

Sjukepleie, forskning og fagutvikling
Bacheloroppgave

Tema: Livskvalitet og Kroniske smerter



SYKHB 3001

Kandidat nr: 77

Antall ord: 6483

Veileder: Astrid Karin Berland

Høgskolen Stord/Haugesund
Sykepleieutdanningen avd. Haugesund
Kull 2006, 6. semester

Sammendrag:

Studier internasjonalt og i Norge viser at det er en høy forekomst av kroniske smerter i befolkningen. Dette har viet min interesse og gjort at jeg har tatt utgangspunkt i tema kroniske smerter og livskvalitet for min bacheloroppgave. Hensikten med denne undersøkelsen var å finne gode svar på problemstillingen. Dette er gjort ved å se hva teori og vitenskapelige artikler sier om kronisk smerte og livskvalitet hos eldre hjemmeboende. Funnene er tolket med utgangspunkt i sykepleieteorier om støtte, livskvalitet og omsorg. Litteraturstudier er brukt som datasamlingsmetode. Funnene viser at de aller fleste pasientene ønsker å bli sett av helsepersonell, de ønsker å få god informasjon og de ønsker at noen lytter til hva de har å si. Hvordan vi som sykepleiere forstår livskvalitet vil påvirke hvordan vi ser sammenhengen mellom livskvalitet og smerter hos pasientene våre. Støtte fra sykepleiere er viktig for å motivere pasientene. Igjennom støtte kan pasientene finne frem sine ressurser og muligheter slik at de kan bruke dem på hva de selv synes er meningsfylt i livet.

Abstract:

International and Norwegian studies show a high rate of chronic pain in the community. I've dedicated my attention towards this issue, and for my bachelor assignment I've researched the topics; chronic pain and quality of life. The purpose of this research was to find good answers to the issue. This was done by examining theoretical and scientific articles on the subject of chronic pain and quality of life concerning elderly still living in their own homes. The findings are interpreted by using the nursing theory about support, quality of life and care. Literature studies were used as a method for collecting data. The findings show that most patients want to be seen by health personnel. They wish to receive relevant information, and for someone to listen to what they have to say. How we as nurses understand quality of life will affect how we see the connection between quality of life and pain in our patients. Support from nurses is important to motivate the patients. Through support the patients can find the resources and possibilities available to them and use them how they see fit for a meaningful life.

1. Innledning.....	4
1.1 Begrunnelse for valg av tema.....	4
1.2 Presentasjon av problemstillingen.....	4
1.2.1 Problemstilling	4
1.2.2 Presisering og avgrensning av problemstilling	4
1.2.3 Oppgavens hensikt	5
1.2.4 Oppgavens oppbygning.....	5
2. Teori	6
2.1 Kroniske smerter	6
2.1.1 Definisjon av kroniske smerter	6
2.1.2. Hva er egentlig kroniske smerter?.....	6
2.2 Livskvalitet.....	7
2.2.1 Siri Næss definisjon på livskvalitet.....	7
2.2.2 WHO definisjon på livskvalitet.....	7
2.2.3 Livskvalitet i tre perspektiver.....	8
2.3 Helse.....	8
2.3.1 WHO definisjon på helse	8
2.3.2 Benner og Wrubel's definisjon på helse	8
2.4 Omsorg	9
2.4.1 Benner og Wrubels omsorgsfilosofi.....	9
2.5 Støtte.....	10
2.6 Kommunikasjon	10
2.7 Hjemmesykepleie	11
3.0 Metode.....	12
1.1 Det skilles mellom kvantitativ og kvalitativ metode.....	12
1.2 Litteraturstudie.	12
1.3 Litteratursøk og valg av litteratur.....	13
1.4 Kildekritikk	13
1.5 Etske aspekter.....	14
4. "Hvordan kan sykepleier hjelpe pasienter med kroniske smerter til å oppnå best mulig livskvalitet?".....	15
4.1 Å bli møtt som pasient.	15
4.2 Hva kan bidra til økt livskvalitet?	16
4.3 Hvordan kan sykepleier gi god støtte til hjemmeboende pasienter?.....	17
4.4 Omsorg etter stoppeklokke?.....	18
5.0 Avslutning	20
6.0 Litteraturliste	21

1. Innledning

1.1 Begrunnelse for valg av tema

Jeg har tatt utgangspunkt i tema kroniske smerter og livskvalitet. Disse temaene er høyst aktuelle i arbeidet som sykepleier og det er et tema jeg ønsker å lære mer om. Jeg har både igjennom jobb og i sykepleiepraksis hatt kontakt med personer som lider av kroniske smerter. Jeg bor også sammen med en som lever med kroniske smerter og ser daglig hvordan dette påvirker livskvaliteten og hvordan dette har endret livet. Alt dette gjør at jeg ønsker å lære mer om dette fenomenet som er så utbredt og så vanskelig å behandle (Almås, Valand, Bilicz & Berntzen, 2001). Med bakgrunn i min førforståelse av tema kroniske smerter ønsker jeg å få en bredere forståelse av tema og få frem hvor viktig det er med støtte til pasienter som lever med kroniske smerter.

Studier internasjonalt og i Norge viser at det er en høy forekomst av kroniske smerter i befolkningen, hvor Norge ligger høyt på lista i Europa. Det har ifølge Ljoså & Rustøen (2007) vert lite fokus på kroniske smerter globalt innen forskning og praksis. De påpeker at det er først i de senere år at det har blitt økt fokus på området. De hevder også at det bør forskes mer på hvorfor det er en økt forekomst av slike plager i Norge og hva årsaken til dette er. De påpeker også at det er viktig for sykepleierne at vi har en grunnleggende forståelse for smerter (Ljoså & Rustøen, 2007). Kroniske smerte kan ikke helbredes og må derfor læres og leve med (Rustøen, 2005). For å bidra til økt livskvalitet og helse, må vi som sykepleiere ha kunnskap om disse tema og være en støttespiller for pasientene våre i dagliglivets utfordringer.

1.2 Presentasjon av problemstillingen

1.2.1 Problemstilling

”Hvordan kan sykepleier hjelpe pasienter med kroniske smerter til å oppnå best mulig livskvalitet?”

1.2.2 Presisering og avgrensning av problemstilling

Jeg har valgt å bruke begrepet kroniske smerter i problemstillingen og i oppgaven, og vil ha fokus på eldre pasienter med ikke maligne, kroniske smerter som får hjelp av hjemmetjenesten. Jeg ønsker å fokusere på det å ha kroniske smerter og hva sykepleier kan bidra med for at pasientene skal oppnå best mulig livskvalitet. Underliggende årsak til

smerten vil her bli uvesentlig da det er pasientens livskvalitet og helse, støtte og omsorg fra sykepleier som er fokus. De mest sentrale begrepene i denne oppgaven vil derfor bli livskvalitet, helse, støtte, kommunikasjon, omsorg og kroniske smerter. Jeg vil ikke ha med om medikamentell behandling, da dette blir et for vidt område i forhold til oppgavens begrensning som er på 7000 ord.

