

I dagens samfunn ser vi en økning i den eldre befolkningsandelen, det vil si personer over 67 år (Romøren, 2008). Det antas at antallet eldre mennesker i Norge vil øke i perioden 2010 til 2050, og de eldre vil da utgjøre om lag 25 % av befolkningen. Norge ligger i dag i verdenstoppen når gjelder gjennomsnittlig levealder. Eldre mennesker utgjør derfor en stor

andel av pasienter og brukere innenfor sykehus og kommunens pleie- og omsorgstjenester, som sykehjem og hjemmesykepleie (Romøren, 2008).

Høy alder øker risikoen for å få ulike sykdommer, da ofte sykdommer som fører med seg smerte (McCaffery og Beebe, 2001., Mensen, 2008). Derfor er forekomst av smerte i høy alder et vanlig helseproblem og fører ofte til funksjonssvikt i dagliglivet. Mange tror at smerter kommer som følge av at en er gammel, og blir derfor i mange tilfeller underbehandlet. Men høy alder i seg selv forårsaker ikke smerte (McCaffery og Beebe, 2001., Mensen, 2008).

3.1.1 Kronisk ikke-ondartet smerte

Kronisk smerte kan deles inn i både ondartet og ikke-ondartet smerte. Jeg har valgt å fokusere på kroniske ikke-ondartede smerter som kan forklares slik: en smertefull tilstand som har en varighet på minst 3 måneder eller mer, den opptrer daglig eller er tilbakevendende, er ikke livstruende, men kan vare resten av livet (McCaffery og Beebe 2001., Nygaard, 2006). Dette er et alvorlig problem hos mange mennesker siden smertene kan være vanskelig å lindre og har negativ innvirkning på menneskers liv (Almås, m.fl., 2005). Kronisk smerte er en risikofaktor for angst, depresjon, sosial isolasjon, lite søvn, tretthet og passivisering (Jacobsen, Kjeldsen, Ingvaldsen, Lund og Solheim, 2006., Nygaard, 2006).

Kroniske smerter kan deles inn på flere måter (Nortvedt og Rustøen, 2008). For å enkelt forklare denne inndelingen har jeg valgt å ta utgangspunkt i det Nortvedt og Rustøen (2008) skriver, hvor de deler kronisk smerte inn i inflammatorisk smerte og nevropatisk smerte. Inflammatorisk smerte kommer som følge av en betennelsesprosess i vevet, og smerter i muskler, skjelett og i ledd er de mest vanligste smertene. Nevropatisk smerte kommer som følge av skader i nervesystemet, både det perifere og sentrale. Dette er ofte smerter som er vanskelig å lindre medikamentelt (Nortvedt og Rustøen, 2008).

For å få en forståelse av hvilke sykdommer som forårsaker kronisk ikke-ondartet smerte, har jeg valgt å nevne de mest vanlige sykdommene hos eldre som er: Artrose, reumatoid artritt, urinsyregikt, rygg smerter og myalgi som forårsaker smerter i muskler og ledd (Nygaard, 2006). Andre sykdommer er postherpetisk nevralgi (vedvarende smerter etter helvetesild), trigeminusnevralgi (smerter i ansikt), smerter etter hjerneslag og smerter etter amputasjon som er sykdommer i nervesystemet. Psykiske lidelser kan også føre til smerte, som for

eksempel depresjon, noe som er utbredt blant eldre mennesker. Multippel sklerose er også en sykdom som forårsaker smerter, og smertene kan oppstå både gjennom muskler og ledd og gjennom nervesystemet (Nygaard, 2006).

3.2 Hva er smerte?

Kunnskap om smerte er en viktig forutsetning for at en skal kunne yte god sykepleie (Bjørø og Torvik, 2008, 1). Smerte er en sammensatt og subjektiv opplevelse, som ikke kan måles med instrumenter (Almås, m.fl., 2005). I følge Stubhaug og Ljoså (2008) er det IASP (International Association for the Study of Pain) sin definisjon som er mest brukt for å definere smerte, hvor det står: *”Smerte er en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse assosiert med aktuell eller potensiell vevsskade, eller beskrevet som slik skade”* (s. 25). Jeg velger også å ta med definisjonen McCaffery og Beebe (2001) skriver i sin bok, fordi den enkelt sier noe om hvor individuelt smerte er og hvor viktig det er å tro på det pasienten sier om sin smerte, fordi det er bare den som opplever smerten som kan beskrive smerteopplevelsen. *”Smerte er det som personene sier det er, og den eksisterer når personen som opplever smerte, sier at han har smerte”* (McCaffery og Beebe, 2001, s. 18).

3.2.1 Smertens fysiologi

Smarter står i tett forbindelse med vårt nervesystem, da det er nervecellene som leder smertesignalene i kroppen (Almås, m.fl., 2005, og Stubhaug og Ljoså, 2008). Nervecellene kalles nociseptorer, og deles i to typer, A-delta-nociseptorer og C-nociseptorer. A-delta-nociseptorer har myeliniserte fibrer, som fører til at smerten ledes raskt. Smertefølelsen kommer da raskt og smerten er skarp stikkende, sterk og overflatisk. C-nociseptorer har umyeliniserte fibrer og fører til en langvarig smertefølelse med diffus, verkende og brennende smerte. Disse nervecellene står i kontakt med ryggmargens bakhorn, hvor det dannes synapser som leder impulsene videre til talamus. I ryggmargens bakhorn finner en portkontrollen, som bestemmer hvilke impulser som får slippe gjennom. Fra talamus går impulsen videre til hjernen som da oppfatter kroppens smerte og som da sier noe om hvor smerten er, hvilke smerte det er og smertens intensitet (Almås, m.fl., 2005, og Stubhaug og Ljoså, 2008).

