



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

EKSAMENSINNLEVERING

Emnenavn: Emne 5: Sjukepleiefaglig, forskning og fagutvikling - **Bacheloroppgave**

Emnekode: **SYKHB 3001**

Eksamensform: Prosjektoppgave

Leveringsfrist: 22.02.13 kl 14.00

Kandidatnr.: 73

Antall ord: 8944

Sammendrag

Bakgrunn for valg av tema:

Smerte er den hyppigste årsaken til at pasienter oppsøker helsevesenet. Fibromyalgi og kroniske smerter er ett økende problem i samfunnet. Ca 3-5 % av befolkningen får diagnosen og 90 % av disse er kvinner. Antallet diagnostisert øker hvert år. Helsepersonell mangler generell og god kunnskap om kroniske smerter, og det er viktig å øke kunnskapen på dette fagområdet.

Hensikt:

Hensikten med oppgaven var å se om ikke-medikamentelle behandlingsmetoder som fysisk aktivitet, kognitiv adferdsterapi og avslapping kan hjelpe denne pasient gruppa med å mestre smertene.

Metode:

Denne oppgaven er en litteraturstudie. Artikkene som er valgt ut er funnet på CHINAL og SweMed+, og Den Norske Legeforening. Oppgaven er også belyst med fagartikler, faglitteratur og bøker.

Funn:

Funnene viser at ikke-medikamentell behandlingsmetoder som fysisk aktivitet og kognitiv behandling er med på å redusere smerter hos pasienter med kroniske smerter.

Oppsummering:

Det er viktig med god opplæring og informasjon om sykdommen. Ellers er det viktig med individuell tilrettelegging av behandlinger til pasienter med kronisk smerte.

Abstract

Background:

The most common reason patients seek health care is because of pain. Fibromyalgia and chronic pain is an increasing problem in society. Approximately 3-5% of the population are diagnosed and 90% of these are women. The number diagnosed is increasing every year. Health care lack good knowledge about chronic pain, and it is important to increase knowledge in this field.

Purpose:

The purpose of this study was to see if non-drug treatments such as physical activity, cognitive behavioral therapy and relaxation can help this group of patients coping with pain.

Method:

This paper is a literature study. The articles that have been selected are found at CHINAL and SweMed +, and the Norwegian Medical Association. The thesis is also illuminated with research articles, literature and books.

Results:

The findings show that non-drug therapies such as physical activity and cognitive therapy helps to reduce pain in patients with chronic pain.

Conclusion:

It is important to have good training and information about the disease. Otherwise, it is important with individual treatments to patients with chronic pain.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	4
1.1 Begrunnelse for valg av tema	4
1.2 Presentasjon av problemstilling.....	4
1.3 Avgrensning og presisering av problemstilling	4
1.4 Oppgavens oppbygging	5
2.0 Metode	6
2.1 Definisjon av metodebegrepet	6
2.2 Litteraturstudie.....	6
2.3 Litteratursøk.....	7
2.4 Valg av litteratur og kildekritikk.....	8
2.5 Etske aspekter	12
3.0 Begrepsmessige rammeverk	13
3.1 Fibromyalgi	13
3.2 Smerte	15
3.3 Smerteutredning.....	16
3.4 Smertebehandling	17
3.5 Mestring.....	18
3.6 Joyce Travelbees omsorgsfilosofi.....	19
4.0 Funn	21
5.0 Drøfting	23
5.1 Hvorfor er det viktig med god utredning og behandling?	23
5.2 Være mer fysisk aktiv	25
5.3 Mestring av smerter	28
6.0 Avslutning	30
7.0 Litteratur	31

1.0 Innledning

1.1 Begrunnelse for valg av tema

Jeg har valgt å skrive om fibromyalgi og kroniske smerter. Dette er tema jeg ønsker å lære mer om og som er aktuelt for meg som kommende sykepleier. Studier viser at dette er et omfattende og økende problem i samfunnet (Berntzen, Danielsen & Almås, 2010). Av alle voksne pasienter som oppsøker lege er 50% av disse henvendelsene på grunn av smerter. 40% har da hatt smerter i over 3 mnd (Berntzen et al, 2010). Offentlige medier og helsesektoren har de siste årene fokusert mer på smerte, og det viser seg at helsepersonell mangler generell og god kunnskap om emnet (Ljoså & Rustøen, 2007).