1.2.3 Oppgavens hensikt

Hensikten med denne undersøkelsen er å lære mer om hvordan kroniske smerter påvirker pasienters livskvalitet. Jeg ønsker å få en bedre og dypere forståelse om hva sykepleieren som støtte og omsorgs person innebærer. Jeg ønsker å få bedre innsikt i hvordan dette påvirker vårt arbeid og hvilket ansvar dette gir oss ovenfor våre pasienter. Denne oppgaven er også en eksamen for grunnutdanning i sykepleie, siste semester.

1.2.4 Oppgavens oppbygning

Første kapittel starter med innledning, begrunnelser for valg av tema og presentasjon og avgrensning av problemstillingen. Dette etterfølges av et kapittel med en teoridel hvor hovedbegrepene for oppgaven vil bli presentert hver for seg. Videre følger en metodedel, som inneholder beskrivelse av metoden som er brukt og hva den innebærer. I kapittel 4 blir problemstillingen drøftet opp mot forskning og teori og egne erfaringer og synspunkter fra pasientsituasjoner. Siste kapittel inneholder avslutning som oppsummerer funnene.

2. Teori

2.1 Kroniske smerter

2.1.1 Definisjon av kroniske smerter

Kroniske smerter defineres som ”smerter som har vart i minst 3 måneder uten at en har håp om at den skal forsvinne av seg selv” (Almås, Valand, Bilicz & Berntzen, 2001, s.107). I noen bøker og i enkelte forskningsartikler defineres kroniske smerter som smerter som har vart i 6 mnd eller mer. Bentsen (2004) har en mer beskrivende definisjon av kroniske smerter:

”Smerte som har vart i 3 måneder eller mer, som er daglig eller som kommer regelmessig tilbake, som har ikke-livstruende årsaker, som ikke er blitt lindret med tilgjengelige behandlingsmetoder, og som kan komme til å vare resten av pasientens liv” (Bentsen, 2004 s. 1).

2.1.2. Hva er egentlig kroniske smerter?

Kroniske smerter kan vær somatiske, visceral og/eller neuropatisk med eller uten fysisk årsak (Ljoså & Rustøen, 2007). I en studie gjengitt i Ljoså & Rustøen (2007) hvor de kartla årsaken til kroniske smerter, oppga 58 % av de spurte i studien at årsaken til smerten hadde ukjent årsak. Tidligere trodde man at smerter med ukjent årsak var psykisk betinget, men forskning viser til at det kan ha fysiologiske sammenhenger. ”I dag understrekes det at kroniske smerter kan være symptom på sykdom, men også en sykdom i deg selv” Breivik referert i (Ljoså & Rustøen, 2007, s 67).

Kroniske smerter kan også defineres til å vare utover den antatte tilhelingstiden av akutt smerte. Akutt smerte har som formål å signalisere fare og skade, mens kroniske smerter ikke har noen fysiologisk funksjon. Kroniske smerter er også ofte mer komplekse enn akutte og derfor vanskeligere å behandle. Kroniske smerter har fysiske, sosiale og psykiske aspekter som påvirker hverandre og dette igjen kan påvirke smerteopplevelsen til pasienten. Videre kan hver enkeltes livskvalitet reduseres ved at en får endringer i familie, jobb og økonomisk situasjon (Ljoså & Rustøen, 2007). Å leve med smerter i måneder og år kan også føre til stor psykisk belastning, mange føler seg konstant trøtte og slitne, gjerne pga dårlig søvn. I tillegg kan man ha vansker med funksjon, sviktende tro på fremtiden, sviktende sosial omgang og økonomisk uttrygghet. Man ser derfor ofte depresjon som en vanlig følge av kroniske smerter (Almås et al., 2001, Rustøen & Stubhaug, 2005). Smerter er en subjektiv opplevelse og det er kun den som har smerten som kan vite hvordan den er. Jeg gjør som Ljoså og Rustøen (2007)

og siterer McCaffery og Beebe ”Smerte er det som personen sier at det er, og den eksisterer når personen som opplever smerte, sier at han har smerte” (Ljoså & Rustøen, 2007, s 63).

2.2 Livskvalitet

Livskvalitet begrepet ble først nevnt i en bok av Pigou i 1920, boken handlet om velferd og økonomi. Det ble forsket på livskvalitet innen velferdsfagene fra ca 1950 årene. De siste ti årene har også forskningen innen helse og medisin fokusert mer og mer på livskvalitet. I dag har livskvalitet fokus i mange flere fagfelt, og alle har ulike perspektiver på hva livskvalitet er. For helsetjenesten er livskvalitet et mål for virksomheten og det er nedfelt i flere offentlige utredninger (Wahl & Hanestad, 2007).

Rustøen (2005) hevder at årsaken til det økende fokuset er trolig den at flere blir eldre og flere lever i dag med kronisk sykdom. For pasienter med kroniske smerter vil ikke hovedfokuset ligge på helbredelse, men at pasientene på tross av deres smerter og begrensninger har best mulig livskvalitet. Wahl og Hanestad (2007) og Rustøen og Klopstad Wahl (2008) mener at ordet livskvalitet er vanskelig å konkretisere, men det finnes ulike trekk som det er stor enighet om. Mange relaterer livskvalitet til det gode liv, eller kvaliteten på det. Det handler da om hva enkeltmenneske definerer som et godt liv for seg. (Wahl & Hanestad, 2007 s. 30) har sitert Campbell, han hevder at: ” Quality of life must be in the eye of the beholder.” Hva som kjennetegner god livskvalitet vil derfor avhenge av hver enkelte pasients subjektive oppfatning, ønsker og mål for livet (Wahl & Hanestad, 2007).

2.2.1 Siri Næss definisjon på livskvalitet

Psykologen Siri Næss vektlegger at livskvalitetsbegrepet skal knyttes til enkeltindividet og til subjektive opplevelser, ikke til samfunnet og materielle ting. Livskvaliteten definerer hun slik: ”en persons livskvalitet er høy i den grad personens bevisst kognitive og affektive opplevelser er positive og lav i den grad personens bevisst kognitive og affektive opplevelser er negative” (Næss, 2001 s. 10).

2.2.2 WHO definisjon på livskvalitet

WHO har definert livskvalitet slik: ” individuals` perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns” (Rustøen, 1991 s.37).

