

BACHELOROPPGÅVE

Fibromyalgi – å leve med kroniske smerter

Korleis kan sjukepleiar hjelpe kvinner med fibromyalgi til å meistre kroniske smerter?

av

Maiken Åste Naustdal Solås
kandidatnummer 4

Sjukepleie, Bachelorstudium

SK 152 Bacheloroppgåve

Ord: 6920

Mai 2015



Avtale om elektronisk publisering i Høgskulen i Sogn og Fjordane sitt institusjonelle arkiv (Brage)

Eg gir med dette Høgskulen i Sogn og Fjordane løyve til å publisere oppgåva (Skriv inn tittel) i Brage dersom karakteren A eller B er oppnådd.

Eg garanterer at eg har opphav til oppgåva, saman med eventuelle medforfattarar. Opphavsrettsleg beskytta materiale er nytta med skriftleg løyve.

Eg garanterer at oppgåva ikkje inneheld materiale som kan stride mot gjeldande norsk rett.

Ved gruppeinnlevering må alle i gruppa samtykke i avtalen.

Fyll inn kandidatnummer og namn og set kryss:

Maiken Solås, kandidatnummer 4

JA X

NEI

Samandrag

Tittel: «Fibromyalgi- å leve med kroniske smerter».

Bakgrunn for val av tema: Som sjukepleiarstudent har eg møtt pasientar med fibromyalgi, og sett kor utfordrande det kan være å ha ein kronisk sjukdom, samt å leve med kroniske smerter. Dette er eit tema eg ønskjar å få meir kunnskap om då kroniske sjukdom er eit utbredt og aukande problem i samfunnet. På bakgrunn av dette har eg valt å skrive om korleis ein som sjukepleiar kan ivareta og hjelpe desse pasientane i ein vanskeleg kvardag.

Problemstilling: «Korleis kan sjukepleiar hjelpe kvinner med fibromyalgi til å meistre kroniske smerter?»

Framgangsmåte: Eg har tatt i bruk pensumlitteratur frå sjukepleiestudie, samt benytta bøker som tok for seg fibromyalgi, kroniske smerter, meistring og grunnlagstenkning i sjukepleie. Forskning fant eg ved å utføre søk i databasane SveMed+ og Pubmed for å finne relevante studiar for å belyse problemstillinga mi.

Konklusjon: I denne oppgåva har eg tatt for meg korleis ein som sjukepleiar kan fremme meistring til kvinner med fibromyalgi med vekt på ikkje-medikamentell behandling. Studiar viser at ein kombinasjon av kognitiv atferdsterapi og fysisk aktivitet reduserer smerter, betrar funksjonsevne og auka livskvalitet hos pasientane. Tilrettelegging og individuellbehandlingsplan for den enkelte er også ein viktig faktor. God informasjon og veiledning frå sjukepleiar fremmar meistring, motivasjon som igjen fører til smertelindring.

Innholdsliste

1.0 Innleiing med bakgrunn for val av tema:.....	1
1.1 Problemstilling m/avgrensing:.....	2
1.2 Definisjon av begrep.....	2
2.0 Metode.....	3
2.1 Søkeprosess.....	3
2.2 Kjeldekritikk.....	5
3.0 Teori.....	6
3.1 Fibromyalgi.....	6
3.2 Smerte.....	7
3.3 Konsekvensar av kroniske smerter.....	8
3.4 Smertelindring og ikkje- medikamentell behandling.....	8
3.4.1 Fysisk aktivitet.....	8
3.4.2 Kognitiv terapi.....	9
3.4.3 Meistring.....	9
3.4.4 Kommunikasjon.....	9
3.5 Presentasjon av studiar.....	10
4.0 Drøfting.....	12
4.1 Å møte pasientar med Fibromyalgi.....	12
4.2 Ein motiverande støttespelar for pasienten.....	13
4.3 Fysisk aktivitet som smertelindring.....	14
5.0 Konklusjon.....	17
Litteraturliste.....	18

1.0 Innleiing med bakgrunn for val av tema:

Norge er det landet i verden med høgast førekomst av smertesyndromet Fibromyalgi, om lag 3-4 % av befolkninga her i landet har denne diagnosen (Fjerstad, 2012). Fibromyalgi er ei form for bløtdelsrevmatisme og betegnast som eit smertesyndrom (Gregersen, 2011). Hovudsymptomet ved diagnosen er smerter i muskulatur, ledd og skjelett (Fjerstad, 2012). Smertene er kroniske, men kan variere i intensitet (Langeland, Halse, & Ørn, 2011). Tilstanden og plagene som med følger har for mange ei negativ påverknig på dagleglivet. Fleire opplever redusert livsutfoldelse og begrensningar i kvardagen (ibid). Fibromyalgi er ein tilstand som har store samfunnsmessige konsekvensar, og er blant dei hyppigaste årsakene til uførepensjonering her i Norge (ibid). I følgje dei nasjonale retningslinjene til Helsedirektoratet (2009) kjem det fram at mange personar med fibromyalgi beveger seg for lite på grunn av generell trøttheit og smerter. Inaktivitet kan sjåast på å vere viktig årsak til at desse pasientane har nedsatt fysisk prestasjonsevne og myskelstyrke (ibid). Årsaken til smertesyndromet er enno ukjent, og på bakgrunn av dette fins det foreløpig ingen kurativ behandling for pasientar med fibromyalgi (Gregersen, 2011).

Smerte er ein av dei vanlegaste årsakane til at ein oppsøker helsevesenet. Omtrent halvparten av alle vaksne som kontaktar helsehjelp har ei form for smerte, og fleire av desse har hatt smerter i meir enn 3 månadar, noko som indikera ein kronisk smertetilstand (Berntzen, Danielsen, & Almås, 2011). Menneske med kroniske smerter kan man møte kor som helst innen helsevesenet- på sjukehus, i psykiatrisk avdeling, på sjukeheim og i heimesjukepleien (ibid). I følge Courtenay og Carea (2008) er det viktig at ein som sjukepleiar har kunnskap om kroniske smerter, kva følgjer det kan ha for pasienten, betydninga av å ta pasienten på alvor og korleis ein skal kartlegge, evaluere og behandle kroniske smerter (gjengitt etter Berntzen, Danielsen & Almås, 2011, s. 387).

Som sjukepleiarstudent har eg sett kor utfordrande det kan være og meistre kvardagen med fibromyalgi og smertene som følger med. At smertene tek overhand og styring i dagleglivet er belastande både fysisk og psykisk for denne pasientgruppa. På bakgrunn av dette har eg valt å sjå nærare på korleis ein som sjukepleiar kan hjelpe kvinner med fibromyalgi til å meistre eit liv med kroniske smerter.

1.1 Problemstilling m/avgrensing:

Eg har valt følgende problemstilling:

«Korleis kan sjukepleiar hjelpe kvinner med fibromyalgi til å meistre kroniske smerter?»