Som sykepleier møter man pasienter med kronisk smerter over alt i helsevesenet. Som for eksempel- akutt avdeling på sykehus, psykiatrisk avdeling, sykehjem, hjemmetjeneste. Det er derfor viktig med god kunnskap om kronisk smerter, følgene den har for pasienten og hvor viktig det er å ta pasientens utsagn på alvor (Berntzen et al., 2010). Fibromyalgi er en sykdom som rammer i hovedsak kvinner. Mange lever med langvarige generelle smerter og fibromyalgi representerer ytterpunktene blant ett vidt spekter av svært kraftige og invalidiserende symptomer (Anderberg & Bojner Horwitz, 2008). Man må lære seg å leve med smertene, og det er derfor viktig at vi som sykepleiere kan støtte og hjelpe pasienter med kroniske smerter.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Hva kan hjelpe pasienter med fibromyalgi til å mestre kroniske smerter ?

1.3 Avgrensning og presisering av problemstilling

I denne oppgaven vil jeg fokusere på ikke-medikamentell behandling av muskelsmerter/ de myofasielle smertene som pasienter med fibromyalgi opplever. Pasienter med denne diagnosen opplever også mange andre plager som for eksempel, hodepine, stølhet, trøtthet, søvnvansker og mage problemer.

Jeg vil se på hvor viktig det er med god smerteutredning. Av de ikke medikamentelle behandlingene vil jeg belyse kognitiv adferdsterapi og fysisk aktivitet kombinert med avslappings øvelser.

1.4 Oppgavens oppbygging

Først i oppgaven er metoden presentert. Forklaring av begrepene og metode, litteratursøk. Samt kildekritikk og etiske aspekter. Neste kapittel inneholder teori hvor jeg presenterer hovedbegrepene i oppgaven. Videre følger kapitlet hvor jeg presenterer mine funn. Deretter vil jeg drøfter forskning opp mot teori i forhold til min problemstilling i del 5. I del 6 er avslutningen av oppgaven min som er en oppsummering av oppgaven.

2.0 Metode

2.1 Definisjon av metodebegrepet

I Dalland (2012) blir Vilhelm Aubert definisjon på metode sitert;

... ”en metode er en fremgangsmåte, ett 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 metode.” (Dalland, 2012:81).

Man kan si at metode er ett redskap når man skal undersøke noe. Metoden hjelper oss å samle inn informasjonen som man trenger til undersøkelsen (Dalland, 2012). Man kan bruke empiriske og/eller teoretiske metode ved en innsamling av data til ett prosjekt. Bruker man en teoretisk tilnærming vil metoden bestå av en litteraturgjennomgang (Bjørk & Solhaug, 2008).

Det skilles mellom kvantitativ og kvalitativ metode etter hva man vil finne ut av i undersøkelsen. *Kvantitativ* metode former informasjonene om til målbare enheter som tall og statistikker. Her kan man finne gjennomsnitt og prosenter av en større mengde. Denne metoden baserer på spørreundersøkelser. *Kvalitativ* metode går mer i dybden og fanger opp meninger og opplevelser som ikke lar seg tallfeste eller måle. Begge metodene sikter på å bidra til en bedre forståelse av samfunnet vi lever i (Dalland, 2012). Bjørk og Solhaug (2008) siterer fra Whittermore at den kvalitative forskningen utgjør en stor del av sykepleierforskningen og har gjerne stort fokus på opplevelser og erfaringer relatert til helse og sykdom.