2.2.3 Livskvalitet i tre perspektiver

Livskvalitet sett i helsefaglig sammenheng deles inn i tre perspektiver; globalt fokusert livskvalitet, helsefokusert livskvalitet og sykdoms/ symptomfokusert livskvalitet. Disse tre perspektivene har relevans for det å leve med kroniske smerter. *Globalt fokusert livskvalitet* er opptatt av livskvalitet som et overordnet fenomen og begreper som sier noe om pasientens tilfredshet og velvære knyttet til livet som helhet. *Helsefokusert livskvalitet* har fokuset på pasientens generelle opplevelse av helseforhold for eksempel hvor tilfreds pasienten er med sin fysiske, psykiske og sosiale funksjonsevne. *Sykdoms og symptomfokusert livskvalitet* fokuserer på pasientens egen opplevelse av spesielle plager, symptomer og sykdom. For eksempel som hvordan det er å leve med kroniske smerter og hvordan dette oppleves i dagliglivet (Wahl & Hanestad, 2007, Rustøen & Klopstad Wahl, 2008).

2.3 Helse

2.3.1 WHO definisjon på helse

Helse har tradisjonelt blitt forbundet med det å ha en sunn kropp, et sunt sinn og en sunn ånd. Etter at medisinsk utvikling fikk bedre kontroll over infeksjoner har man også sett på helse som fravær av sykdom. I moderne tid skiller man mellom å forebygge sykdom og å fremme helse (Konsmo, 1995). I 1947 kom WHO ut med en definisjon på helse, den lyder slik: "A state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease and infirmity" (Wahl & Hanestad, 2007 s. 31).

2.3.2 Benner og Wrubel's definisjon på helse

Sykepleieteoretikerne Benner og Wrubel tar i følge Konsmo (1995) sterk avstand fra WHO's definisjon på helse, de mener at vi alle vil føle oss utilstrekkelige i forhold til et slikt ideal. De hevder at definisjonen overser personlige og sosiale ressurser. De hevder at denne standarden ikke ser noe i forhold til kulturell, sosial eller historisk sammenheng. Benner og Wrubel hevder også at den overser enkeltmenneske sin opplevelse av situasjonen, det man bryr seg om og fellesskapet man tilhører (Konsmo, 1995).

Benner og Wrubel foretrekker å bruke begrepet *velvære* fremfor helse og definerer det slik. "Velvære defineres som følelse av sammenheng mellom ens muligheter og ens nåværende praksis og det man opplever som meningsfullt i livet, og baseres på omsorg og det å føle at noen bryr seg om en" (Konsmo, 1995. s. 115).

2.4 Omsorg

Begrepet omsorg blir gjerne forstått som omtenkksomhet, som å bekymre seg for eller bry seg om noen. Omsorg for andre mennesker er også en grunnleggende verdi i sykepleien som profesjon (Eide & Eide, 1996). ”Å yte profesjonell omsorg betyr å hjelpe pasienten i hans svakhet og svikt. Men det betyr også å respektere hans muligheter og styrke.” (Eide & Eide, 1996, s 27).

2.4.1 Benner og Wrubels omsorgsfilosofi

De to amerikanske sykepleierne, Patricia Benner og Judith Wrubel sier at omsorg er en grunnleggende og nødvendig del av sykepleien. Benner og Wrubel har et fenomenologisk menneskesyn, det vil si at mennesker alltid ses i forhold til andre mennesker og at våre mellommenneskelige relasjoner definerer oss som person. De mener at det å gi og motta omsorg er helt naturlig og er en del av menneskets natur. De sier det er grunnleggende og nødvendig del av sykepleien på flere områder. Benner og Wrubel sier også at om en som sykepleier ikke viser omsorg for pasienter og pårørende, vil makten og kunnskapen virke skremmende og undertrykkende på pasienten. De hevder også at en viktig forutsetning for å gi omsorg er at vi som sykepleiere bryr oss om pasientene våre (Konsmo, 1995).

Benner og Wrubel hevder at det er helt nødvendig at sykepleierne bryr seg om pasientene sine, involverer seg i dem for at de skal forstå pasientens situasjon og se mulighetene som finnes. De hevder også at vi ikke kan lindre pasienters plager om vi ikke bryr oss om pasientene og viser dem omsorg i arbeidet vårt som sykepleiere. Det at sykepleieren bryr seg om pasienten vil gjøre henne/han i stand til å se hva som er viktig for pasienten og det danner grunnlag for sykepleierens forståelse av situasjonen og tilegnelsen av kunnskap. Hva sykepleieren bryr seg om kan variere fra situasjon til situasjon og fra sykepleier til sykepleier. For å skape god kontakt med pasientene er det viktig å være tilstede i situasjonen. Man kan enkelt vise omsorg igjennom blikk, kroppsspråk og tonefall. Dette er små tiltak som ikke tar lengre tid og som har stor betydning for pasientens opplevelse av omsorg fra sykepleier (Konsmo, 1995).

For pasienter som lever med kroniske smerter, vil det å finne mening i tilværelsen være et viktig steg for mestring, mennesker kan ifølge Benner og Wrubel ikke trives hvis de mangler mening (Reitan, 2005). Det er en viktig sykepleieroppgave å hjelpe pasientene våre til å finne mening med sykdommen, vi må involvere oss i situasjonen og bry oss om pasientene. På den

måten kan vi få god kontakt med pasientene og finne frem til ressurser, muligheter og meninger som pasienten har (Konsmo, 1995).

2.5 Støtte

”Å gi støtte betyr å tre i relasjon til en annen og gripe inn ved ”å avstive”, det vil si å samhandle eller handle *for* den andre i forhold til gitte behov og situasjoner” (Reitan 2001, s. 53). Støtte kan deles inn i emosjonell støtte, praktisk støtte og sosial støtte, hvor alle tre områdene henger sammen med hverandre (Reitan, 2001).

Emosjonell støtte kan man beskrive som å være nær pasienten, lytte til det han har å si og la pasienten uttrykke tanker og følelser. Vi må vise pasienten aksept til å vise følelser uansett om det er sinne, latter eller gråt. Det å dele sterke følelser med andre mennesker kan være en lettelse for mange, og følelsene er ofte lettere å bære når de deles med andre. Praktisk støtte kan bestå i å overta ansvar eller bidra til løsning av problemer som er knyttet opp mot pasientens helse og funksjonssvikt. Det kan være å hjelpe pasienten i å strukturere hverdagen, ordne avlastning for barn eller eldre man har ansvar for, opprettholde kontakt med pårørende og veilede og informere pasienten om tilstanden (Reitan, 2001). Sosial støtte kan man definere som de ressurser andre personer bidrar med i form av støtte og hjelp, slik at pasientene kan møte sine aktuelle behov (Østlie & Finset, 2004). Sosial støtte kan pasienten få fra sitt eget nettverk (uformelle støtteapparatet) og fra helsetjenesten (formelle støtteapparatet). Som sykepleier vil vår oppgave være å kartlegge pasientens sosiale situasjon, orientere om sosiale rettigheter, pasientforeninger, rehabilitering ect. Vi skal også støtte pasienten til å uttrykke tanker og følelser til sitt nettverk, slik at pasienten inkludere familie og venner i sykdommen (Reitan, 2001). Å ha tilhørighet i et felleskap bidrar også til sosial støtte (Smebye, 2005).