3.2.2 Portkontrollteorien

Portkontrollteorien er det viktig å vite noe om når en skal lindre smerte, da den er høyst aktuell i dagens sykepleie til smertepasienter (Frølich, 2001). Denne teorien ble utviklet av smerteforskerne Melzack og Wall i 1965. I nervesystemet finnes det tykke ikke-smerte fibrer og tynne smerte fibrer som leder inn til ryggmargens bakhorn. De tynne fibrene leder smertestimuli uhindret gjennom portkontrollen og opp til hjernen, og fører til smertefølelse. Hvis de tykke fibrene stimuleres samtidig, kan dette føre til en redusert smertefølelse, fordi porten lukkes eller blir delvis lukket for de tynne fibrenes smertestimuli. Denne teorien vil derfor hevde at stimuli av de tykke fibrene kan være med på å lindre smerte (Frølich, 2001). Eksempler på dette kan være stimulering av huden gjennom massasje og berøring (McCaffery og Beebe, 2001). Det kan også være avledning gjennom sterke sanseinntrykk, som musikk, da dette sender ut hemmende impulser fra hjernestammen. Og til slutt er det viktig å understreke at økt kunnskap om smerte kan føre til trygghet og kontroll hos pasienten, og det sendes da ut hemmende impulser fra hjernebarken og talamus (McCaffery og Beebe, 2001).

3.3 Sykepleiers lindrende funksjon

Helt tilbake til den tiden da sykepleierteoretikeren Florence Nightingale levde på 1850 tallet har sykepleierens lindrende funksjon stått sentralt i utøvelsen av sykepleie (Kristoffersen, 2006). Hun mente at de fysiske omgivelsene til pasienten spilte stor rolle innenfor det lindrende aspektet, og det var derfor en sykepleieroppgave å tilrettelegge miljøet rundt pasienten, og ta vekk negative faktorer. Med det menes ventilasjon, varme, lys, lukt og støy (Kristoffersen, 2006).

Sykepleiers lindrende funksjon har som mål å begrense omfanget av fysiske, psykiske, sosiale og åndelige belastninger, som depresjon, smerte og vanskelige opplevelser (Kristoffersen m.fl., 2006). En skal på en best mulig måte lindre symptomene, og hjelpe den smertepåvirkede å leve med og mestre sykdommen (St.meld., 1999:2). Først og fremst må menneskers grunnleggende behov ivaretas, fordi velvære har innvirkning på smerteopplevelsen (Almås, m.fl., 2005). Vonde ligge- eller sittestillinger, tørste, sult eller kvalme kan være faktorer som forsterker smertene. Å fjerne slike fysiske ubehag kan derfor virke lindrende selv om det ikke har direkte sammenheng med smertene. Det kan også være med å på bedre virkning av andre smertelindrende tiltak som bruk av medikamenter eller ikke-medikamentelle tiltak (Almås, m.fl., 2005).

St.meld 1999:2 skriver at lindrende behandling til uhelbredelig syke innebærer symptomlindrende behandling, og ikke minst god pleie og omsorg som er tilpasset hver enkelt person. Sykepleier har en viktig rolle innenfor smertelindring, fordi sykepleieren jobber så nært til pasienten (Ljoså og Rustøen, 2007). Lindrende sykepleiehandlinger kan derfor sies å være: ivaretagelse av grunnleggende behov, støtte og veiledning, tilrettelegge miljøet og omgivelsene både fysisk og psykisk og til slutt fjerne eller redusere smerter og ubehag (Kristoffersen, m.fl., 2006).

3.3.1 Kartlegging av smerte

Eldre mennesker gir ikke alltid uttrykk for at de har smerter, og det kan være ulike grunner til det (Almås, m.fl., 2005., Bjørø og Torvik, 2008, 1). De kan være redd for at det er noe alvorlig sykdom som ligger bak eller fordi de ikke vil være til bry for andre. Kartlegging av smerte er derfor et viktig ledd i behandlingen av smerter hos eldre. Kartleggingen sier noe om en må iverksette lindrende tiltak eller om iverksatte tiltak fungerer (Almås, m.fl., 2005., Bjørø og Torvik, 2008, 1).

Det første en bør gjøre er å spør pasienten om han har smerter og hvordan han opplever smerten (Almås, m.fl., 2005., Bjørø og Torvik, 2008, 1). Det kan for noen være vanskelig å sette ord på smerteopplevelsen, det kan derfor være lurt å ta i bruk hjelpemidler. Her er noen kartleggingsskjema som er gode å bruke i samarbeid med eldre mennesker: Kroppskart, som ofte blir brukt ved kroniske smerter, og er et bilde av kroppen sett forfra og bakfra (se vedlegg 1). Pasienten kan da ved hjelp av bildet vise hvor en har smerter. Det er da lettere å finne lokalisasjonen til smerten. McGills smerteskjema i kortform, kartlegger smertens kvalitet. Dette er et skjema hvor en krysser av for de ordene som best beskriver ens smerteopplevelse og i hvilken grad en opplever den, fra ingen til sterk (se vedlegg 2). Til slutt er det ansikt smerte skala, som viser bilder av seks fjes som viser økende grad av smerte (se vedlegg 3). Denne er ofte brukt i forbindelse med mennesker som ikke har språk, og den er lett å bruke. Slike kartleggingsskjema er også viktig dokumentasjon (Almås, m.fl., 2005., Bjørø og Torvik, 2008, 1).

Almås m.fl. (2005) skriver at sykepleiers observasjoner også er en form for kartlegging, og en bør være spesielt oppmerksom på kroppsspråk, ansiktsuttrykk, gråt eller ynke, svette, stigende puls, blodtrykk og pustefrekvens hos smertepåvirkede mennesker.