Denne oppgaven er en litteraturstudie hvor både kvantitativ og kvalitativ artikler vil bli benyttet.

2.2 Litteraturstudie

Litteraturstudie er å systematisk søke, kritisk granske og samle litteratur innen ett valgt emne eller problemområde (Fossberg & Wengström, 2008). I forbindelse med fordypningsoppgaver er det vanlig å bruke litteraturstudie som metode (Olsson & Sörensen, 2003). Vi har tre typer litteraturstudier:

Allmenn litteraturstudie (Overview): Kan kalles en litteraturoversikt, litteratur gjennomgang eller forskningsoversikt. Forskningsprosessen starter med en allmenn litteraturgjennomgang. Målet med allmenn litteraturstudie er å beskrive og analyserer den valgte studie, men sjelden på ett systematisk vis (Fossberg & Wengström, 2008).

Begrepsanalyse (concept analysis): En måte å gjøre begrepsanalyse på er å studerer litteratur og ordbøker. Målet med begrepsanalyse er å øke forståelsen av de konkrete fenomener som konseptet inkluderer (Fossberg & Wengström, 2008).

Systematisk litteratursøk (systematic review): For å kunne gjennomføre ett systematisk litteratursøk er det avgjørende at det finnes ett tilstrekkelig antall studier av god kvalitet som kan utgjøre grunnlaget for bedømmelse av studiene (Fossberg & Wengström, 2008). Et systematisk litteratursøk innebærer å systematisk søke, kritisk granske og sammensette litteratur innen et valgt tema eller problemområde. Målet med systematisk litteratursøk er å komme frem til syntese av data fra tidligere gjennomført empirisk studie. Den systematiske litteratursøken bør fokusere på aktuell forskning innen det valgte området og målet for å finne beslutningsstøtte for klinisk virksomhet (Fossberg & Wengström, 2008).

Denne oppgaven er inspirert av ett systematisk litteratursøk. Oppgaven er basert på litteratur fra bøker og forskning.

2.3 Litteratursøk

De databasene jeg har brukt er CINAHL, SweMed+. For å få mest mulig relevante forskningsartikler avgrenset jeg søkingen fra årstallet 2007 og frem til nåtid. Jeg søkte som Full Text og Peer Reviewd. Oversikt over søkemotorer, søkeord og antall treff vises i tabellen under.

Tabell 1: Søkemotorer, søkeord og antall treff

SØKEORD	CINAHL	SWEMED+
Fibromyalgia	247	
Fibromyalgia AND Physical therapy	35	
Fibromyalgia AND Nonpharmacological method	1	
Fibromyalgia AND Cognitive therapy	18	
Fibromyalgia AND Relaxation therapy	7	
Fibromyalgia AND Pain management	14	
Cronic Pain		208
Cronic Pain AND Female		102

Jeg har søkt etter fagartikler og forskningsartikler på sykepleien.no, Den Norske legeförening, Norsk revmatikerforbund, Fysioterapeuten og på Google scholar. Når jeg søkte i BIBSYS etter fagbøker om emnet, brukte jeg ord som: fibromyalgi, smerte/smertebehandling. Ellers leste jeg på relaterte bøker i hyllene etter hvert som jeg fant bøker jeg hadde søkt på via BIBSYS.

2.4 Valg av litteratur og kildekritikk

Metodene som brukes for å fastslå om kildene er sanne er kildekritikk. Man vurderer og karakteriserer de kildene som skal benyttes. Hensikten med kildekritikken er å gi leseren del i de refleksjonene du har gjort deg om hvilken relevans og gyldighet litteraturen har når det gjelder å belyse problemstillingen (Dalland, 2012).

Man skal kunne gjøre rede for kildene i oppgavene, på en slik måte at leseren forstår hva slags type kilder som er benyttet. Så må man videre overbevise om at kildene er tilstrekkelige til å besvare problemstillingen, både når det gjelder relevans og pålitelighet (Dalland, 2012).