2.6 Kommunikasjon

Igjennom kommunikasjon kan vi som sykepleiere formidle støtte, omsorg og nærhet til pasientene våre. Samtaler kan bidra til kontaktskaping og skape trygget mellom pasient og sykepleier (Fagermoen, 2001).

Hummelvoll (2004) sier at kommunikasjon betyr å ha felles. Kommunikasjon kan man kalle en prosess der mennesker formidler sine tanker og følelser til hverandre. Enten verbalt i samtaler eller nonverbalt med mimikk, tonefall, bevegelser og berøring (Hummelvoll, 2004). For å oppnå god kommunikasjon er samtale en viktig sykepleieoppgave. En god dialog kan

være utgangspunkt for mange fine samtaler hvor pasienten kan åpne seg for sykepleieren og snakke om sine følelser og bekymringer. Pasienten bør føle at han kan snakke om det han ønsker og vi må være der og lytte. Selve samtalen kjennetegnes ved at det er pasientens behov som danner utgangspunktet; hva tenker og føler han, og hvordan opplever han situasjonen. Målet for god kommunikasjon er også at en formidler budskapet på en slik måte at det blir oppfattet rett. Det gjelder både fra pasient til sykepleier og fra sykepleier til pasient. Sykepleieryrket er ofte travelt, dette påvirker vår måte og kommunisere på og innebærer at vi må være bevisst vår væremåte i møte med pasientene. En bør ikke vise at man har det travelt på jobb, men vie tiden og oppmerksomheten fullt og helt til pasienten den tiden vi er inne hos han/henne. Man skal ikke bare samtale med pasientene, god kommunikasjon innebærer også å være en god lytter og oppfatte tegn og uttrykk som gjerne ikke kommer frem i samtalen (Fagermoen, 2001).

2.7 Hjemmesykepleie

Hovedoppgaven til hjemmesykepleien er pleie og omsorg av syke. Det er et tilbud til alle aldersgrupper i befolkningen som har behov for nødvendig helsehjelp hjemme (Karoliussen & Smedbye, 1997, Fjørtoft, 2006). Hjemmesykepleie er en lovpålagt tjeneste alle kommuner skal ha. Noen pasienter får hjelp 4-6 ganger i døgnet, andre en gang i uken eller hver 14. dag (Karoliussen & Smedbye, 1997). Ressursene i hjemmetjenesten er ofte knappe, eller oppleves ofte slik av pasientene. Det er mange pasienter og midlene fra det offentlige styres med stram hånd slik at det ofte føles et tidspress når man arbeider i hjemmesykepleien (Solheim & Aarheim, 2004). Hjemmetjenesten er i dag en døgntjeneste, flere eldre bor derfor lengre hjemme nå, enn tidligere da de flyttet på institusjon når de trengte hjelp (Karoliussen & Smedbye, 1997). Å møte pasienten i eget hjem bidrar til unike innblikk i pasientens liv. Dette gir sykepleierne gode muligheter for å se flere sider ved pasientene, til å se helheten i situasjonen, til å knytte kontakt og vurdere behovet for sykepleie til hver enkelt pasient (Fjørtoft, 2006).

3.0 Metode

I boka Metode og oppgaveskriving for studenter av Dalland (2000) blir Vilhelm Aubert definisjon på metode sitert; ”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 2000. s 71). Grønmo (2004, s. 27) beskriver metode som en ”planmessig fremgangsmåte for å nå et bestemt mål”. Metode kan også kalles et redskap og er det redskapet vi bruker når vi vil undersøke noe, samle data, løse et problem og komme frem til ny kunnskap (Holme & Solvang, 1991). Metoden setter krav og sier oss noe om hvordan vi skal skaffe kunnskapen, etterprøve kunnskapen og utvikle teoriene slik at de oppfyller kravene til vitenskapelig kvalitet og relevans (Dalland, 2000, Grønmo, 2004). ”Empiri er opplysninger eller informasjon om faktiske forhold i samfunnet” (Grønmo, 2004 s.33). Man kan også si at det er kunnskap bygd på erfaring. Når man lurer på hvordan noe er i virkeligheten, bruker man empiriske spørsmål. Innen forskningen finnes det normer en skal forholde seg til. Uansett hvilken metode en velger å bruke skal en ha resultater som er kontrollerbare. De skal være systematisk utvalgte, dataen skal brukes nøye, forskers førforståelse skal klargjøres og forskningsvirksomheten bør være kumulativ (Dalland, 2000).

1.1 Det skilles mellom kvantitativ og kvalitativ metode.

Man velger metode ut fra hva man vil undersøke og hvilken informasjon man ønsker å få frem av undersøkelsen (Brodtkrob & Rugkåsa, 2001). *Kvantitativ metode* baseres på spørreundersøkelser og gjør informasjon om til målbare enheter i form av tall og statistikker, og kan kjennetegnes ved at den går i bredden.. *Kvalitativ metode* kjennetegnes ved at den går i dybden, denne metoden fanger opp meninger og opplevelser som man ikke kan måle eller tallfeste. Metodene brukes for å finne frem til ny kunnskap eller etterprøve påstander om allerede kjent kunnskap (Dalland, 2000).

1.2 Litteraturstudie.

Denne oppgaven er et litteraturstudie, det er fastsatt i studiekrevet fra skolen. Dette innebærer at jeg ikke går ut og intervjuer personer. Men igjennom å ”intervjue” fagbøker og forsknings litteratur vil jeg forstå og tolke mine funn og forhåpentligvis komme frem til et godt svar på min problemstilling. Et litteraturstudie har både svake og sterke sider. Fordelen med litteraturstudie er at jeg får lest mye litteratur, og dermed tilegnet meg mye kunnskap om temaet jeg skal skrive om. Jeg vil også ha tilgang til artiklene og flesteparten av bøkene jeg

har valgt igjennom hele skriveprosessen. Ulempen med litteraturstudie er at det er basert på forskning som allerede er gjort/tolket av andre. Dette kan påvirke resultatet, noe jeg må være bevisst når jeg bruker litteraturen i oppgaven (Dalland, 2000, Forsberg & Wengström, 2007).