3.3.2 Mestring

Mestring er et sentralt begrep når en snakker om kronisk smerte, fordi kronisk smerte i mange sammenhenger ikke kan leges, og en må derfor lære seg å leve med smerten (Bjørø og Torvik, 2008, 1). Dette er derfor et viktig sykepleier har fokus på mestring i samarbeid med pasienter som har kroniske smerter (Bjørø og Torvik, 2008, 1). Thorsen (2008) har brukt Lazarus og Folkman sin definisjon på mestring for å forklare dette begrepet: *”personenes vekslende kognitive og atferdsmessige anstrengelser for å håndtere stress eller utfordrende situasjoner”* (s. 65). Enkelt forklart betyr mestre å beherske eller greie en situasjon (Thorsen, 2008).

3.4 Smertelindring

Hovedmålet med smertelindring er at *”pasienten skal ha det så godt det lar seg gjøre, uten unødige lidelser”* (Almås, m.fl., 2005, s 72). Det mest hensiktsmessig innen smertelindring er å fjerne årsaken til smerten, men ved kronisk smerte er det ofte slik at årsaken ikke lar seg fjerne og en må derfor drive symptomatisk smertelindring (Almås, m.fl., 2005).

Medikamentell smertelindring er det som blir mest bruk i smertebehandlingen til smertepåvirkede mennesker (Bjørø og Torvik, 2008, 2). Allikevel ser en at den medikamentelle smertelindringen ikke alltid er tilstrekkelig, da spesielt hos mennesker med kroniske smerter. I tillegg kan det være en utfordring med medikamentell behandling hos eldre, grunnet fysiologiske aldersforandringer og et sammensatt sykdomsbilde som gjør at bruk av ulike medikamenter kan hemme eller forsterke hverandre. Derfor er det viktig at sykepleier også har kjennskap til og kunnskap om den ikke-medikamentelle smertelindringen (Torvik og Bjørø, 2008, 1 og 2). Ved å kombinere både medikamentell og ikke-medikamentell smertelindring vil dette kunne føre til en best mulig lindring av kronisk smerte (Nortvedt og Rustøen, 2008).

3.4.1 Ikke-medikamentell smertelindring

Jeg har valgt å legge vekt på to ikke-medikamentelle tiltak, som er bruk av musikk og bruk av berøring og massasje som smertelindring. Men det er viktig å få frem at det finnes også andre ikke-medikamentelle tiltak som en må kjenne til, som jeg har valgt å ikke ta med i denne oppgaven grunnet oppgavens rammer på 7000 ord. Eksempler på det er pasientundervisning, kognitiv adferdsterapi, fysisk aktivitet, fysioterapi akupunktur og elektroterapi (TENS) (Torvik og Bjøro, 2008, 1).

3.4.2 Musikk

I følge Johannesen (2008) og Myskja (2008) har musikk beroligende, aktiverende, immunstyrkende, forebyggende, lindrende og bevissthetsendrende effekt på mennesker, samtidig som det styrker ens "intelligens" og læreevne. Bruk av musikk som behandlingstiltak til smertepasienter viser seg å være mye brukt, da det kan ha en smertelindrende og beroligende effekt (Johannesen, 2008). Musikk kan avlede menneskers oppmerksomhet til smerte og det kan fremme avspenning i muskulaturen (Bjøro og Torvik, 2008, 1 og Myskja, 2008). Ved bruk av et slikt tiltak er det noen forutsetninger som bør være til stede, som for eksempel: liker pasienten å høre på musikk og i tilfelle hvilke type musikk, er pasienten klar over hensikten med tiltaket og er omgivelsene tilrettelagt. Med tilrettelagt omgivelser menes dempet belysning, ikke bli forstyrret og normal romtemperatur (Bjøro og Torvik, 2008, 1 og Myskja, 2008).

3.4.3 Massasje og berøring

Berøring kan i mange tilfeller utrykke omsorg, ro, trøst, nærhet, trygghet og gi økt følelse av velvære (Johannesen, 2008., Kristoffersen og Breivne, 2006). Dette er viktig i samhandlingen mellom sykepleier og pasient. Men berøring kan også brukes på en lindrende måte, med hensikt i å lindre eller avlede smerte (Johannesen, 2008., Kristoffersen og Breivne, 2006). Massasje er en form for berøring, som har blitt brukt i mange år for å fremme avslapning, redusere smerte og fremme blodgjennomstrømningen i kroppen (Bjøro og Torvik, 2008, 1). Terapeutisk berøring er også et tiltak som skal virke lindrende, men dette krever at sykepleier har erfaring med bruken av det (Kristoffersen og Breivne, 2006).

4.0 Drøfting

Min problemstilling lyder slik: Hvordan kan sykepleier bidra til å lindre kroniske smerter hos eldre mennesker? Teori viser at bruk av musikk og berøring kan være med på å lindre og avlede smerte og hjelpe en person til å mestre smerte. Smertekartlegging er også et viktig aspekt innenfor smertelindring, fordi dette forteller oss noe om iverksatte tiltak fungerer eller om smertelindringen ikke er god nok.

Jeg har valgt å dele inn drøftingskapittelet med underoverskriftene: Kronisk ikke-ondartet smerte hos eldre mennesker, sykepleiers lindrende funksjon og ikke-medikamentell smertelindring, med hovedvekt på ikke-medikamentell smertelindring.

4.1 Kroniske smerter hos eldre mennesker

Studien til Lunde m.fl. (2008) viser at smerte er et gjennomgående problem hos eldre, og at smerte utgjør stor risiko for å få tilleggsbelastninger. Av de 48 personene som deltok i studien viser det seg at 60 % har eller har hatt angst og depresjon og 48 % slet med dårlig søvn (Lunde m.fl., 2008). Teori viser også til at smerte er en risikofaktor for å utvikle både angst, depresjon, sosial isolasjon, lite søvn, tretthet og passivisering (Jacobsen, m.fl., 2006). I Ljoså og Rustøen (2007) kommer det frem at kroniske smerter som ikke får god nok smertelindring kan også føre til fysiske plager som muskelatrofi, leddkontraktur og obstipasjon. Stubhaug og Ljoså (2008) skriver at målet med smertebehandling er å lindre smerte og bedre menneskers livskvalitet og funksjonsnivå. Smertelindring er derfor viktig både for å mestre og lindre smerte, og samtidig forebygge tilleggsbelastninger og komplikasjoner.