På bakgrunn av at ca 70 – 90 % av alle som får fibromyalgi er kvinneleg vel eg å avgrense oppgåva til kvinner (Anderberg & Horwitz, 2008). Sjukdommen kan førekomme i alle alderar, men er mest framtrødande hos middelaldrande kvinner (Langeland et al., 2011). Eg vel og ta føre meg kvinner i alderen 20 – 50 år. Som sjukepleiar kan ein møte desse kvinnene på alle nivå i helsetjenesta (Berntzen, 2011), men eg vel å avgrense til kvinner ein møter på eit rehabiliteringssenter eller på ein smerteklinikk. Eg vil ta for meg meistring i forhold til å leve med kroniske smerter, smertebehandling og korleis dette kan ha ei innverknad på livskvaliteten og kvardagen hos denne pasientgruppa. Det er mange former for ikkje-medikamentell behandling innan smertelindring, eg vil legge hovudvekt på kognitiv atferdsterapi og fysisk aktivitet.

Eg har allereie presentert problemstilling med avgrensing og bakgrunn for val av tema. Vidare vil eg ta for meg definisjon av begrep, metode og søkeprosess. I metoddelen vil eg ta for meg litteratur og forskning eg har valt og bruke i oppgåva. I søkeprosessen vil eg ta for meg korleis eg gjorde ulike søk for å finne relevant forskning for mi problemstilling. Teoridelen vil omhandle presentasjon av fibromyalgi, smerte, konsekvensar av kroniske smerter, smertelindring, ikkje-medikamentell behandling og presentasjon av studiar. I drøftingskapittelet vil eg diskutere dei ulike punkta opp mot forskning og litteratur. Avslutningsvis vil eg komme fram til ein konklusjon som eit mulig svar på mi problemstilling.

1.2 Definisjon av begrep

Smerte; «. . . en tilstand av fysisk eller psykisk mangel på velvære eller fysisk eller psykisk uro som spenner fra lett ubehag eller uklare plager til intens og ofte uutholdelig pine; den kan være generell eller lokal, og er en følge av fysisk eller psykisk skade. . . . Og medfører vanligvis en reaksjon i form av ønske om å unngå, slippe fra eller ødelegge årsaksfaktoren og dens virkninger. . . .» (Travelbee, 2011, s. 112)

2.0 Metode

Sosiologen Vilhelm Aubert(1985) definerer begrepet metode slik: «*En metode er en framgangsmåte, et middel til å løse problemer og kommer frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener formålet, hører med i arsenalet av metoder*» (Gjengitt etter Dalland, 2012, s. 110).

Eg har valt å bruke litteraturstudie som metode i mi bacheloroppgåve. Det vil sei at eg baserar oppgåva mi på eksisterande litteratur og forskning for å belyse mitt tema og tilslutt komme fram til eit mogeleg svar på mi problemstilling (ibid). For å belyse problemstillinga har eg nytta både kvalitativ og kvantitativ forskning og litteratur. Ein kvantitativ metode gir data i form av målbare einheter. Ein Kvalitativ metode fokusera på å fange opp meining og opplevelsar som ikkje kan målast eller tallfestast. Begge metodane er orienterte metodar som bidrar på kvar sin måte til ein betre forståelse av det samfunnet vi lever i og korleis enkeltmenneske, grupper og institusjonar handlar og samhandlar (ibid). Ein svakheit ved å nytte kvalitativ metode kan være at det kan førekomme feilinformasjon i kommunikasjonsprosessen. Misforståelse av spørsmål og svar, unøyaktig notering frå intervju og under observasjon vil redusere påliteligheten (ibid). For å jobbe på ein kunnskapsbasert måte, har eg nytta boka «Å arbeide og undervise kunnskapsbasert» (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, & Reinart, 2011). I tillegg har eg tatt i bruk råd og informasjon frå boka «Metode og oppgaveskriving» av Dalland (2012) for å formulere og strukturere oppgåva mi.

2.1 Søkeprosess

Mitt litteratursøk starta ved å gå inn på høgskulen si heimeside, deretter gjekk eg inn på biblioteket si side og søkte i Bibsys. Eg brukte søkeorda:

- Fibromyalgi
- Kroniske smerter
- Mestring

Etter å ha leita litt i nokon av bøkene som kom opp i søkeresultatet, valte eg ut tre bøker eg synes var relevant for mi oppgåve.

- «Fibromyalgi- årasker og behandling» av Anderberg og Horwitz.
- «Frisk og kronisk sjuk, et psykologisk perspektiv på kronisk sykdom» av Fjerstad.
- «Kroniske smerter – Kan man lære at leve med det?» av Frølich.

I tillegg har eg brukt nokre pensumbøker fra tidligare i sjukepleiestudie:

- «Klinisk sykepleie 1» av Almås, Stubberud og Grønseth.
- «Klinisk sykepleie 2» av Almås, Stubberud og Grønseth.

- «Sykdom og behandling» av Ørn, Mjell og Bach-Gansmo.
- «Mellommenneskelige forhold i sykepleie» av Travelbee.

Bakgrunnen for valg av bøker var basert på problemstillinga mi. Eg ville ha med noko om Fibromyalgi, kroniske smerter, smertebehandling, meistring og noko om grunnlagstenkning i sjukepleie. Søk etter forskning blei gjort i databasane SveMed+ og Pubmed.

Enkelt søk i SveMed+:

- Fibromyalgia, 251 treff.
- Pain, 4821 treff.
- Chronic pain, 699 treff
- Coping, 1662 treff.
- Treatment, 37110 treff.
- Exercise, 2779 treff.

For å avgrense søket mitt gjorde eg nokre kombinerte søk:

- Fibromyalgia AND Pain, 82 treff.
- Fibromyalgia AND Chronic pain, 38 treff.
- Fibromyalgia AND Coping, 25 treff.
- Fibromyalgia AND Treatment, 94 treff.
- Fibromyalgia AND exercise, 30 treff.

I PubMed gjorde eg først eit enkeltsøk der eg brukte søkeordet «fibromyalgia», der fekk eg 1617 treff. For å avgrense søket, klikka eg på full tekst, review, og haka av til 5år gamle. Dette gav meg 92 treff.

Ved å lese overskrifter og abstrakta i artiklane frå begge databasane satt eg igjen fem ulike studiar eg synes var relevante.

- «*Fibromyalgi – effekt av fysisk trening*» (2004) Kurtze Nanna.
- «*Rehabilitering ved kroniske myofascielle smertetilstander*» (2007) Wigors, Sigrid H og Finset, Arnstein.
- «*Eight months of physical training in warm water improves physical and mental health in women with fibromyalgia: A randomized trial*» (2007) Tomas-Carus Pablo, Gusi Narcis, Hakkinen Arja, Hakkinen Keijo, Leal Alejo og Ortega-Alonso Alfredo.

- «Pool exercise for patients with fibromyalgia or chronic widespread pain: A randomized controlled trial and subgroup analyses» (2009) Mannerkorpi Kaisai, Nordeman Lena, Ericsson Anna og Arnorw Maudh.
- «Contributons of a group-based exercise program for coping with fibromyalgia: A qualitative study giving voice to female patients» (2013) Beltran-Carrillo Vicente J, Tortosa-Martinez Juan, Jennings George og Sanchez Elena S.