1.3 Litteratursøk og valg av litteratur.

Jeg har søkt etter forskningsartikler igjennom skolenettverket på biblioteket sine sider. Jeg har brukt artikkelbaser som; Svemed+, Academic Search Premier, ProQuest, Cochrane, Sykepleien.no og Vård i Norden. Jeg har brukt søkeordene; Quality of life, Chronic pain, coping, pain, støtte, omsorg og nursing. Hovedsakelig har jeg søkt på engelsk, men også brukt de samme ordene på norsk. Jeg har brukt ordene alene og i ulike kombinasjoner med hverandre. Noen ord alene ga alt for mange treff, og for mange ord i kombinasjon ga ofte null treff. De fleste artiklene jeg endte opp med fant jeg igjennom Svemed+. Det er skrevet mye om kroniske smerter og om livskvalitet, men alt var ikke like relevant for denne oppgaven. I de forskningsartiklene jeg har valg ut, har jeg studert litteraturlisten godt, og igjennom dem også funnet andre relevante bøker og artikler. Jeg har også funnet mange bra fagartikler om tema kroniske smerter og livskvalitet, og bruker noen av dem i oppgaven.

Jeg har søkt etter faglitteratur på BIBSYS, jeg søkte etter bøker om støtte, omsorg, livskvalitet, kommunikasjon, sykepleie teorier, smerter og kronisk sykdom. Jeg har hovedsakelig holdt meg til fagbøker som er mindre enn 10 år gamle, men har brukt noen bøker som er eldre når jeg har funnet dem passende. Jeg har forsøkt å holde meg til forskningsartikler som er mindre enn 5 år gamle, men har begrenset meg til maksimum 10 år etter anbefaling fra veileder (Da noen eldre artikler har vært gjeldene og gode nok). Det kommer i følge Dalland (2000) stadig fram ny kunnskap innen forskning og det er derfor lurt å holde seg til forskning av nyere dato.

1.4 Kildekritikk

Jeg har brukt primærlitteratur når den har vært tilgjengelig, men jeg har også brukt sekundærlitteratur. En del pensumlitteratur er sekundærlitteratur, jeg ser likevel disse som pålitelige kilder da de har blitt godkjent som pensum for utdannelsen. Sekundærlitteratur beskriver Dalland (2000) som primærlitteratur som er bearbeidet av andre, noe som kan føre til at det opprinnelige perspektivet fra primærforfatteren er forandret. Dette har jeg vært bevisst når jeg har lest og valgt ut litteraturen. Man skal i hovedsak forholde seg til primærlitteraturen for å få det riktige perspektivet fra forfatteren, men også for å hedre den som i utgangspunktet har skrevet litteraturen (Dalland, 2000). Jeg refererer etter kriteriene fra

biblioteket og dermed vil dette kravet bli oppfylt. Noen av bøkene jeg har brukt, har forfattere som jeg også har funnet forskningsartikler og fagartikler av. Det at jeg har funnet ulike verk fra samme forfatter syns jeg gjenspeiler deres store kunnskap og erfaring på området. Dette har gjort at deres verk har fått min interesse og jeg har dermed brukt deres bøker og forskningsartikler i dette litteraturstudiet. Noen av forskningsartiklene har handlet om sykdommer og skader som gir ulike kroniske smerter. Likevel har jeg kunnet overføre mye av dette til det å ha kroniske smerter uten fokus på sykdom og årsak til smertene. Noen av forskningsartiklene er 10 år gamle, dette var øvre grensen jeg satte for forskningsartikler. Jeg fant dem passende for problemstillingen men jeg vurderte dem nøye før jeg valgte å bruke dem i oppgaven. Jeg har videre søkt etter og lest igjennom mange engelske artikler men ikke funnet dem relevante for oppgavens problemstilling. Jeg endte dermed opp med en engelsk artikkel som jeg syns var aktuell for oppgaven. Resten av artiklene er på norsk.

1.5 Etiske aspekter

Forskning må holde seg innenfor forskningsetikkens normer, disse normene sikrer at den vitenskapelige virksomheten er moralsk forsvarlig (Grønmo, 2004). Da denne oppgaven er et litteraturstudie er det viktig at jeg forholder meg til Åndsverkloven av 1961. Det vil si at all litteratur skal henvises korrekt og etter god skikk. Man kan ikke kopiere andres tekst og utgi den som egen, dette vil være plagiat og uetisk (Åndsverkloven, 1961).

4. ”Hvordan kan sykepleier hjelpe pasienter med kroniske smerter til å oppnå best mulig livskvalitet?”

I denne delen drøfter jeg problemstillingen med henhold til valgt teori og tidligere aktuell forskning, og egne vurderinger og erfaringer. Jeg har valgt å dele drøftingsdelen inn i 4 kapitler.

4.1 Å bli møtt som pasient.

I en studie av Åbyholm og Hjortdahl (1999a) kommer det frem hvor viktig det er for pasienten å bli trodd av helsepersonell. Thygesen (2001) hevder at smerten ikke kan ignoreres og bør ikke tas som en selvfølge. Vi må som sykepleiere ta hensyn til pasientens smerter og forstå den. Dette kan være utfordrene og krever et godt samspill med pasienten. For å sette oss inn i pasientens situasjon og prøve å forstå den, må vi aktivt bruke våre kunnskaper og erfaringer om smerter i møte med pasienten. Eide (2008) påpeker viktigheten med å bli anerkjent og respektert som person, dette er viktig for pasientens egen selvopplevelse. I en studie gjengitt i Eide (2008) kommer det frem at om pasientene fikk uttrykke vanskelige følelser ville dette føre til økt grad av trygghet og optimisme for pasientene (Eide, 2008). Fysiske og psykiske aspekter spiller inn på hverandre, kanskje spesielt ved smerter. Det å ha smerter over tid kan vær ensomt. Derfor vil det å ha kontakt med sykepleier og ha samtaler kunne gjøre hverdagen bedre for enkelte smertepasienter (Gjengedal & Hanestad, 2007). I en finsk studie gjengitt i Gjengedal og Hanestad (2007) kom det frem at pasienter med smerter ønsket å bli møtt av sykepleier. De ønsket at sykepleieren skulle snakke med dem når de hadde smerter og være nær dem. Dette reduserte engstelsen til pasientene (Gjengedal & Hanestad, 2007). Dette har jeg også erfart selv. Eldre som bor hjemme trenger ikke bare smertelindring og praktisk hjelp. De trenger noen og snakke med og å føle seg verdsatt, derfor er det viktig at vi tar oss tid til og setter oss ned med pasientene våre.