4.2 Sykepleiers lindrende funksjon

Teorien viser til at hvis ikke menneskers grunnleggende behov blir ivaretatt kan dette forsterke smerten (Almås, m.fl., 2005). Kristoffersen og Breievne (2006) understreker at god fysisk pleie er av stor betydning for mennesker med kroniske lidelser. Det gjelder også å tilrettelegge omgivelsene, som for eksempel kan for kald eller varm temperatur, dårlig luft, sterk lys og støy i rommet virke smerteforsterkende for mennesker (Kristoffersen, 2006). (Jeg kan selv assosiere dette med hvor irritabel jeg blir når jeg er sulten, eller hvordan det sterke lyset forsterker hodepinen). Sykepleier må derfor se til at grunnleggende behov blir ivaretatt hos mennesker som har smerte, og i tillegg se til at omgivelsene er slik pasienten ønsker det.

Smertelindring krever tverrfaglig samarbeid, men sykepleier har alltid stått sentralt i behandling av kroniske smertepasienter fordi en jobber så nært til pasienten (Ljoså og Rustøen, 2007). Bjørø og Torvik (2008, 1) bemerker derfor viktigheten av å ha kunnskap om smerte for å kunne yte god sykepleie på en forsvarlig måte. Det som da er oppsiktsvekkende er at sykepleiere ofte har liten kunnskap omkring smerte og smertelindring (Ljoså og Rustøen, 2007). Som sykepleier har en ansvar for å lindre smerter, og en må da kunne identifisere og kartlegge smerten, sette mål, iverksette tiltak og til slutt observere og evaluere dette (Ljoså og Rustøen, 2007).

God kartlegging av smerte er en forutsetning for å kunne få til en god smertelindring (Ljoså og Rustøen, 2007). Sykepleier kan da kombinere bruk av ulike kartleggingsskjema som for eksempel kroppskart for å finne smertens lokalisasjon, McGill smerteskjema for å kartlegge smertekvalitet, altså hvordan smerten kjennes ut, og til slutt ansiktssmerteskala hvor en enkelt kan vise hvor mye smerte en har (Bjørø og Torvik, 2008, 1). Dette er ofte gode kartleggingsskjema for eldre mennesker, fordi de er enkle å bruke (Bjørø og Torvik, 2008, 1).

Ljoså og Rustøen (2007) skriver at pasienter med kroniske smerter ofte har ønske om at sykepleier skal kunne iverksette tiltak som går utenom den medikamentelle behandlingen. Dette krever igjen kunnskap fra sykepleiers side, og ved å kombinere både medikamentell og ikke-medikamentell behandling kan en oppnå økt smertelindring og eventuelt redusert bruk av medikamenter (Bjørø og Torvik, 2008, 1).

4.3 Ikke-medikamentell smertelindring

Den mest vanlige måten å lindre smerte på er gjennom bruk av medikamenter (Stubhaug og Ljoså, 2008). Men når det gjelder kroniske ikke-ondartede smerter er det ofte at den medikamentelle behandlingen alene ikke er god nok, og en trenger ytterligere lindring, da gjerne gjennom ikke-medikamentelle tiltak. Det finnes ulike ikke-medikamentelle tiltak for smertelindring, og ofte trengs det tverrfaglig tilnærming for å utføre slike smertelindrende tiltak, som for eksempel ved akupunktur, aromaterapi og fysioterapi (Stubhaug og Ljoså, 2008). Ikke-medikamentelle tiltak blir ofte kalt for alternativ medisin, og blir som oftest brukt i tillegg til vanlig behandling som bruk av medikamenter (Myskja, 2008). Disse tiltakene fokuserer ofte på å hjelpe en person til å mestre smerte ved å styrke ens selvtillit og styrke ens

følelse av å ha kontroll på smerten, mens noen tiltak virker også lindrende i seg selv (Myskja, 2008., Torvik og Bjøro, 2008, 1).

Bruk av musikk og massasje for å mestre og lindre smerte er en form for alternativ og komplementær behandling (Myskjå, 2008). Men hvordan er egentlig eldre menneskers holdninger til bruk av slike tiltak for å lindre og mestre smerte? I studien til Williamson m.fl. (2003) hvor 42 eldre mennesker fra Nord Amerika deltok, viste det seg at 73.8 % brukte komplementær og alternativ behandling, det vil si behandling som går utenom den tradisjonelle medisinen. Av disse personene var det 54,8 % som brukte det for å lindre smerte (Williamson, 2003). Dette viser at tiltak for smertelindring som går utenom det medikamentelle er kjent for eldre mennesker i Nord Amerika. Men ser en på Norge, så skriver St.meld. 1999:2 at økende alder har betydning for om en kunne tenke seg å prøve alternativ behandling når en ikke har prøvd det før. Jeg stiller meg derfor undrende til hvilke forhold eldre mennesker i Norge har til behandling som går utenom den tradisjonelle medisinen.