2.2 Kjeldekritikk

I denne oppgåva har eg forsøkt og bruke mest mulig primærkjelder, eg har likevel vore nøydte til å bruke nokre sekundærkjelder då eg ikkje har funne tak i primærkjeldene. Dette kan være ein svakheit i oppgåva. Bruken av litteraturbøker på dansk og artiklar på engelsk kan også telle negativt med tanke på eventuell misforståing av språk. Eg har tatt i bruk boka «Kroniske smerter- kan man lære at leve med det?» av Søren Frølich (2001), det finnes ei nyare utgåve av denne boka, men eg har ikkje fått tak i den. Dette kan være ei svakheit for mi oppgåve då den er av ein eldre versjon. Etter kvart som eg har jobba med oppgåva har eg funne litteratur og forskning som kunne vert med på å styrka oppgåva mi meir, men grunna storleiken på oppgåva har eg ikkje kunne tatt dette med.

Litteraturen og studiane eg har valt ut er relevante for å kunne besvare mi problemstilling, dette vil være ei styrke i oppgåvebesvarelsen. I tillegg har eg tatt med nasjonale føringar frå Helsedirektoratet noko som er med på å belyse viktigheita av oppgåva mi.

3.0 Teori

I denne delen vil eg ta for meg fibromyalgi, kroniske smerter, konsekvensar av kroniske smerter, smertelindring og ikkje- medikamentell behandling med fokus på fysisk aktivitet og kognitiv atferdsterapi. Eg vil også sei noko om kommunikasjon og meistring, presentasjon av studiar kjem sist i teorikapitlet.

3.1 Fibromyalgi

Som nemnt innleiingsvis så er fibromyalgi ei form for bløtdelsrevmatisme og betegnast som eit symptomkompleks eller eit smertesyndrom (Gregersen, 2011). Dette er ein tilstand som dominerast av utbrete og langvarige muskelsmerter (Langeland et al., 2011). Smerter i muskulatur, ledd og skjelett er det mest framtrедande symptomet ved fibromyalgi. Smertene sitter ofte i nakken, ryggen, brystkassa, armane og beina. Smertene utviklar seg som regel over tid, og startar vanlegvis lokalt og får etterkvart ein generell utbredelse i kroppen (ibid). Smertene kan flytte seg, men dei kan også være lokalisert til bestemte områder (tenderpoints) (ibid). Pasientar med fibromyalgi diagnose er skjelden fri for smerte, intensiteten av smertene vil variere ut i frå person, bakgrunn og sjukdomsbilde (Anderberg & Horwitz, 2008). Det finnes internasjonalt godkjente kriterier som brukast i diagnostikken av fibromyalgi. Ved undersøkelse som ble gjort av Rø og Løge (2010) skal palpasjonsømhøet være til stades på minst 11 av 18 definerte tenderpoints (gjengitt etter Langeland et al., 2011, s. 466). Årsaken til fibromyalgi er som sagt ukjent, men truleg spelar biologiske, psykologiske og sosiale faktorar ei rolle for årsaken (Langeland et al., 2011). Gregersen (2011) skriver at smertene kan bli verre dersom pasienten vert utsett for stress, dårleg søvn, anstrengelsar ved fysisk aktivitet og nokre kan bli dårlege av værforandringar.

Motsett av dei inflammatoriske revmatiske sjukdommane har ikkje personar med fibromyalgi «bevis» på smerter som for eksempel artrittar, feilstillingar, hovne eller øydelagde ledd (Fjerstad, 2012). Ingen undersøkelser viser funn som kan bekrefte smertene, dette er for mange veldig bekymringsfullt. Utan slike «objektive funn» på smertene, kan gi pasienten ytlęgare belastning i form av psykisk påkjenning. Nokon kan få ein opplevelse av å ikkje bli trudd på av helsepersonell, familie og samfunnet rundt (Fjerstad, 2012).

I tillegg til smerter er det mange andre plager som kan førekomme hos pasientar med fibromyalgi. Plager som auka trøttheit og utmattelse opplever fleire, nokre kan også føle at dei har dårlegare konsentrasjonsevne og dårlegare hukommelse. Mange opplever å våkne om morgonen med ein følelse av at ein ikkje er utkvilt, samt føler seg stiv i kroppen (Gregersen, 2011). Det er også vanlig med hodepine og endra avføringsmønster i form av vekslande hard og laus mage. Psykiske symptom som angst og depresjon er også vanleg for denne pasientgruppa (Langeland et al., 2011).

Forskning viser at omtrent halvparten av dei som lider av fibromyalgi, opplever seg som middels nedstemte, urolige eller engstelige. Dette kan være eit resultat av smerte og funksjonshemming (Anderberg & Horwitz, 2008). For fleire fører lidelsen til redusert livsutfoldelse og redusert mulighet til å delta i eit vanleg arbeidsliv (Gregersen, 2011). Det finnes ingen kurativ behandling, derfor er lindring av symptom, gjenvinning og opprettholdelse av funksjonsevne viktige mål i behandlinga (ibid). Det er anbefalt for pasientar med fibromyalgi ei tverrfaglig behandling i form av tilpassa trening, spesielt i oppvarma basseng, medikamentell behandling og deltakelse i mestringsgrupper (ibid). Teorien viser at kvinner med fibromyalgi har ei rekke plager som dei kan trenge hjelp til å meistre, derfor er det viktig å finne gode behandlingstiltak som bedre livskvalitet hos denne pasientgruppa.

3.2 Smerte

«Smerter er en ubehagelig sensorisk og emosjonell vevsødleggelse» dette er ein av mange ulike definisjonar på smerte (Berntzen et al. 2011). I følge International Association for Study of Pain er smerte «alltid subjektiv», og er derfor prega av personleg oppfatning (gjengitt etter Berntzen, et al., 2011). Smerte er ein veldig samansett opplevelse, den kan bli påverka av ulike faktorar som kan forsterke eller redusere smerteopplevelsen. Det er individuelt korleis ein opplever smerte, den er ulik frå person til person og frå situasjon til situasjon (ibid). Ein skil mellom akutte og kroniske smerter. Ved akutte smerter er varigheten kort og den avtar når grunnen for smertene legast. Kroniske smerter opptre vanlegvis dagleg og er langvarige, lenger enn 3 mnd (ibid). Nyare forskning viser at i nokre tilfeller kan gjentatte og langvarige akutte smerter utvikle seg til kroniske smerter (Frølich, 2009). Det er berre ein sjølv som kjenner smertene, korleis dei føles, intensiteten og kor lenge den pågår. Det er vanskelig å forklare smerten man føler til andre, og det er vanskelig for andre å forstå. I nokre tilfelle er det lett for andre å observere smerte, for eksempel ved ei feilstilling i ein kroppsdel, eit hovendt ledd eller ved ulike sår. Ved kroniske smerter derimot har pasienten få eller ingen synlege tegn på smerte, og er derfor avhengig av å bli trudd på. Det å ikkje bli trudd er sårt, og kan bli ein enno større belastning for pasienten enn sjølve smerten i seg sjølv (Berntzen et al. 2011). Dette kan vere vanskeleg for pasientar med fibromyalgi då det ikkje finnes noko ordentleg diagnostiske funn på smertene dei har. Dette er ein psykologisk belastning, og nokon gonger kan det resultere i ein ond sirkel der fråværet av synlege bevis på smerte forsterkar faktorar som opprettheld smerten (Fjerstad, 2012).