Et problem som kommer frem i studien til Åbyholm og Hjortdahl (1999a) er at mangelfull eller dårlig informasjon ofte er en grunn til misnøye hos pasientene. Pasientene hevder at de fikk dårlig informasjon og at de ikke ble lyttet til. Pasientene i undersøkelsen ønsket forståelse og omsorg, å bli trodd og bli tatt på alvor (Åbyholm & Hjortdahl, 1999a). Det kommer også frem i artikkelen til Thygesen (2001) at pasienter i større grad ønsker at helsepersonell lyttet til deres erfaringer og gir dem mer informasjon enn hva de får i dag. Dette bør være grunnleggende sykepleie på alle plan. Pasientens møte med helsevesenet bør oppleves god. I følge denne studien er ikke alle opplevelser med helsevesenet av det gode og dette påvirker deres følelse av å bli trodd (Åbyholm & Hjortdahl, 1999a).

Hallandsvik (2004) hevder også at mange pasienter synes de blir dårlig informert både om ting som skal skje, risiko og hvilke rettigheter de har som pasienter. Disse resultatene bør være en tankevekker for helsevesenet. Som sykepleier har man informasjonsplikt om den behandlingen vi gir (Helsepersonelloven, 1999), vi må sørge for at pasienten får god informasjon og at informasjonen blir gitt på en slik måte at pasienten forstår den. (Pasientrettighetsloven, 1999).

4.2 Hva kan bidra til økt livskvalitet?

Kroniske smerter har økt betraktelig i befolkningen de siste 20 årene. Kroniske smerter er ikke bare plagsomme, men gir også store konsekvenser for pasienten, omgivelsene og samfunnet. I følge Bentsen (2004) er det flere studier som har sett på sammenhengen mellom smerter og livskvalitet. Samtlige konkluderer med at personer med kroniske smerter har nedsatt livskvalitet. Rustøen og Klopstad Wahl (2008) hevder at hvordan vi forstår livskvalitet også vil påvirke hvordan vi ser sammenhengen mellom livskvalitet og smerte. Livskvalitet og velvære er viktige målsettinger i sykepleien som profesjon. Tar man utgangspunkt i pasientens reaksjoner på det å leve med kroniske smerter. Kan en hente frem pasientens ressurser og muligheter, istedenfor å fokusere på sykdom og begrensninger (Rustøen, 2005). I en artikkel av høgskolelektor Elin Thygesen (2001) hvor hun har intervjuet 6 pasienter kommer det frem hvordan det oppleves å leve med kronisk sykdom. Pasientene beskriver ulike følelser ved det å være kronisk syk. Thygesen (2001) skriver at kroppen kommer i et helt annet fokus enn tidligere når man lever med kronisk sykdom. Ting som tidligere var en selvfølge, blir nå gjerne til problemer. Respondentene hennes snakket om tap og skyldfølelse og at livet er mer uforutsigbart og at de manglet kontroll over kroppen (Thygesen, 2001).

I studien av Borglin, Jakobsson, Edberg og Hallberg (2004) sier de at smerte bør ha stort fokus når man som sykepleier har omsorg for eldre mennesker. De hevder at det er kjent at smerte er vanlig blant eldre og dette har negativ innvirkning på deres livskvalitet. I studien deres kommer det frem at annen hver pasient lever med smerter og 36 % av disse rapporterer sterkere smerter (Borglin et al., 2004). Studien til Åbyholm og Hjortdahl (1999b) viser at det å leve med kroniske smerter er veldig belastende. Det oppleves slitsomt å ha vondt hele tiden, mange blir også slitne av å trosse smertene og å prøve å skjule dem for sine nærmeste (Åbyholm & Hjortdahl, 1999b). Sammen med smerter er det vanlig at de eldre har fysiske begrensninger og søvnproblemer. Disse problemene gjør gjerne at de eldre automatisk begrenser sin aktivitet for å minske smertene. Noe som dermed fører til nedsatt funksjon og

gjærne større smerter i ettertid (Borglin et al., 2004).  byholm og Hjortdahl (1999b) rapporterer om store søvnproblemer blant sine 22 informanter. Mange hadde problemer med å sovne for kvelden eller våknet opp i løpet av natten på grunn av smerter ( byholm & Hjortdahl, 1999b). Som sykepleier ønsker man å hjelpe andre mennesker. Da må man først og fremst forstå hvordan pasientene v re opplever sin egen situasjon, og hvilke muligheter pasienten selv opplever at han har. Ut i fra denne forståelsen kan sykepleier bistå pasienten til å skape flere muligheter. Dette kan man gjøre igjennom å veilede og trene pasienten til å lære nye ferdigheter eller rett og slett igjennom å gi omsorg til pasienten (Konsmo, 1995).

Noen pasienter vil gjerne hevde at god livskvalitet er n r de kan gjøre de dagligdagse tingene de alltid har gjort, uten mye fokus på smerte. De vil trolig, om de lærer og leve med smerten, merke økt fysisk velvære og kjenne overskudd i form av bedre humør, lettere psyke, bedre fysikk ect. Andre pasienter vil gjerne si at god livskvalitet for dem er at de kan gå på butikken selv, reise på turer og gå tur uten å bli hemmet av smertene (Gjengedal & Hanestad, 2007). I artikkelen av Bentsen og Hanestad (2003) hevdes det at for at pasienter skal mestre kronisk sykdom, vil et av tiltakene v re å sette seg lavere mål. Det som var viktig f r en ble syk er kanskje ikke like viktig nå lengre. En er kanskje mer opptatt av helsen og mindre opptatt av materielle ting i livet. Pasienter med kroniske smerter endrer ofte perspektiver og omprioriterer verdier i livene sine (Bentsen & Hanestad, 2003). Disse omprioriteringene i livet, kan sykepleier støtte pasientene i å ta. Vi kan veilede pasientene v re og motivere dem til å sette seg nye mål i livet, gjerne litt mer langsiktige mål (Gjengedal & Hanestad, 2007). Målet for sykepleien bør derfor være å bidra og støtte pasientene slik at de blir i stand til å mestre smertene sine (Fjørtoft, 2006). Helse og livskvalitet beskrives ofte som to adskilte fenomener, men hvilken helse man har påvirker også ens livskvalitet. (Rustøen, 2001) Til tross for begrepenes ulike betydninger og tolkninger, vil disse ordene gå arm i arm igjennom livet v rt.