Som Dalland (2012) videre skriver skal man som hovedsak forholde seg til primærlitteratur, slik at man får det riktige perspektivet fra forfatteren (Dalland, 2012).

En førstehåndskilde kalles en primærkilde, dette er selve originalen. Rapporter fra enkeltstående forsknings- eller fagutviklingsprosjekter er eksempler på dette. Ellers er også normativ kunnskap presentert i lover, forskrifter, offentlige utredninger og etiske retningslinjer en primærkilde når innholdet refereres. Bøker med teorier kan også være primærkilder (Bjørk & Solhaug, 2008). En andrehåndskilde er en sekundærkilde, der er materialet fra primærkilden bearbeidet. I noen tilfeller er bøker sekundærkilder. Referer man til en sekundærkilde støtter en seg på en annen forfatters framstilling av funn og teori. (Bjørk & Solhaug, 2008). Om man bruker primærkilde eller sekundærkilde i et prosjekt er det viktig å tydeliggjøre hvor kunnskapen er hentet fra (Bjørk & Solhaug, 2008).

I denne oppgaven er det brukt både sekundær- og primærlitteratur. Eksempel på sekundærlitteratur er Kirkevolds *"Sykepleieteorier- analyse og evaluering"*.

Primærlitteraturen i denne oppgaven er stort sett forskningsartikler og fagartikler men også noen av lærebøkene. Forskning- og fagartikler er skrevet på engelsk og noen bøker er skrevet på svensk og dansk. Når man bruker litteratur som er skrevet på et annet morsmålet, kan litteraturen ha blitt feiltolket, noe som kan påvirke resultatet av denne oppgaven. Når jeg

valgte ut forskningsartikler leste jeg abstraktet først for å se om de var relevante for min oppgave. Deretter valgte jeg ut noen som jeg leste hele, før jeg valgte ut 2 som er med i oppgaven, som blir presentert i funn. Jeg søkte også på Den Norske Legeforening på nett og fant tre forskningsartikler der om Fibromyalgi/Kronisk smerte og fysisk aktivitet/kognitiv adferdsterapi som jeg også har valgt å bruke. Når det gjelder fagartikler har jeg brukt tre fra tidsskriftet Sykepleien, og en fra tidsskriftet Fysioterapeuten. Jeg har også valgt ut en artikkel fra den svenske tidsskriftet Fysioterapi som jeg fant på SweMed+ når jeg søkte etter fag-/forskningsartikler der. Dette er en artikkel som er skrevet om en forskning som enda pågår om tilrettelegging av fysisk aktivitet individuelt til fibromyalgi pasienter.

Kriterier for litteraturen som er brukt i denne oppgaven er at den ikke skal være eldre enn 2002. Andre kriterier var at jeg fant litteratur som var relevant for min oppgave. Unntak fra dette er boka skrevet av Martin (1999) .”*At leve med fibromyalgi*”. Der han forteller om sine opplevelser med å leve med fibromyalgi. Ellers har jeg brukt fagbøker som vi har i sykepleier utdanningen. Dalland (2012) skriver at lærebøker er ett godt utgangspunkt. Disse gir en god oversikt over de mest innflytelsesrike forfatterne innenfor faget.

Presentasjon av forskningsartikler som er brukt i oppgaven:

Persson, A., Veenhuizen, H., Zachrisson, L., & Gard, G., (2008). ”*Relaxation as treatment for chronic musculoskeletal pain- a systematic review of randomised controll studies*”. Dette er en oversiktsartikkel, der 12 studier er inkludert. I studiene var det fra 27 – 357 pasienter. Fra 11 – 77 år gamle. Målet var å se om forskjellige avslappings øvelser hjelper som behandling av kronisk muskel- og skjelettsmerter. Det ble brukt forskjellige teknikker som muskelavslapping, trening, hypnose. Resultat var at det avtok smerter, angst, depresjon, og fatigue. De fikk bedre balanse og koordinasjon, bedre mobilitet og de økte bruken av mestringsstrategier. Resultatet viser at avslappings øvelser kan være effektiv for denne pasient gruppen med nedgang i smerte intensiteten. Svakheter ved studien er det forskjellige antallet med pasienter i de forskjellige studiene som kan påvirke resultatet, og at det var forskjellige formåle med studiene.