Travelbee (2011) skriver at psykisk smerte har klar fysisk innvirkning på menneske, og slik er det motsett også: fysisk smerte har ei følelsesmessig innvirkning. Dersom fysisk smerte vert lokalisert til ein bestemt kroppsdel, råkar det heile personen, ikkje berre den bestemte kroppsdel.

3.3 Konsekvensar av kroniske smerter

Å leve med daglege smerter gjennom lang tid, månadar eller år, vil være ei stor påkjenning for pasienten. Ein opplevelse av nedstemthet, urolighet og engstelse kan være døme på resultat av smerter (Anderberg & Horwitz, 2008). I følge Wahl og Rustøen (2008) kjem det fram at fysiske, psykologiske, åndelige og sosialt velvære vert påverka, og livskvaliteten kan for mange verte betydeleg redusert (gjengitt etter Berntzen et al. 2011). Som ein konsekvens av smerter fungerer ikkje pasienten på same måte som før, og ein får ei nedsett aktivitets- og arbeidsevne. Derfor er dette vanskelig å forholde seg til for pasienten. Fleire med kroniske smerter kan oppleve at dei ikkje er «seg sjølv» på same måte som før (Berntzen et al. 2011). Forandringane i livet som følge av smertene, gjer at mange «mistar seg sjølv og framtida» ut av syne for ei stund. Sorg, bekymring og engstelse er naturlege reaksjonar som oppstår ved kronisk sjukdom (Fjerstad, 2012). Med alle desse negative konsekvensane av kroniske smerter er det viktig at ein som sjukepleiar har kunnskap om korleis ein kan hjelpe pasientar i slike situasjonar.

3.4 Smertelindring og ikkje- medikamentell behandling

Som tidligare nemt er det viktig at sjukepleiar har kunnskap om kroniske smerter, følgjene for pasienten, betydinga av å bli tatt på alvor og korleis ein skal kartlegge, evaluere og behandle kroniske smerter (Berntzen et al. 2011). Ansvarer som sjukepleiar ovanfor pasientar med kroniske smerte vil variere ut i frå kor i helsetenesta ein møter pasienten. Den viktigaste oppgåva ovanfor denne pasientgruppa er å lindre smerte, ubehag og lidelse. Dette for å fremme velvære, redusere stress og angst, motivere og fremme håp i ein vanskeleg livssituasjon (ibid). Ved smerte nyttar ein medikamentell eller ikkje-medikamentell behandling, eller ein kombinasjon av desse behandlingsformene (ibid). I denne oppgåva vel eg å fokusere på ikkje-medikamentelle metodar. Det finnes ei rekke tiltak i denne kategorien, men då eg må avgrense oppgåva i forhold til størrelse og antall ord vel eg å fokusere på fysisk aktivitet og kognitiv atferdsterapi.

3.4.1 Fysisk aktivitet

Pasientar som er plaga med smerter har ofte eit redusert aktivitetsnivå i forhold til før smerteproblematikken oppsto. Dette gjelder både fysiske og sosiale aktivitetar. Denne nedsette aktiviteten skyldas ofte at man forsøker å unngå fysiske belastningar for å unngå eventuell smerteforværring, som igjen fører til nedsett muskelkraft og dårlegare kondisjon (Frølich, 2001). I følge Frølich (2001) er målet med trening i hovudsak ikkje å redusere smertene, men å auke funksjonsnivået. Dersom ein ikkje er vandt med å være i fysisk aktivitet eller har unngått det, vil det å starte å trene by på nye smerter i starten, grunna at ein brukar musklar som ikkje har vorte belasta på ei stund. Etter kvart som ein fortsetter med trening vil muskelstyrken og kondisjonen oppbyggast

og mange vil oppleve ei form for smertelindring fordi ein no er i fysisk betre form til å takle smertene i dagleglivet (ibid).

3.4.2 Kognitiv terapi

Kognitiv terapi vert brukt ved psykiske problem av ulike typar, men også ved somatiske lidelsar som for eksempel ved Fibromyalgi (Fjerstad, 2012). Kognitiv terapi handlar om kva ein tenker om seg sjølv og sine vanskar, kva holdningar ein har til sine utfordringar og korleis ein forhold seg til dei. Dette er ein heilhetlig måte å forstå menneske på, som kan brukast som eit verktøy for å hjelpe pasienten til å meistre sine utfordringar, der ein siktar mot å styrke holdningar som gjer ein betre rusta til å tåle motgang og problem (Fjerstad, 2012). Målet er å få ein auka forståing av korleis den mentale aktiviteten kan påvirke korleis ein har det med seg sjølv, med andre, med sjukdommen og framtida. Det er eit verktøy som kan brukast for å handtere reaksjonar på ein kronisk sjukdom, for å tilpasse seg dersom livet tar ei ny vending, og for å førebygge utvikling av angst og depresjon (Fjerstad, 2012). Eg tenker at som sjukepleiar kan dette være eit godt verktøyet for å fremme meistring og motivasjon hos kvinner med fibromyalgi.

3.4.3 Meistring

Psykologane Lazarus og Folkman (1984) lanserte på 1980- talet ein teori om korleis menneske meistra stressande situasjonar i livet. Dei definerte meistring på denne måten: «*Kontinuerlig skiftende kognitive og atferdsmessige anstrengelser for å takle spesifikke ytre og/eller indre krav som oppleves som belastende, eller som overstiger ens ressurser og truer ens velvære*» (gjengitt etter Fjerstad, 2012, s. 50). I definisjonen kjem det fram ulike aspekt ved meistring. Meistring er ein prosess som heile vegen regulera seg ut i frå om ein klarar å redusere stress. Definisjonen skiller også mellom meistring og tilpassing, der ein knytter meistring til dei situasjonane som krevjar anstrengelse. Meistring omfattar også alle tankeprosessane og handlingar uansett resultat (Fjerstad, 2012). Lazarus (1993), Carver og Scheier (1989) skil mellom problem og -emosjonsfokusert meistring (gjengitt etter Fjerstad, 2012, s. 35). Problemfokusert meistring eller aktivitetsretta meistring vil ta for seg det å gjere noko med den vanskelege situasjonen eller problemet, medan emosjonell meistring handlar om å tilpasse seg ved å endre følelsar og tankar (Fjerstad, 2012). Ut frå teorien er meistring er alt det vi gjer eller måten vi som menneske taklar våre ulike problem og utfordringar, uavhengig av om resultatet er godt eller dårleg.

3.4.4 Kommunikasjon

Travelbee (2011, s. 29) definera sjukepleie på denne måten: «*sykepleie er en mellommenneskeskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med*

å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene».