4.3.1 Musikk

I følge Johannesen (2008) har musikk lindrende og beroligende effekt ved at musikk kan frigjøre endorfiner i kroppen, og Bjøro og Torvik (2008, 1) og Myskja (2008) skriver at musikk antas å ha evne til å avlede mennesker fra smerte og fremme avslapning i muskulatur. Gjennom studiene til McCaffrey og Freemann (2003), Capeda, m.fl. (2006) og Siedliecki og Good (2006) kommer det frem at bruk av musikk kan lindre kronisk ikke-ondartet smerte. McCaffrey og Freeman (2003) kan vise til at gjentatte målinger ved bruk av VAS (Visuell Analog Skala) og McGill smerteskjema så hadde gruppen som hørte avslappende musikk betydelig mindre smerte enn gruppen som ikke hørte musikk som opplyste om omstrent samme smerteopplevelse. Funnene i denne studien sier derfor at å høre musikk 20 minutter daglig kan minske kronisk slitasjegikt smerter hos eldre mennesker (McCaffrey og Freeman, 2003). I studien til Siedliecki og Good (2006) ble det også brukt VAS og McGill smerteskjema for å måle og kartlegge smertene, hvor det da kom frem at begge gruppene som hørte musikk rapporterte mindre smerte enn kontrollgruppa som ikke hørte musikk. Ved bruk av McGill smerteskala viste det seg at det var 20 % reduksjon av smerter i begge musikkgruppene, mens kontrollgrupp viste kun 2 % reduksjon av smerte. Ved bruk av VAS viste det seg at 12 % i den selvvalgte musikk gruppa hadde mindre smerter, og 16 % i den

forhåndsbestemte musikkgruppa hadde mindre smerter, mens det kun var 1 % minkning av smerter i kontrollgruppa. Denne studien konkluderer derfor med at å høre musikk 1 time hver dag i 7 dager kan en se en minkning av smerte hos menneske med kroniske ikke-ondartede smerter (Siedliecki og Good, 2006). Når det gjelder studien til Cepeda m.fl. (2006) tar de for seg alle typer smerte, og kan vise til at av de 51 studiene hvor 3663 personer deltok, så fant forskerne ut at bruk av musikk reduserer smerte og behovet for smertestillende medikamenter. Disse studiene støtter opp om teorien om at musikk virker smertelindrende.

Videre står det i teorien at musikk som smertelindring har blitt brukt i århundrer (Bjørø og Torvik, 2008, 1). Dette stiller jeg meg undrende til, da jeg aldri har sett at det har blitt brukt som et tiltak for å lindre smerter, til tross for at forskning viser at musikk har lindrende effekt. Ut i fra egen praksis, har jeg erfart at det er lettere å ty til medikamenter når noen uttrykker smerte, fremfor å kartlegge smerte og eventuelt iverksette tiltak utenom det medikamentelle. Så hvorfor blir det ikke mer brukt når studier viser til at musikk kan virke smertelindrende? Ser en på det som kommer frem i studien til Cepede m.fl. (2006) konkluderer dem med at fordelene med musikk som smertelindring er små, og den kliniske betydningen er derfor uklar.

Myskja og Lindbæk (2000) skriver i sin artikkel at den eksisterende forskningslitteraturen ikke kan vise til at musikk har kurerende muligheter, men at det kan vises til at musikk har en rekke fysiologiske virkninger som kan påvirke mennesker positivt. Musikk har gjennom flere undersøkelser vist seg å ha påvirkning på menneskers blodtrykk, puls og pustefrekvens, og en kan derfor si at det har en avslappende effekt (Myskja og Lindbæk, 2000). Myskja (2003) understreker at det er den rolige musikken som har en slik effekt på oss mennesker.

Teori skriver at ved bruk av musikk som et smertelindrende tiltak er det noen forutsetninger som bør være til stede, som for eksempel: liker pasienten å høre på musikk og i tilfelle hvilke type musikk, er pasienten klar over hensikten med tiltaket og er omgivelsene tilrettelagt (Bjørø og Torvik, 2008, 1, Myskja, 2008). Studien til Cepeda m.fl. (2006) hevder derimot at det ikke er noen betydelige forskjeller om en hører på selvvalgt musikk eller om en hører på musikk som er valgt av andre. I denne studien kommer det ikke frem hvilke type musikk som har blitt brukt for å kunne vise til dette resultatet. Men ser en på studien til Siedliecki og Good (2006) har de undersøkt om selvvalgt musikk i forhold til musikk som er valgt av andre har innvirkning på smertelindringen. Den gruppen som hørte på selvvalgt musikk hørte på både

rolig og livlig musikk med og uten sang. Mens gruppen som hørte på musikk valgt av forskeren hørte hovedsakelig på rolig instrumentell musikk som jazz, piano og harpe. Tallene i denne studien viser ved bruk av McGill smerteskjema, 20 % reduksjon av smerter i begge musikkgruppene. Ved bruk av VAS viste det seg at i gruppa hvor en hørte selvvalgt musikk hadde 12 % mindre smerter, og i den gruppa som hørte på den forhåndsbestemte musikken hadde 16 % mindre smerter. Denne studien tilføyer derfor at valg av musikktype ikke har stor betydning for graden av smertelindring (Siedliecki og Good, 2006) Jeg vil ut i fra både teori og forskning anta at musikk kan virke smertelindrende hvis en liker å høre musikk, og hører den type musikk som en foretrekker, men at det fortrinnsvis bør være rolig og avslappende musikk, på grunn av dens positive innvirkning på kroppen.

Både McCaffrey og Freeman (2003), Siedliecki og Good (2006) og Cepeda m.fl. (2006) slår fast at bruk av musikk som smertelindring er et tiltak som kan utføres av sykepleier, har liten kostnad, er lett og ufarlig å bruke og det er enkelt for sykepleiere å lære pasienter til å selv ta i bruk musikk. For å se videre på andre ikke-medikamentelle tiltak ovenfor mennesker med kroniske ikke-ondartede smerter, vil jeg her se på massasje og berøring som et tiltak.