Panton, L., Figueroa, A., Kingsley, J., Hornbuckle, L., Wilson, J., St. John, N., & McMillan, V., (2009). ”*Effects of resisteant training and chiropractic treatment in women with fibromyalgia*”. Dette er en kvalitativ studie. 27 kvinner deltok i undersøkelsen. Disse ble delt opp i to grupper. Treningen skulle være i en periode på 16 uker, der de trente to ganger i uken.

En gruppe trente styrke trening og den andre med styrke trening og kiropraktorbehandling. Formålet med denne studien var å evaluere effekten av styrketrening og kombinasjon av styrketrening og kiropraktor behandling. Dette for å se om deltakerne fikk bedring i styrke, smidighet og balanse, og for å se om det reduserte smerte relatert til fibromyalgi. Studien viser at en flerdimensjonal tilnærming er viktig hos kvinner med FM. Svakheter ved studien er at den ikke er evaluert for kiropraktor behandlingen alene, derfor kan en ikke konkludere med at kiropraktor behandling alene gir fordeler. Kombinasjonsgruppen hadde bedre tilslutning enn gruppen med bare styrketrening.

Malterud, K., (2010). "*Kronisk muskelsmerter kan forklares på mange måter*". Dette er en oversiktsartikkel. Forfatteren baserer studien på utvalgte referanser basert på sin egen erfaring som allmennlege, forsker og formidler, og på sin egen praksis som har relevans for studien. Hun skriver at muskelsmerter skapes og vedlikeholdes av komplekse årsaker. Rehabilitering og trening gir gode behandlingsresultater men er ikke nok til å bryte den onde sirkelen. Svakheter ved studien er at den kan være noe subjektiv fra forfatter siden den er skrevet på bakgrunn av blant annet hans erfaringer som allmennlege, forsker og formidler.

Kurtze, N., (2004). "*Fibromyalgi-effekt av fysisk trening*". Dette er en oversiktsartikkel. Han plukket ut 17 relevante studier. Varigheten av den fysiske aktiviteten var fra 25-90 minutter og 1-3 ganger i uken. En kombinert treningsform og kognitiv adferdsterapi gir bedret funksjon og mestringsevne. Trening som bekjemper dårlig fysisk form uten å utløse smerte bør prioriteres i behandling av fibromyalgi. Svakheter ved studien er at det er ulikt antall deltakere og ulike mål og behandlingsopplegg på de forskjellige studiene. De fleste studiene varte kun i få uker og det er derfor behov for flere og lenger oppfølgingsstudier for å påvise effekter.

Wigers, S.H., & Finset, A., (2007). "*Rehabilitering ved kronisk myofascielle smertetilstander*". Dette er en kvantitativ studie. Det er 200 pasienter som deltok i studien, derav 191 kvinner og 9 menn. Gjennomsnittsalderen var 47 år. Dette var ett fire ukers rehabiliteringsprogram som omfattet informasjon, kognitiv adferdsterapi, fysisk aktivitet og avslapping. Svakheter ved studien var at det kan ha svekket resultatene at det ble inkluderte pasienter som tradisjonelt ville vært ekskludert fra behandlingsstudiet.

Presentasjon av noen fagartikler som er brukt i oppgaven:

Husebø, E.M., Fongen, C., Klokkeud, M. & Zangi, H.A., (2010). *"Tåler å være fysisk aktive"*. Denne artikkelen handler om hvordan sykepleier kan være med på å hjelpe pasienter med revmatisk sykdom til økt fysisk aktivitet. At det er viktig å oppmuntre og tilrettelegge for at pasientene skal få en god mestringsopplevelse.