For at ein som sjukepleiar kan etablere eit godt menneske-til-menneske-forhold med pasientane ein møter er kommunikasjon ein svært viktig prosess. Dette er eit viktig ledd for å kunne oppfylle sjukepleiens mål og hensikt, det å hjelpe menneske med å forebygge og mestre erfaringar med sjukdom og lidelse (Travelbee, 2011) Kommunikasjon er ei handling eller ein prosess, der ein utvekslar meiningar, tankar, følelsar eller holdningar. Som sjukepleiar kan ein nytte denne prosessen til mellomanna å gi og få informasjon (ibid). Ofte har pasientar eit behov for å finne ei meining i dei ulike tiltaka som vert anbefalt for å bevare helsa og holde sjukdommen under kontroll. Derfor er det viktig at ein som sjukepleiar hjelper pasienten til å finne meining i sjukdomen sin, og finne meining i helsefremmande tiltak. Helsefremmande undervisning, samtalar, informasjon og opplæring i kva ein skal gjere er viktige hjelpetiltak ein som sjukepleiar kan nytte for å fremme meistring hos pasientane(ibid). Ut frå denne teorien tenker eg at god kommunikasjon vil være ein viktig prosess for å etablere ein god realsjon mellom sjukepleiar og kvinner med fibromyalgi.

Håp er også ein viktig faktor å ta med. Håp hjelper menneske til å mestre vonde og vanskelege situasjonar, tap, nederlag, einsomhet og lidelse. Håp gir ein styrke og energi til å overvinne hindringar og setter i verk krefter i vanskelege situasjonar eller oppgåver. Som sjukepleiar er det viktig å være tilgjengeleg og vise at ein er villig til å lytte til pasienten dersom ein har behov for det. Dette kan være med å opprettholde håp og unngå håplausheit hos pasientar ein møter i ulike situasjonar (Travelbee, 2011).

3.5 Presentasjon av studiar

«Fibromyalgi – effekt av fysisk trening» (2004) Kurtze, Nanna. Dette er ein oversiktsartikkel som omfatta 17 studiar, der alle studiane hadde hovudvekt på treningsintervensjonar av aerob kapasitet, muskelstyrke og eller bevegighetstrening. Det kjem fram i studien at lavdosert fysisk aktivitet er ein av dei få behandlingsmetodane som har ein effekt hos pasientar med fibromyalgi. Det vart også konkludert med at fysisk aktivitet gav betring av aerob kapasitet, fysisk funksjon og mestringsforventning. Studien viser at optimal behandling av Fibromyalgi bør innhalde ikkje-medikamentell intervensjonar, som fysisk aktivitet og kognitiv atferds terapi.

«Rehabilitering ved kroniske myofascielle smertetilstander» (2007) Wigors, Sigrid H og Finset, Arnstein. Kvalitativ studie. 200 deltakerar deltok i eit fire vekers fleirdimensjonalt rehabiliteringsprogram. Dette programmet besto av undervisning og smertemestring i ei kognitiv ramme, avspenning, kondisjonstrening, myofasciell smertebehandling og medikasjon etter behov. Resultata blei målt ved hjelp av eit spørreskjema som blei utlevert ved ankomst og avreise. Det vart

også innhenta spørreskjemaopplysningar av fysisk aktivitet, endringar i livskvalitet og yrksaktivitet etter seks og tolv månadar. Det blei registrert signifikant bedring på alle registrerte områder gjennom heile oppfølgingsperioden. Livskvaliteten viste bedring over tid. Etter ett år var fleire tilbake i arbeid og færre sjukemeldte.

«Eight months of physical training in warm water improves physical and mental health in women with fibromyalgia: A randomized trial» (2007) Tomas-Carus Pablo, Gusi Narcis, Hakkinen Arja, Hakkinen Keijo, Leal Alejo og Ortega-Alonso Alfredo. Kvantitativ studie. 30 kvinner med fibromyalgia deltok på eit organisert veilednings program med treningsterapi i varmt vatn. Effekten av fysisk og psykisk helse blei vurdert ved hjelp av spørreskjemaene fibromyalgia impact Questionnaire og State-trait anxiety inventory. Fysisk form vart i tillegg målt ved ulike fysiske testar. Etter åtte månadar med treningsterapi, viste resultatet at deltakarane hadde bedra fysisk funksjon, redusert smerte og stivhet, samt redusert angst og depresjon. Denne studien viste at organisert/målretta trening i varmt vatn førte til langsiktige forbetringar i fysisk og psykisk helse hos pasientar med Fibromyalgi.

«Pool exercise for patients with fibromyalgia or chronic widespread pain: A randomized controlled trial and subgroup analyses» (2009) Mannerkorpi Kaisa, Nordeman Lena, Ericsson Anna og Arnorw Maudh. Denne kvantitative studien tar for seg effekten av bassengtrening for pasientar med fibromyalgi. 134 kvinner med fibromyalgi og 32 med kroniske smerter deltok i eit treningsprogram. Dette programmet besto av tilsaman 20 timar trening i basseng og 6 timar undervisning. Det blei utdelt ulike spørreskjema, blant anna Fibromyalgi impact Questionnaire som tok for seg smerte og fatighe. Det vart også delt ut eit skjema for å kartlegge angst og depresjon. Deltakerane måtte også utføre ein 6 minutters gangtest. Dei som deltok i minst 60% av programmet hadde forbedra resultatane sine i fibromyalgi skjemaet. Dei som hadde milde symptom på stress, smerte og depresjon forbedra seg mest i forhold til behandlingen ut i frå skjemaet. forbetring i forhold til helse med pasientar med Fibromyalgi.

«Contributions of a group-based exercise program for coping with fibromyalgia: A qualitative study giving voice to female patients» (2013). Beltran-Carrillo Vicente J, Tortosa-Martinez Juan, Jennings George og Sanchez Elena S. Dette er en kvalitativ studie som har som mål å fremme forståelse av fysisk og psykososiale fordelar med trening hos kvinner med Fibromyalgi. 25 kvinner deltok i eit gruppebasert treningsprogram. Det vart samla inn data gjennom observasjon, intervjuer og fokusgrupper. Det å være fysisk aktiv hadde ein positiv effekt på deltakerane. Det sosiale samværet utgjorde også ein betydeleg positiv forskjell i forhold til det psykososiale. Treningsprogrammet hjalp kvinnene til å takle smerte, redusere muskelstivhet, bedre fysisk funksjon, redusere sosial isolasjon, frustrasjon og depresjon.

4.0 Drøfting

I dette kapittelet vil eg drøfte litteratur og funn i artikkane opp mot problemstillinga mi. Eg vil også ta med egne erfaringar frå praksis i sjukepleiestudiet. I forhold til problemstillinga mi vil eg ta for meg korleis ikkje- medikamentell behandling med fokus på meistring, kognitiv terapi og fysisk aktivitet kan fremme meistring til kvinner med fibromyalgi.