4.3 Hvordan kan sykepleier gi god støtte til hjemmeboende pasienter?

  møte pasienten hjemme gir sykepleieren unike muligheter (j.f 2.7). Som sykepleier kan man igjennom samtaler gi pasientene v re oppmerksomhet, støtte og nærhet. Mange pasienter har behov for å snakke om tanker og bekymringer omkring det å være syk og ha kroniske smerter (Fagermoen, 2001). Pasienter med kroniske smerter f r oftest hjelp til daglige gjøremål og utdeling av medisiner av hjemmesykepleien. Er man effektiv har man også tid til samtaler med pasienten. Mine egne erfaringer er at tidsklemma som ofte oppleves i

hjemmesykepleien kan være et vonde. Samtalen som de fleste eldre så sårt trenger og savner, er det ikke avsatt tid til. Denne gjøres gjerne underveis i arbeidet, ellers vil den gå utover andre besøk som en har senere. Dette vil være med og prege samtalens kvalitet og pasientens vilje til og være fortrolig med sykepleier. Eide (2008) hevder at å kommunisere med pasienter som har smerter, kan by på store utfordringer. For å forstå pasientene må sykepleieren kunne kommunisere med innlevelse, det vil si at man viser empati. Man må kunne variere samtalen, og man skal kunne styre og lede samtalen. Dette innebærer at vi må beherske både nonverbal og verbal kommunikasjon godt (Eide, 2008). Men dette innebærer også at man må ha tid til den gode samtalen med pasienten.

Noen av målene vi som sykepleiere bør ha for å bidra til at pasientene har best mulig livskvalitet, er at vi motiverer dem til å gjøre aktiviteter de selv synes er givende. Kanskje har pasienten en bestemt hobby som er blitt lagt på is, kanskje er det venner som de har mistet litt kontakten med. Hva er viktig for denne pasienten? Venner, kafébesøk, lesing, musikk, strikking, hagearbeid osv? Hobbyer er i følge Reitan (2005) morsomme og verdifulle begivenheter for hver enkelt pasient, og det er viktig at disse blir ivaretatt. Sykepleieren kan støtte og motivere hver enkelt pasient til å ta frem sine ressurser og muligheter slik at de kan bruke dem på hva de selv ser som meningsfylt.

4.4 Omsorg etter stoppeklokke?

Benner og Wrubel sier at omsorg er en nødvendig del av sykepleien (jf 2.4.1) (Konsmo, 1995). Å vise omsorg og bry oss om pasienten er noe som de fleste sykepleiere gjør. Kvaliteten derimot blir ofte påvirket av tidspress i arbeidssituasjonen, da ansatte nesten må arbeide etter stoppeklokke (Fjørtoft, 2006). Hjemmesykepleien har i følge Fjørtoft (2006) et problem, det er at effektiviteten blir målt i antall pasienter og sykepleierne jobber etter stramme tidsskjemaer. Dette vil jeg si er truende for omsorgen vi som sykepleiere skal yte. Rammene i hjemmesykepleien forteller oss hva vi kan gjøre og hva som er riktig og gjøre. Fjørtoft (2006) spør da om det er rammene som styrer omsorgen i praksis? Noen rammer kan en endre mens andre må en bare forholde seg til hevder Fjørtoft (2006). Problemstillingen om tidspress i hjemmesykepleien bør vi som sykepleiere ta tak i. Sykepleierne føler at de ikke strekker til på grunn av tidspress, og det er pasientene som får lide av kommunenes stramme budsjetter og effektivisering.

I hjemmesykepleien kan det være mange ulike sykepleiere innom pasienten i løpet av en uke. Det bør derfor tilstrebes å være de samme sykepleierne som går inn til pasienten da dette vil gjøre det lettere å skape gode relasjoner mellom sykepleier og pasient. Det er dessverre vanskeligere å få til en slik forutsigbarhet i virkeligheten enn på papiret. Kan denne uforutsigbarheten i hjemmesykepleien virke inn på hvilken tillit og kontakt vi får med pasientene våre? Jeg vil definitivt svare ja på det spørsmålet. Jeg har selv opplevd å bli spurt av pasienten om det er første gang jeg er hos ham/henne. Dette til tross for at jeg har gått til pasienten i over et år, og føler at jeg kjenner pasienten relativt godt. Pasientene klarer ikke å skille personalet fra hverandre på grunn av at det er for mange ulike personer innom dem i løp av en uke. Hva hjelper det om jeg som sykepleier kjenner pasienten godt, om ikke pasienten kjenner meg og har tillit til meg? Jeg hevder at en ikke vil få til den gode relasjonen mellom sykepleier og pasient om det ikke er gjensidig tillit. Tidspresset i hjemmesykepleien vil dermed negativt påvirke omsorgen vi sykepleiere yter til våre pasienter.

5.0 Avslutning

Det kommer frem ganske like funn i de ulike forskningsartiklene og teoriene sier mye av det samme. Den omsorgen vi sykepleiere viser våre pasienter, spiller en stor rolle for pasientens opplevelse av livskvalitet. De aller fleste pasienter ønsker å bli sett av helsepersonell, de ønsker å få god informasjon og de ønsker at noen lytter til hva de har å si. Livskvaliteten er vanskelig å få en klar definisjon på. Dermed kan man ikke konkret si hva som er god livskvalitet og hva som er dårlig livskvalitet. Pasienten må vurdere hva som er god livskvalitet for seg og sammen med sykepleier kan pasienten sette seg nye mål. Dette kan være små delmål som for hver enkelt pasient kan bidra til økt livskvalitet og glede over livet. Sykepleiere skal i møte med pasientene støtte dem i sykdommen, lytte til deres tanker og motivere dem til å mestre hverdagene som ofte er preget av smerter. Målene pasientene setter seg kan være små, men ha stor betydning for hver enkelt og det kan oppleves stort når målene blir nådd. Vi sykepleiere skal støtte og motivere pasientene våre til å nå disse målene. Som sykepleier i hjemmesykepleien må man alltid jobbe med klokka tikkende i bakhodet. Dette tidspresset bør man være bevisst i arbeidet, men og prøve å ikke la gå ut over pasientene våre. Vi sykepleiere bør ta tak i problemstillingen om tidspress i hjemmesykepleien. Det er pasientene som lider av kommunenes stramme budsjetter og effektivisering av helsetjenestene. Og det er sykepleierne som går hjem med dårlig samvittighet for at ikke tiden på jobb strekker til. Å gi sykepleie til kronisk syke handler om å gi pasientene omsorg og nærhet, respekt, støtte og oppmerksomhet. Det å lytte kan være godt nok, et smil i hverdagen kan snu en dårlig dag til det bedre. Sykepleieryrket byr på mange utfordringer både faglig og politisk, å bidra til økt livskvalitet til pasienter med kroniske smerter vil være en av dem.

6.0 Litteraturliste

Almås, H., Valand, E, Bilicz J. A. & Berntzen, H. (2001) *Sykepleie til pasienter med smerter*. I: H. Almås (red) *Klinisk sykepleie 1*. (3. utg.) Oslo; Gyldendal akademisk.