Bentsen, S.B., (2004). *"Kroniske smerter og livskvalitet"*. Artikkelen handler om kroniske smerter og hvordan den forandrer livssituasjonene til pasienter. Pasienter som lever med kroniske smerter får en forringet livskvalitet, man må ta hensyn til smertene i dagliglivet. Pasienter med mest smerte føler seg triste, noen er irritable og trekker seg tilbake, andre er fortvilet og føler håpløshet fordi de ikke klarer de daglige aktivitetene.

Presentasjon fra noen av bøkene jeg valgte ut til min oppgave:

At leve med Fibromyalgi (1999) skrevet av Guni Martin. Forfatteren har fibromyalgi og jeg anser denne boken som aktuell da den er skrevet både på de vitenskapelige fakta om sykdommen og av forfatterens personlige erfaringer og opplevelser. Boken er anbefalt av fysioterapeut. *Fibromyalgi – på grund av stress?* (2007) skrevet av Anderberg & Bojner Horwitz. Denne boken er anbefalt av Norsk revmatikerforbund og Norges Fibromyalgi Forbund. Den er en grundig innføring i hva fibromyalgi er og hvordan sykdommen kan behandles. Jeg anser den da som høyst aktuell i min oppgave. *Å leve med kronisk sykdom- en varig kursendring* (2007) (Red.). skrevet av Gjengedal & Rokne Hanestad. Denne boken er en generell innføring i kronisk sykdom, forandringen dette medfører for pasienten, og hvordan få hjelp til en kursendring.

Smarter- en lærebok for helsepersonell (1996) skrevet av McCaffery & Beebem. Her får man en innføring i begrepet smerte/kronisk smerte og hvordan hjelpe pasienter med smertelindring. *Kronisk smerter- kan man lære at leve med det?* (2011) skrevet av Frølich og *Smertehåndtering* (2008) skrevet av Turk & Winter. Dette er innføringsbøker som skal gi pasienten en god forutsetning for å forstå sin situasjon, og lære selvhjelp i forhold til smerteproblemet. Den viser sammenhengen mellom smerte, stress, følelser tenker og de nye behandlingene som ACT og kognitiv adferdsterapi - som er den best dokumenterte retningen innen for psykologisk smertebehandling. *Att förstå patienter med smärta* (2005) skrevet av Linton. Denne boken tar opp kommunikasjon med pasientene og viktigheten av det. Den tar

også for seg problemer som man som sykepleier kan møte på i arbeidet med pasienter med kronisk smerte.

Trøning – i forebyggelse, behandling og rehabilitering (2008) (Red.). skrevet av Beyer, Lund & Klinge. Denne boka tar for seg trening i forhold til kronisk syke mennesker. Og legger vekt på forebygging, behandling og rehabilitering.

2.5 Etiske aspekter

Etikk dreier seg om normer for riktig og god livsførsel. Etikken skal gi oss veiledning og grunnlag for vurderinger før vi handler, når vi er stilt overfor vanskelige avgjørelser (Dalland, 2012).

Det overordnede målet for forskningen er å få ny kunnskap for å øke forståelsen av den verden vi lever i og om mulig å skape positive forandringer (Olsson & Sørensen, 2003). All forskning må forholde seg til forskningsetiske normer. Og det er strenge etiske krav til prosjekter som gjelder forskning med pasienter. Det er krav fra ulike hold. På internasjonalt nivå er det Helsinkideklasjonen (1964) som stiller krav til forskningen. På det nasjonale nivået er det Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) og Nasjonal Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) (Bjørk & Solhaug, 2008).

Denne oppgaven er en litteraturstudie og jeg har brukt retningslinjer for henvisning av litteratur etter HSH sine retningslinjer. Dette for å unngå plagiat da det vil være uetisk (Olsson & Sørensen, 2003). Jeg har på denne måten behandlet kildene med respekt.