4.3.2 Massasje og berøring

Fysisk berøring er viktig for oss mennesker gjennom hele livet, og berøring kan være positivt for menneskers selvoppfatning og kan bidra til økt velværefølelse (Johannesen, 2008., Kristoffersen og Breievne, 2006). Som nevnt i teorien kan terapeutisk berøring være en form for symptomlindring, som sykepleier kan utføre hos mennesker med smerte. Denne berøringen har som hensikt å avlede oppmerksomheten til smertene og kan føre til at en bedre mestrer smerten, men det har også som hensikt å skape ro, nærhet, kontakt og omsorg til et menneske. En forklaring på hvordan berøring kan virke lindrende er portkontrollteorien (Johannesen, 2008., Kristoffersen og Breievne, 2006). Portkontrollteorien hevder at stimulering av huden kan virke smertelindende, fordi de tykke fibre blir stimulert, og porten lukkes eller blir delvis lukket for de tynne fibrenes smertestimuli (Frølich, 2001). Men det er viktig å understreke at for å bruke terapeutisk berøring trenger en opplæring og erfaring (Kristoffersen og Breievne, 2006). Allikevel kan en som sykepleier bruke berøring eller massasje som et lindrende tiltak.

Massasje er også en form for berøring som har blitt brukt i mange år for å fremme avslapning, redusere smerte og fremme blodgjennomstrømningen i kroppen (Bjørø og Torvik, 2008, 1). Enkel massasje er noe sykepleier kan gjøre som et lindrende tiltak, men en må se sine begrensinger, da det krever utdanning for å drive med for eksempel aromaterapi eller massasje med dyptgående effekt. Med enkel massasje menes bruk av hendene til å stryke og trykke på hud, muskler og underliggende vev. Områdene som er vanligst å massere er nakke og rygg, men også hender og føtter er mulige områder (Bjørø og Torvik, 2008, 1).

Ser en på studien til Sansone og Schmitt (2000) ble det brukt langsom og beroligende massasje og strykninger i panne, nakke, skuldre, rygg og hender for å redusere smerte. Tallene i studien viste da at bruk av lett massasje og berøring hos eldre mennesker med kroniske smerter på sykehjem har en smertelindrende funksjon. Ukentlige målinger gjort av sykepleiere kunne derimot ikke vise til en jevn reduksjon av smerter, men en kunne se en nedgang i smerter hos pasientene fra uke 1 når studien startet til uke 12 når studien sluttet. Studien konkluderer med at lett massasje kan være et nyttig og relativt rimelig tiltak i smertelindringen, selv om det trengs 1 til 2 timers opplæring av en massasjeterapeut. Men resultatet hevder derimot at det trengs mer forskning på hvilke effekt massasjeterapi har på eldre mennesker (Sansone og Schmitt, 2000).

Videre i studien kom det frem at 76 % av de 114 sykepleierne som deltok i studien likte å utøve massasje til beboerne, selv om dette gav dem en større arbeidsbelastning (Sansone og Schmitt, 2000). Dette tallet viser at det er mange sykepleiere i denne studien som viser en positiv holdning til et slikt tiltak, men til tross for dette høye tallet stiller jeg meg undrende til om en større undersøkelse med flere deltagere ville ha vist til et like høyt tall. Dette på bakgrunn av det Myskja (2008) skriver om at den tradisjonelle medisinen er nedfelt i vår kultur. Og det kan derfor være vanskelig å ta bruk andre tiltak som ikke kan vise til like sikre resultater.

Hvis en som sykepleier skal utføre massasje på mennesker med smerte er det å først og fremst viktig å kartlegge hvilke risikofaktor som er forbundet med dette tiltaket (Bjørø og Torvik, 2008, 1). Det kan være at personen ikke vil bli berørt eller er overfølsom for berøring, at huden er skjør og ikke tåler den slags påkjenning, at en har et lavt antall blodplater eller blodpropp i en vene (Bjørø og Torvik, 2008, 1). Med dette menes at ikke alle mennesker kan motta berøring og massasje som et lindrende tiltak.

I studien til Kunstler m.fl. (2004) rapporterte 3 av 4 eldre kvinner smertelindring etter bruk av aromaterapi og håndmassasje, og alle fire kvinnene fortalte at etter hver behandling følte de seg mer avslappet og at de sov bedre om nettene. Som nevnt tidligere skriver Jacobsen m.fl. (2006) at det er fare for lite søvn og tretthet ved smerter. Kunstler m.fl. (2004) slår i sin studie fast at massasje og aromaterapi kan fremme avslapping og søvn hos mennesker med kroniske smerter, men på grunn av studiens størrelse er det vanskelig å si om denne studien er valid.

5.0 Avslutning

Hensikten med denne oppgaven var å finne ut hvordan sykepleier kan bidra med smertelindring til eldre mennesker som har kronisk ikke-ondartet smerte, da med fokus på ikke-medikamentelle tiltak. Dette på bakgrunn av at mange eldre mennesker har kroniske ikke-ondartede smerter, at denne type smerte ofte er vanskelig å lindre kun medikamentelt og det er stor fare for å få tilleggsbelastninger av både fysisk og psykisk art.

Forskning viser til gode resultater at musikk har smertelindrende effekt for eldre mennesker med kroniske ikke-ondartede smerter. Bruk av musikk er et tiltak som er lett for sykepleier å iverksette, det er ufarlig, har liten kostnad og er enkelt å lære pasienten å bruke. Det kommer ikke tydelig frem hvilke type musikk som virker smertelindrende, men det er den rolige musikken som virker avslappende, da det kan senke blodtrykk, puls og pustefrekvens. Til tross for gode resultater er det betenkeligheter ved å bruke musikk, fordi forskning viser at fordelene med musikk som smertelindring er små, og den kliniske betydningen er derfor uklar.

Massasje og berøring viser også smertelindrende effekt hos eldre mennesker, men forskningen viser ikke til en jevn reduksjon av smerter ved bruk av dette tiltaket. Ofte trengs det opplæring for at sykepleier skal kunne drive med massasje og terapeutisk berøring, men det blir sett på som et relativt nyttig og rimelig tiltak for smertelindring.