Bentsen, S. B (2004) Kroniske smerter og livskvalitet. *Sykepleien nr 17*. Hentet 23. Januar 2009 fra: <http://www.sykepleien.no/article.php?articleID=1074&categoryID=40>

Bentsen, S. B & Hanestad, B. R (2003) Smerter og tilfredshet med livssituasjonen hos pasienter som har gjennomgått en avstivningsoperasjon av ryggen. *Norsk Tidsskrift for sykepleieforskning* 3, 135-151.

Brodtkorb E. & Rugkåsa, M (2001) Sosiologisk og sosialantropologisk tenkemåte. I E. Brodtkorb, R. Norvoll & M. Rugkåsa (red). *Mellom mennesker og samfunn*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Borglin, G., Jakobsson, U., Edberg, A-K. & Hallberg, I.R. (2004) Self-reported health complaints and their prediction of overall and health-related quality of life among elderly people. *International Journal of Nursing Studies* 42 (2005) 147-158.

Dalland, Olav (2000) *Metode og oppgaveskriving for studenter* (3.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Eide, H & Eide, T (1996) *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal akademisk

Eide, H (2008) Kommunikasjon, relasjon og smerte I: T. Rustøen & A. Klopstad Wahl.(red.) *Ulike tekster om smerte: Fra nocisepsjon til livskvalitet*. Oslo: Gyldendal akademisk

Fagermoen, M. S (2001) Samtale, undervisning og veiledning. I: H. Almås (red) *Klinisk sykepleie 1* (3.utg). Oslo: Gyldendal akademisk.

Fjørtoft, A-K., (2006) *Hjemmesykepleie: Ansvar, utfordringer og muligheter*. Bergen: Fagbokforlaget.

- Fosberg, C & Wengström, Y (2008) *Att göra systematiska litteraturstudier* (2. utg.). Stockholm: Natur och Kultur.
- Gjengedal, E. & Hanestad, B. R (red) (2007) *Å leve med kronisk sykdom – en varig kursendring*. Oslo: Cappelens Akademisk Forlag.
- Grønmo, S. (2004) *Samfunnsvitenskapelige metoder*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Hallandsvik, J-E., (2004) *Helsetjeneste og helsepolitikk* (3.utg) Oslo: Gyldendal akademisk.
- Helsepersonelloven (1999) *Lov om helsepersonell m.v.* av 02. juli 1999 nr 64. Hentet 15. februar 2009 fra <http://www.lovdata.no/all/nl-19990702-064.html>
- Holme, I, M. & Solvang, B. K (1991) *Metode valg og metode bruk* (2. utg.). Tano AS.
- Hummelvoll, J. K (2004) *Helt- ikke stykkevis og delt* (6. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Karoliussen, M & Smebye, K. L (1997) *Eldre, aldring og sykepleie* (2.utg.) Oslo: Universitetsforlaget.
- Konsmo, T (1995) *en hatt med slør...* Oslo: Tano as
- Ljoså, T. M & Rustøen, T (2007) *Kronisk smerte I*: E. Gjengedal & B. R. Hanestad (red) *Å leve med kronisk sykdom – en varig kursendring*. Oslo: Cappelens Akademisk Forlag.
- Næss, S. (2001) *Livskvalitet som psykisk velvære*. Oslo: NOVA-rapport nr. 3. Hentet 27. januar 2009 fra: http://www.nova.no/asset/2749/1/2749_1.pdf
- Pasientrettighetsloven (1999) *Lov om pasientrettigheter* av 02. Juli 1999 nr 63. Hentet 15. februar 2009 fra <http://www.lovdata.no/all/nl-19990702-063.html>
- Reitan, A.M., (2001) *Krise og mestring. I*: A. M. Reitan & T. K. Schølberg. (red) *Kreftsykepleie*. Akribe Forlag As.

Reitan, A. M., (2005) Mestring I: U. Knutstad & B. Kamp Nielsen. (red) *Sykepleieboken 2: Teoretisk-metodisk grunnlag for klinisk sykepleie*. Oslo: Akribe.

Rustøen, T (1991) *Livskvalitet en sykepleieutfordring*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Rustøen, T (2001) *Håp og livskvalitet: en utfordring for sykepleieren?* Oslo: Gyldendal akademisk

Rustøen, T (2005) Livskvalitet og velvære I: U. Knutstad & B. Kamp Nielsen. (red) *Sykepleieboken 2: Teoretisk-metodisk grunnlag for klinisk sykepleie*. Oslo: Akribe

Rustøen, T. & Klopstad Wahl, A.(2008) Smerte og livskvalitet I: T. Rustøen & A. Klopstad Wahl (red.) *Ulike tekster om smerte: Fra nocisepsjon til livskvalitet*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Rustøen, T & Stubhaug, A., (2005) Smerter. I: Knutstad, U & Kamp Nielsen B. (red) *Sykepleieboken 2: Teoretisk-metodisk grunnlag for klinisk sykepleie*. Oslo: Akribe.

Smebye, K. L. (2005) Kontakt med andre I: N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E-A. Skaug. (red). *Grunnleggende sykepleie Bind 3*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Solheim, M & Aarheim, K. A. (red.) (2004) *Kan eg komme inn?: Verdiar og val i heimesjukepleie* (2.utg) Oslo: Gyldendal akademisk.

Thygesen, E. (2001) Pasientopplevelser og kronisk sykdom. *Vård i Norden* 21 (1) 25-29.
Hentet 22.januar fra: <http://www.artikel.nu/Bob/GetBob.aspx?bobID=1078>

Wahl, A. K. & Hanestad, B. R (2007) Livskvalitet I: E. Gjengedal & B. R. Hanestad (red) *Å leve med kronisk sykdom – en varig kursendring*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.

Østlie, I. L. & Finset, Arnstein (2004) Det går på selvfølelsen løs. *Vård i Norden*. 24 (1) 9-13
Hentet 12.februar fra: <http://www.artikel.nu/Bob/GetBob.aspx?bobID=956>

Åbyholm, A. S & Hjortdahl, P (1999a) Å bli trodd er det viktigste. *Tidsskrift for Norsk Legeforening 11, 1999*; 119: 1630-1632.

Åbyholm, A. S & Hjortdahl, P (1999b) Smertene styrer livet. *Tidsskrift for Norsk Legeforening 11, 1999*; 119: 1624- 1629.

Åndsverkloven (1961) Lov om opphavsrett til åndsverk m.v. 5. Desember 1961 nr 2
Hentet 18. Januar 2009 fra <http://www.lovdatab.no/all/nl-19610512-002.html>