3.0 Begrepsmessige rammeverk

3.1 Fibromyalgi

Ordet fibromyalgi er en sammensetning av latinsk og gresk og betyr:

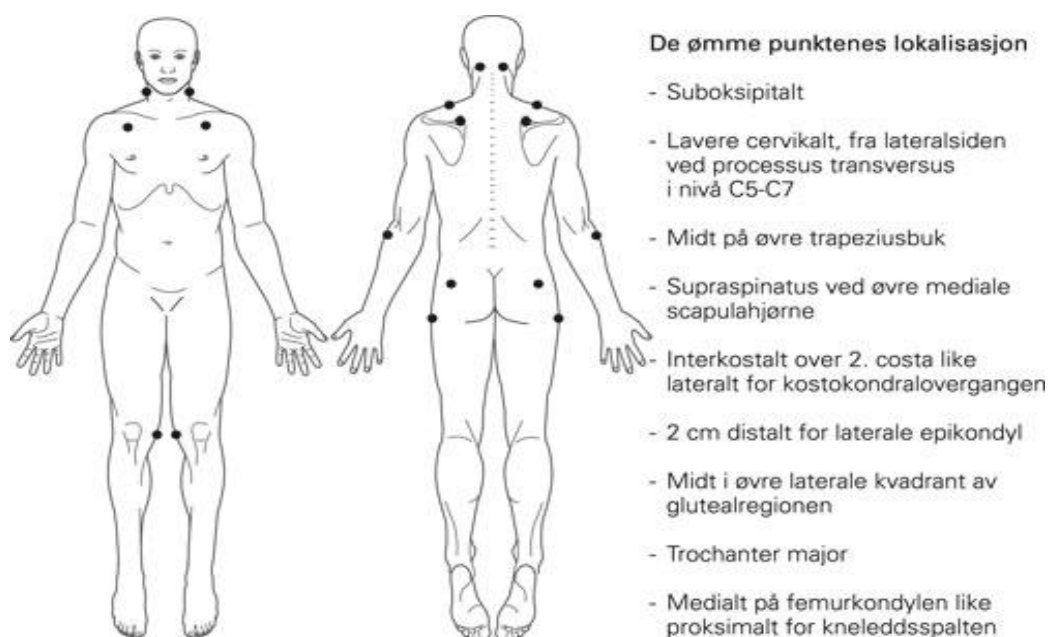
fibra- forbindende vevsfibre, bindevev, *my*- muskel, *algia*- smertefornemmelse (Martin, 1999).

Ca 3-5 % av befolkningen, eller 4-7 % av alle kvinner rammes av fibromyalgi. Av alle som rammes er andelen kvinner 90 %. Biologiske og psykososiale faktorer er det som mest sannsynligvis er årsaken til at det er flest kvinner som rammes (Anderberg & Bojner Horwitz, 2008).

Fibromyalgi ble omtalt allerede på 1816 tallet av Wiliam Balfour, en kirurg som jobbet ved Edinburghs universitet. Man har gjennom tidene brukt flere benevnelser for lidelsen, man har trodd at det skyldes psykologiske problemer eller inflammatoriske forandringer. Men i 1987 ble det anerkjent i Amerika at det var en fysisk sykdom. Den ble da akseptert som en kronisk, ikke inflammatorisk lidelse, som har alvorlige konsekvenser for dem som får den (Martin, 1999).

I følge American College of Rheumatology`s (ACR) fibromyalgikriterier er det 11 av 18 spesifiserte punkter/muskelfester som skal være smertefulle ved trykk på 4 kg (Anderberg & Bojner Horwitz, 2007). Punktene det er snakk om er ikke identiske med triggerpunkter, da det ikke er noen smerteutstråling fra punktet til andre deler av kroppen. Kriteriene for å få diagnosen fibromyalgi er at 11 av disse 18 punktene skal være ømme, smertende eller sterkt smertende over en periode på 3 mnd får man diagnosen. Trykket skal legges på *begge* sider av kroppen samtidig og smertene skal være på både øverste og nederste del av kroppen (Martin, 1999).