Det er også viktig å understreke at menneskers grunnleggende behov og omgivelser har innvirkning på menneskers smerteopplevelse. Sult, tørste, vond liggstilling og skarpt lys kan være med å forsterke smertene. Som sykepleier må en derfor se til at grunnleggende behov blir ivaretatt og at omgivelsene er slik som pasienten ønsker det.

Denne oppgava har gitt meg økt kunnskap om smerte og smertelindring, og det har vært interessant å se at tiltak som musikk og massasje kan virke smertelindrende. Ved seinere litteraturstudier hadde det vært spennende å undersøkt om musikk og massasje også har andre funksjoner, da i forbindelse med demente mennesker.

6.0 Kildehenvisning

- Almås, H., Valand, E., Bilicz, J. A. & Berntzen, H. (2005). Sykepleie til pasienter med smerter. I: H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (s. 65-114). Oslo: Gyldendal.
- Bjørø, K. & Torvik, K. (2008, 1). Smerte. I: M. Kirekvold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie; God omsorg til den gamle pasienten* (s.333 - 349). Oslo: Gyldendal.
- Bjørø, K. & Torvik, K. (2008, 2). Smerte hos eldre. I: T. Rustøen & A. K. Wahl (Red.), *Ulike tekster om smerte; Fra nocisepsjon til livskvalitet* (s. 105 – 127). Oslo: Gyldendal.
- Capeda, M. S., Carr, D. B., Lau, J. & Alvarez, H. (2006) Music for pain relief. [Elektronisk versjon]. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2. Art. No.: CD004843.
- Dalland, O. (2006). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). Att göra systematiska litteraturstudier. Stockholm: Bokforlaget Natur och Kultur.
- Frølich, S. (2001). *Kroniske smerter; Kan man lære at leve med det?* Viborg: Nyt Nordisk Forlag.
- Jacobsen, D., Kjeldsen, S. E., Ingvaldsen, B., Lund, K. & Solheim, K. (2006). *Sykdomslære; Indremedisin, kirurgi og anestesi*. Oslo: Gyldendal.
- Johannessen, B. (2008). Berøring, musikk og kost. I: B. Johannessen (Red.), *Komplementær og alternativ behandling – en grunnbok for sykepleiere* (s. 69 – 118). Oslo: Gyldendal.
- Kristoffersen, N. J. (2006) Teoretiske perspektiver på sykepleie. I: N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie, bind 4* (s. 13 – 99). Oslo: Gyldendal.

Kristoffersen, N. J. & Breievne, G. (2006). Lidelse, håp og livsmot. I: N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie, bind 3* (s. 157 – 205) Oslo: Gyldendal.

Kristoffersen, N. J., Nortvedt F. & Skaug, E-A. (2006). Om sykepleie. I: N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie, bind 1* (s. 13 – 27) Oslo: Gyldendal.

Kunstler, R., Greenblatt, F. & Moreno, N. (2004). Aromatherapy and Hand Massage: Therapeutic Recreation Interventions for Pain Management. [Elektronisk versjon]. *Therapeutic Recreation Journal*, 38(2), 133 – 147.

Ljoså, T. M. & Rustøen, R. (2007). Kronisk smerte, lidelse og håp. I: E. Gjengedal & B. R. Hanestad (Red.), *Å leve med kronisk sykdom; en varig kursendring* (s. 60 – 102) Oslo: Cappelen.

Lunde, L-H., Nordhus, I. H., Pallesen, S. & Bell, R. F. (2008). Den eldre pasienten med kroniske smerter. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*, 128:1841-2. Hentet 15.januar 2009 fra http://www.tidsskriftet.no/?seks_id=1724826

McCaffery, M. & Beebe, A. (2001). *Smerter; Lærebok for helsepersonell*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

McCaffrey, R. & Freeman, E. (2003). Effect of music on chronic osteoarthritis pain in older people. [Elektronisk versjon]. *Journal of Advanced Nursing*, 44(5), 517 – 524.

Mensen, L. (2008). Biologisk aldring. I: M. Kirekvold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie; God omsorg til den gamle pasienten* (s.51 - 56). Oslo: Gyldendal.

Myskja, A. (2003). *Den musiske medisin; Lyd og musikk som medisin*. Oslo: Cappelen.

Myskja, A. (2008). *På vei mot en integrert medisin; En innføring i komplementær og alternativ behandling*. Bergen: Fagbokforlaget.

Myskja, A. & Lindbæk, M. (2000). Eksempler på bruk av musikk i klinisk medisin. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*, 120:1186-90. Hentet 30. januar 2009 fra http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=3465

Norsk sykepleierforbund (2007). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Oslo.

Nortvedt, F. & Rustøen, T. (2008). Kronisk smerte. I: T. Rustøen & A. K. Wahl (Red.), *Ulike tekster om smerte; Fra nocisepsjon til livskvalitet* (s. 140 – 151). Oslo: Gyldendal.

Nygaard, H. A., (2006). Kroniske, ikke-ondartede smerter hos gamle. I: M. Bondevik & H. A. Nygaard (Red.), *Tverrfaglig geriatri; En innføring* (s. 277 – 288). Bergen: Fagbokforlaget.

Rognsaa, A. (2003). *Prosjektoppgaven*. Oslo: Universitetsforlaget.

Romøren, T. I. (2008). Eldre, helse og hjelpebehov. I: M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie; God omsorg til den gamle pasienten* (s. 29 – 37). Oslo: Gyldendal.

Sansone, P. & Schmitt, L. (2000). Providing Tender Touch Massage to Elderly Nursing Home Residents: a Demonstration Project. [Elektronisk versjon]. *Geriatric Nursing*, 21(6), 303 – 308.