4.1 Å møte pasientar med Fibromyalgi

Kvinner med fibromyalgi er ei gruppe pasientar som har det tøft. Mange går dagleg og kjenner på intense smerter og må ta ein dag om gongen (Anderberg & Horwitz, 2008). «Eg trur det blir vêromslag i morgon, eg kjenner det på kroppen» var det ei som sa til meg då eg var i ein av mine mange praksisar i sjukepleiestudiet. Denne kvinna hadde hatt fibromyalgi i mange år, men diagnosen har ho berre hatt i nokre få år, då det er høge krav og ein lang prosess å få stilt diagnosen (Anderberg & Horwitz, 2008). Ho fortalte meg om den trykkande smerte bak i ryggen som gjore til at ho nesten ikkje klarte å bevege seg. Smertene hadde endra kvardagen hennar, daglegdagse aktivitetar som før var ein sjølvfølge var no blitt betydeleg begrensa.

Følelsen av å ikkje å ha krefter som strekker til på same måten som før kan få pasientane til å kjenne på makteslaushet. Smerter påverkar heile mennesket i både fysisk og psykisk forstand (Travelbee, 2011) og i det lange løp kan dette resultere i fysisk nedsett funksjon, sorg, bekymring, engstelse, fustasjen, depresjon og sosial isolasjon (Fjerstad, 2012). På denne måten tar smerte stor plass i dagleglivet til mange pasientar med fibromyalgi (Berntzen et al., 2011). Livskvaliteten vert betydelig redusert då kroppen ikkje klarar å fungere på same måte som før sjukdommen inntraff (ibid). I møte med desse pasientane er det viktig som helsepersonell å ha tilstrekkelig kunnskap om kroniske smerter og korleis ein kan hjelpe pasienten til å lindre smerte, ubehag og lidelse (ibid). utfordringar som kan oppstå ved møte med denne typen pasientar kan vere å danne ein god kommunikasjon i form av å skape relasjon som fører til trygghet. I studien til Beltràn-Carrillo et al. (2013) viser det seg at pasientane føler ein utrygghet og vegrar seg for å snakka ut om sjukdommen med helsepersonell, familie og vener sidan nokon opplever å ikkje bli trudd når dei snakkar ut om symptoma dei har. Det kan tenkast at pasientane som ikkje har blitt trudd av legar og ikkje minst familie kan føle seg sårbare når dei ikkje blir trudd. Ut frå dette tenker eg at mange pasientar kan ha store vanskar med å stole på helsepersonell og fortelle om sjukdommen sin. Som sjukepleiar er vi ein viktig støttespelar og omsorgsperson for dei pasientane vi møter. Det er viktig å møte desse kvinnene med respekt, empati og omsorg for å kunne opprette ein god relasjon. Travelbee (2011) skriver at kommunikasjon er ein prosess som sjukepleiar kan nytte til å gi og få informasjon. Å skape ein god relasjon mellom pasient og sjukepleier er viktig for å kunne opprette eit godt mellom-menneskeleg-forhold (ibid).

Sjuepleiaren har eit ansvar for å hjelpe den enkelte til å førebygge eller mestre erfaringar med sjukdom og lidelse, eller til å oppretthalde en best mulig helsetilstand (ibid). I tillegg til dette er det viktig å ha kunnskap om fibromyalgi, kroniske smerter og konsekvensen det kan ha for pasienten (Berntzen et al., 2011). For at ein samtale mellom helsepersonell og pasient skal bli god bør en som nemnt tidligare vise empati, respekt og omsorg, og informasjonen som blir gitt må vere forankra i teori (Travelbee, 2011). Ved å gi god informasjon kan pasientens trygghet bli ivaretatt og forståelse for sjukdomsbilde kan etablerast (Wigers & Finset, 2007).

4.2 Ein motiverande støttespelar for pasienten

Kvinna eg møtte gjennom praksis hadde tidlegare hatt eit aktivt og sosialt liv. Då symptoma byrja å ta over livet hennar blei det vanskelegare å gjere daglege gjeremål slik som før. Ho måtte velje og prioritere mellom ulike aktivitetar sidan kroppen og psyken ikkje strakk til. Eit menneske kan ha ulike måtar å mestre, bearbeide opplevsar og sosiale relasjonar på. I studien til Beltràn-Carrillo et al. (2013) kjem det fram at mange kvinner med fibromyalgi står ovanfor fleire vanskelege utfordringar i dagleglivet. Det å leve med ein kronisk smertetilstand, samt være omgitt av tvil og mange spørsmål om dens årsak, diagnose og behandling resulterte i usikkerhet, tap av håp og meistring hos deltakarane (Beltràn-Carrillo et al. 2013). Som pasient med kroniske smerter kan ein behandlingsplan vere heilt avhengig av motivasjon og viljen til pasienten for å gjennomføre planen. I forhold til personar som har hatt sjukdommen over lengre tid kan forandring ofte opplevast som skummelt, men på same tid gi pasienten ein mulighet til å utvikle seg og bli betre.

Ved å lære seg sjølv å kjenne, sjå sine eigne behov, skjulte ønsker, manglar og i tillegg til å ta i bruk behandlingsstrategiar kan dette være til hjelp på vegen til ein betre kvardag (Anderberg & Horwitz, 2008). Utfordringar rundt dette kan vere å finne ein motivasjon som kan vere drivkraft for å følgje eit behandlingsopplegg. Som sjukepleiar kan ein bruke kognitiv terapi som eit verktøy til å hjelpe pasienten til mestre sine utfordringar, handtere reaksjonar og finne nye løysingar på problem slik at ein er betre rusta til å takle motgang. Dette er eit viktig tiltak å sette i verk for å handtere reaksjonar og belastningar ved kronisk sjukdom (Fjerstad, 2012). Håp kan vere ein viktig faktor til å fremme meistring og motivasjon. Travelbee (2011) skriver at som sjukepleiar har ein ei rolle der ein skal hjelpe pasienten til å oppretthalde håp for å mestre sjukdom og lidelse. Ved å være tilgjengelig og være villig til å hjelpe kan ein klare å oppretthalde håp og unngå håplausheit. Håp er ein viktig nøkkel til å mestre vonde og vanskelege situasjonar. Ved å ivareta håpet hos pasienten vil det gi ny livsglede og gjere pasienten i stand til å overvinne hindringar og sette inn krefter i vanskelege oppgåver som i for eksempel ein rehabiliteringsprosess (Travelbee, 2011). Det er ei viktig sjukepleiaroppgåve å støtte og hjelpe når pasienten står ovanfor vanskelege val og situasjonar (Berntzen et al., 2011).

Ved å vekke håp og motivasjon hos kvinner som sliter med fibromyalgi kan dette bidra til aktiv meistring og betring av livssituasjon tross alle smertene (Wigers & Finset, 2007). I studien til Wigers & Finset (2007) tok dei føre seg mestringsstrategiar i forhold til smerter. Elementer som inngjekk i mestringsstrategien var positiv tenking, stressmestring, sjølvbilde, emosjonell bevisstheit, og viktigheten av å sette grenser og ta kontroll over livet. Dei la også vekt på korleis negative tankar kan fremme følelsesmesige reaksjonar som igjen kan bidra til ein uhensiktsmessig åtferd og vedvare eller auke smertenivået. Målet var å auke innsikt og håp for å gjere pasientane trygge og aktivt meistrande i kvardagen. Dette var også noko kvinnene i studien bekrefta hadde effekt (Wigers & Finset, 2007).

4.3 Fysisk aktivitet som smertelindring

Pasientar med smerteproblematikk har ofte eit redusert aktivitetsnivå, både fysisk og sosialt. Dette skyldast i mange tilfelle at ein forsøker å unngå bevegelsar eller belastningar som kan forverre eller framkalle smerte (Frølich, 2001). Generelt er inaktivitet veldig uheldig for helsetilstanden hos friske personar, dette gjelder også for personar med fibromyalgi (Kurtze, 2004). Det vil være naturleg å vegre seg for å utøve gjeremål som kan vere årsak til auka smerte. Eg tenker at innstilling, motivasjon og kunnskap om fysisk aktivitet hos pasienten vil være viktige brikker som bør være tilstede for å kunne oppnå positiv effekt ved fysisk aktivitet. Ei kvinne som deltok i ein studie beskriver sine tankar rundt dette i eit intervju: *Eg kjem på trening på grunn av at eg veit det er bra for meg. Dei som blir liggande i senga på grunn av smertene har kortare veg til rullestolen. Dersom ein ikkje beveger seg, blir ein mykje verre* (Beltàn-Carrillo et al. 2013). Det kjem også fram i ein annan studiane at forverring av symptom førekjem i startfasen ved trening, men den vil gradvis betrast ved regelmessig og tilpassa aktivitet (Kurtze, 2004). Dette bør vere sentralt i forhold til motivasjon gjennom behandling. Det at pasienten veit at det vil bli betre om ein berre kjem seg gjennom startfasen. Trening vil kunne førebygge negative effektar av inaktivitet og påverke den fysiske kapasiteten (Kurtze, 2004).

Utfordringar ved dette kan vere at pasientar som ikkje har fått undervisning eller informasjon ikkje er mentalt forberedt på dei smertene som kommer i startfasen. I forhold til det Travelbee (2011) skriver om kommunikasjon som ei handling eller ein prosess så må helsepersonell støtte pasienten under behandlinga i forhold til å uttrykke følelsar og tankar. Ut frå dette vil eit samarbeid danna av trygghet oppstå. Informasjonen som blir gitt kan føles truverdige på bakgrunn av tryggheten mellom pasient og helsepersonell. Det kjem fram i studien til Beltran-Carrillo et al. (2013) der dei fleste deltakerane oppfatta inaktivitet som ein årsak til meir smerte og etterkvart ein årsak til meir funksjonshemming. For å oppretthalde sin personlege autonomi såg deltakarane seg nødt til å unngå inaktivitet (ibid).

Ut frå dette kan det tenkast at deltakarane ikkje ville la smertene ta kontroll og til tross for dette heldt fram med trening. Kurtze (2004) belyser i sin artikkel at tross aktivitetsrelaterte smerter kan

kvinner med fibromyalgi betre sin fysiske funksjon i form av auka aerob kapasitet og muskulær utholdenhet. På den måten kan ein oppleve ei form for smertelindring fordi ein gradvis vert i betre fysisk form til å takle smertene i dagleglivet (Frølich, 2001). Ut frå dette tenker eg at det er viktig som helsepersonell å gi tilstrekkeleg informasjon kring dette for å motivere til fysisk aktivitet, då dette er eit godt alternativ for smertelindring. Det er viktig å ta utgangspunkt i pasienten sin nåverande situasjon og helse, med tanke på at kvinner med fibromyalgi kan ha ein veldig varierende grad av funksjonssvikt og alvorlegheitsgrad når det kjem til andre symptom (Anderberg & Horwitz, 2008). Med bakgrunn for dette vil det være viktig at behandlingsforma er tilpassa den enkelte. Kurtze (2004) skriver at eit treningsopplegg bør være idividualisert og basert på pasientens nåverande fysiske funksjon og toleranse for aktivitetsrelatererte smerter. I følge Tomas-Carus et al. (2008) viser effekten av trening langsiktig forbedring i fysisk og psykisk helse hos pasientar med fibromyalgi. Deltakerane bedra fysisk funksjon, reduserte smerte og stivhet, samt reduserte angst og depresjon. I ein trening i sin studie. Opplæringsprogramet fokuserte på mestringsstrategiar, oppmuntring til fysisk aktivitet, takling av fibromyalgi symptom, forklaringsteoriar for kroniske smerter og avspenning. Kombinert med trening gav resultata tydelig betring i fysisk funksjon, angst, smerte, depresjon, generell helse, sosial fungering og livskvalitet (Mannerkopri et al. 2009).

I artikkelen til Beltràn-Carrillo et al (2013) kjem det fram at det å være fysisk aktiv har ein positiv effekt på deltakerane kombinert med det sosiale samværet gjennom fellestrening og fokusgrupper. Denne kombinasjonen vart til hjelp for kvinnene til å takle smerte, redusere muskelstivhet, betre fysisk funksjon, redusere sosial isolasjon, frustrasjon og depresjon (ibid). Ei kvinner fortell i eit intervju at ho var deprimert, men at det hjalp å delta i dette treningsprogrammet. Der kunne ho være saman med andre likesinna og få hjelp til å overvinne depresjonen sin. Eg sjølv tenker at trening ikkje berre er sunt for fysikken, men også det psykososiale ved å trene med andre. Det kan gi stimulans til samhandling, styrke eiga sjølvbetele og rett og slett det å vere sosial saman med andre. Dei kan dele tankar og erfaringar rundt sjukdomen sin. Det kan vere vanskelegare å komme inn på ulike temaer som omhandler sjukdomen med helsepersonell, men dermed lettare når det er andre personar som har same diagnosen og frykten for at smertene skal bli værre. Ei kvinne fortel: «Her kan eg tilbringe tid med andre menneske i same situasjon, her er det folk som forstår meg og som kan gi meg råd». Dette tolkar eg som at deltakarane følte dei kunne være seg sjølv utan å bli dømt. Det var viktig for dei å bli lytta til og trudd, og dette gav dei mot og håp til å fortsette vegen vidare. Det å være saman med så mange andre kvinner i same situasjon gav ein kraftig stimulans til å være optimistisk og positiv til sin eigen tilstand og vidare behandling (ibid). Det å fortsette med trening på eige hand tenker eg kan vere ei utfordring for den enkelte. For det er hardt å vere eigen motivator, men med hjelp frå andre personar som er under same behandlinga så kan dei vere med på å

motivere kvarandre til å fortsette. Dette kommer fint fram i studien til Beltran et al. (2013) der fortalte fleire kvinner som deltok i eit gruppebasert treningsprogram at det var så godt å være i kontakt med kvinner i same situasjon, samt helsepersonell som trudde og forsto pasienten situasjon. Dette gav dei motivasjon til å fortsette med trening og andre behandlingstiltak (ibid). I ein annan studie som også tok for seg bassengtrening viste at det berre var pasientane med milde symptom på stress, smerte og depresjon som hadde ordentlig utbytte av denne form for trening (Mannerkorpi et al., 2009). På bakgrunn av dette ser det ut til at effekten av denne type trening vil variere ut i frå pasientens noverande helsetilstand. Anderberg & Horwitz (2008) skriver at resultat og effekt av bassengtrening vil variere, men dei aller fleste fibromyalgipasientar opplever avspenning, redusert stress og auka velvære av å være i varmt vatn, då varmen i seg sjølv lindra smerte og kjennes avslappende (Anderberg & Horwitz, 2008).