Siedliecki, S. L. & Good, M. (2006). Effect of music on power, pain, depression and disability. [Elektronisk versjon]. *Journal of Advanced Nursing*, 54(5), 553 – 562.

St.meld 1999:2 (1999). *Livshjelp. Behandling, pleie og omsorg for uhelbredelig syke og døende*. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet. Hentet 1. februar 2009 fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/NOUer/1999/NOU-1999-2.html?id=141460>.

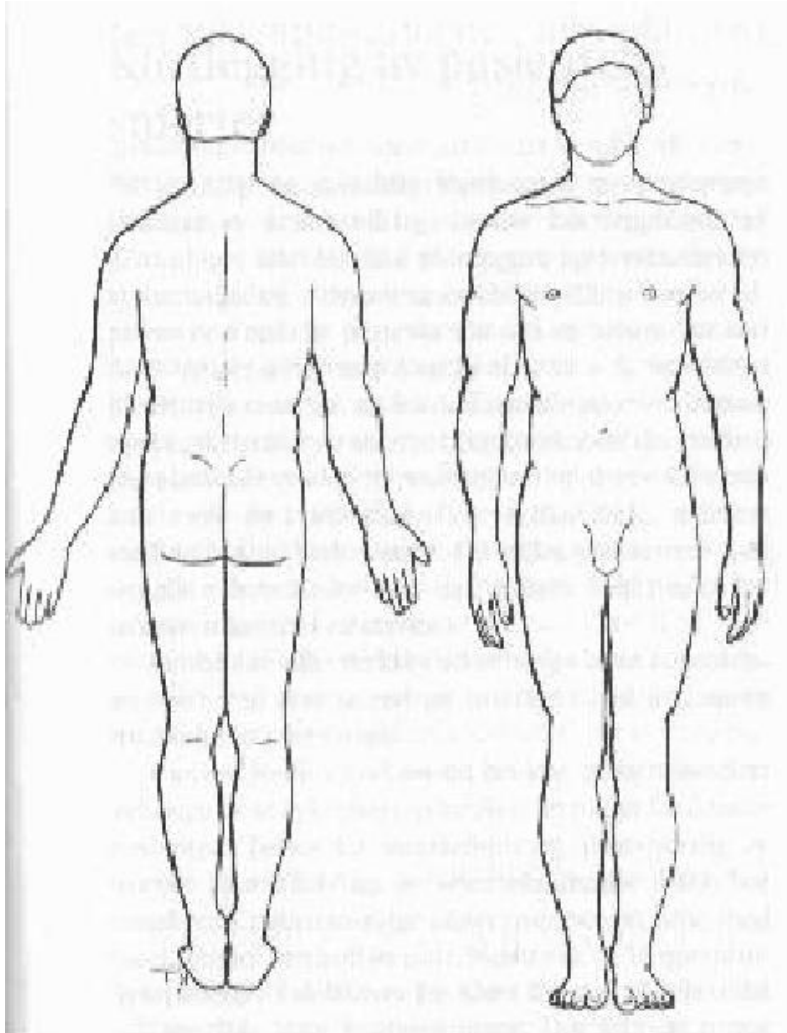
Stubhaug, A. & Ljoså, T. M. (2008). Hva er smerte? I: T. Rustøen & A. K. Wahl (Red.), *Ulike tekster om smerte; Fra nocisepsjon til livskvalitet* (s. 22 – 50). Oslo: Gyldendal.

Swanson, D. W. (Red). (2002). *Den verdenskjente Mayo-klinikken om kroniske smerter; Ta kontroll over smerten i stedet for at den kontrollerer deg*. Otta: Genesis.

Thorsen, K. (2008). Aldringsteorier. I: M. Kirekvold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie; God omsorg til den gamle pasienten* (s. 57 - 68). Oslo: Gyldendal.

Williamsen, A. T, Flettcher, P. L. & Dawspn, K. A. (2003) Complementary and Alternative Medicine; Use in an Older Population. [Elektronisk versjon]. *Journal of Gerontological Nursing*, 29(5), 20 – 28.

Vedlegg 1
Kroppskart



Bjørø & Torvik (2008, 1. s. 338)

Vedlegg 2

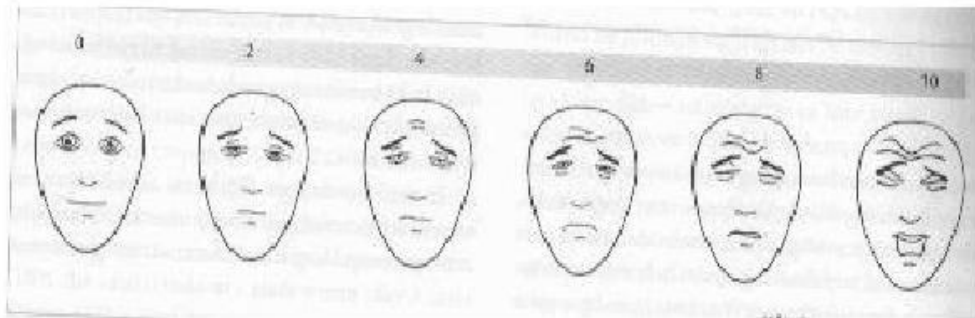
McGill smerteskjema (Norsk kortform)

	Ingen	Mild	Moderat	Stærk
Bankende				
Ilende – Jagende				
Stikkende – Prickende				
Skarp – Skjærende				
Krampeliknende				
Gnagende				
Brennende – Sviende				
Verkende – Murrende				
Tyngende – Trykkende				
Øm – Sår				
Sprengende – Revnende				
Slitsom – Umatende				
Kvalmende				
Skremmende				
Pinefull – Grusom				

Bjøro & Torvik (2008, 1. s. 339)

Vedlegg 3

Ansikt smerte skala



Bjøro & Torvik (2008, 1. s. 340)