I denne delen av oppgåva har eg sett på dei psykiske konsekvensane ved fibromyalgi, samt korleis ein som sjukepleiar kan imøtekomme og være ein god støttespelar og motivator for pasienten for å kunne hjelpe pasienten på vegen vidare. Eg har også tatt for meg korleis fysiske faktorar kan berøre kvinner med fibromyalgi. Tilpassa trening over tid har ei positiv effekt på smerter og velvære. Dei ulike studiane belyser tydeleg at ein kombinasjon av fysisk aktivitet og undervisning/kognitiv atferdsterapi har ein betydeleg større effekt enn kvar for seg. Både Kurtze(2004) og Mannerkopri(2009) kjem fram til at trening i kombinasjon med undervisning og/eller kognitiv atferdsterapi har betre effekt hos fibromyalgipasientar enn trening har aleine. Wigers og Finset (2007) skriver i sin studie at etter at pasienten har fått utredning og konstantert ein diagnose innan muskel- og skjelettsmerter bør denne pasientgruppa få eit tilbod om eit fleirdimensjonal rehabiliteringsopphald der ein fokuserer på fysisk aktivitet, informasjon og kognitiv terapi (Wigers & Finset, 2007). Mannerkopri (2009) har også tatt for seg eit opplæringsprogram kombinert med

5.0 Konklusjon

I denne oppgåva har eg sett på korleis ein som sjukepleiar kan hjelpe kvinner med fibromyalgi til å meistre kroniske smerter. Gjennom forskning og litteratur har eg funne fram til sentrale punkt i møte med denne pasientgruppa. Det blir belyst kor viktig det er å etablere ein god relasjon mellom sjukepleiar og pasient. Nokon kvinner med fibromyalgi har vert utsett for å ikkje bli trudd i forhold til sine smerter og symptom av helsepersonell, familie eller samfunnet generelt. Som sjukepleiar er det viktig å vise omsorg, empati og respekt til denne pasientgruppa for å opprette tillit. Ved å lytte og være til stades kan ein opprette god kommunikasjon som kan føre til at pasienten vil føle seg trudd og ivaretatt. Ved å gi god informasjon og veiledning kan dette fremme meistring for desse kvinnene. I møte med kvinner med fibromyalgi er det viktig som sjukepleiar å ha kunnskap om kroniske smerter, konsekvensar for pasienten og ulike behandlingstiltak som kan førebygge og/eller redusere smerte.

I denne oppgåva har eg valt å belyse ikkje-medikamentell smertelindring med fokus på fysisk aktivitet og kognitiv atferdsterapi. I følge forskning vil ein kombinasjon av desse to behandlingstiltaka lindre smerte, betre funksjonsevne og fremme livskvalitet hos pasientane. Det vil også være viktig å kartlegge pasienten og tilrettelegge ein individuellbehandlingsplan for den enkelte.

Ut frå studiar og litteratur så er fibromyalgi ein relativt ny sjukdom i forhold til diagnostisering samanlikna med andre diagnosar. I dei fleste studiane eg har lese kjem det fram at det trengjer å bli forska meir på dei ulike problemstillingane som omhandlar fibromyalgi. Dei siste åra har det derimot blitt ei positiv utvikling med tanke på forskning på dette område. Eg tenker at viss ein skal ha tilstrekkeleg kunnskap om fibromyalgi så må ein som helsepersonell halde seg oppdatert på nyare forskning.

Litteraturliste

- Anderberg, U. M., & Horwitz, E. B. (2008). *Fibromyalgi - Årsaker og behandling*. Västerås: CAPPELEN DAMM AS.
- Beltràn-Carrillo, V. J., Tortosa-Martínez, J., Jennings, G., & Sánchez, E. S. (2013). *Contributions of a Group-Based Exercise Program for Coping with Fibromyalgia: A Qualitative Study Giving Voice to Female Patients*. Sevilla: Women & Health. 53, 612-629.
- Berntzen, H., Danielsen, A., & Almås, H. (2011). Sykepleie ved smerter. I H. Almås, D.-G. Stubberud, & R. (. Grønseth, *Klinisk sykepleie 1* (ss. 355-360, 365-366, 387-394). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Fjerstad, E. (2012). *Frisk og kronisk syk - Et psykologisk perspektiv på kronisk sykdom*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Frølich, S. (2001). *Kroniske smerter- Kan man lære at leve med det?* København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck A/S.
- Frølich, S. (2009). Kronisk smerte- en skjult lidelse. I F. Søren, L. H. Jørgensen, P. B. Jensen, A. Smed, J. Mogensen, & T. Helstrup, *Sjulte lidelser* (s. 22). Silkeborg: Dansk psykologisk forlag.
- Gregersen, A.-G. (2011). Sykepleie ved revmatiske sykdommer. I H. Almås, D.-G. Stubberud, & R. (. Grønseth, *Klinisk sykepleie 2* (s. 178). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Helsedirektoratet. (2009, Juni). *Aktivitetshåndboken - Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. (Helsedirektoratet, Redaktør) Henta frå Helsedirektoratet.no:
<https://helsedirektoratet.no/Documents/Publikasjonsvedlegg/IS-1592-aktivitetshandboken-kapittel-45-smerter.pdf>
- Kurtze, N. (2004). *Fibromyalgi - effekt av fysisk trening*. Oslo: Tidsskrift for Den norske legeförening. 124(19), 2475-2478.
- Langeland, N., Halse, A.-K., & Ørn, S. (2011). Sykdommer i bevegelsesapparatet. I S. Ørn, J. Mjell, & E. (. Bach-Gransmo, *Sykdom og behandling* (s. 466). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Mannerkorpi, K., Nordeman, L., Ericsson, A., & Arndorw, M. (2009). *Pool exercise for patients with fibromyalgia or chronic widespread pain: A randomized controlled trial and subgroup analyses*. Uppsala: Foundation of Rehabilitation Information. 41, 751-760.
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., & Reinart, L. M. (2011). *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert - en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk sykepleierforbund.
- Tomas-Carus, P., Gusi, N., Häkkinen, A., Häkkinen, K., Leal, A., & Ortega-Alonso, A. (2008). *Eight months of physical training in warm water improves physical and mental health in women with fibromyalgia: A randomized controlled trial*. Uppsala: Foundation of Rehabilitation Information. 40, 248-252.
- Travelbee, J. (2011). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Wigers, S. H., & Finset, A. (2007). *Rehabilitering ved kroniske myofascielle smertetilstander*. Oslo: Tidsskrift for Den norske legeforening. 127(5), 604-608.