Se de 18 punktene forklart på tegningen på neste side:



(Hentet fra Wigers & Finset, 2007).

ACRc fibromyalgi kriteriene gjelder ikke andre symptomer enn smerte og ømme punkter.

Men denne gruppen pasienter sliter en rekke andre fysiske og psykiske symptomer, som for eksempel:

- søvnproblemer
- spenningshodepine
- migrene
- sterk tretthet
- magebesvær
- konsentrasjons- og hukommelses problemer
- svimmelhet
- nedstemthet
- redusert toleranse for stress og støy
- uro m.m. (Anderberg & Horwitz, 2007).

Mange fibromyalgi pasienter lider av kognitive vansker, som vil si at de har problemer med hukommelse, konsentrasjon og tankevirksomhet. Disse problemene bidrar til funksjonshemming, og en del pasienter med fibromyalgi synes dette er de verste problemene i kombinasjon med tretthet og søvnvansker (Anderberg & Bojner Horwitz, 2007). Mange pasienter er plaget med dårlig søvn, samme hvordan de snur og vender seg så har de smerter. Får man ikke nok dyp søvn i løpet av natten, forverres både smertene og trettheten. Over tid

fører søvnmangelen til at man blir nedstemt og irritabel, får problemer med å tenke klart, konsentrere seg og huske ting. Man kan til og med utvikle uro og angst (Anderberg & Bojner Horwitz, 2007).

Å sette denne diagnosen kan være en utfordring da den ikke viser noen avvik ved rutinemessige blodprøver eller røntgenundersøkelser. Man har utelukkende måtte støtte seg til pasientens subjektive opplevelse og beskrivelse av plagene (Anderberg & Bojner Horwitz, 2008). De fleste fibromyalgi pasientene blir henvist til somatiske helsevesenet, fordi de som oftest søker hjelp for de mest uttalte plagene som smerte, stivhet og tretthet. Før ble mange pasienter utredet av spesialiseringen revmatologi, dette fordi disse smertene også minner om de samme smertene som ved revmatoid artritt eller andre revmatologiske sykdommer. I dag blir de fleste pasientene behandlet av fastlegen (Anderberg & Bojner Horwitz, 2007).

Det er vanlig at pasienter med fibromyalgi har en, som oftest kvinnelig, slektning som har hatt smerter i kroppen eller ledd. Noen har også slektninger med revmatoid artritt eller annen revmatisk sykdom. Man ser også at noen av de som har en revmatisk sykdom kan utvikle fibromyalgi på et senere stadium (Anderberg & Bojner Horwitz, 2007).

Det er per i dag ingen helbredende behandling av fibromyalgi (Jespersen, 2008). Fibromyalgi er en sykdom som er sammensatt og rammer ulikt og som omfatter blant annet stress-, hormon-, immun- og smertesystemer. Dette gjør at behandlingen må rettes mot flere systemer samtidig for at pasienten skal oppnå en optimal langvarig forbedring (Anderberg & Bojner Horwitz, 2007).

3.2 Smerte

Begrepet smerte er multidimensjonalt og påvirkes av aldre, kjønn, utdanning, arbeidssituasjon og økonomisk situasjon (Bentsen, 2004). En definisjon på smerte er: ”smerte er en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse som følge av faktisk eller potensiell vevsødeleggelse.” (Berntzen, Danielsen & Almås, 2010). Smerte kan være både aktivitet i nociceptorer og en emosjonell opplevelse. Nocicepsjon er en prosess i perifere og sentrale nerver forårsaket av stimuli fra vevsskader. Mens smerte er den totale opplevelsen (Ljoså & Rustøen, 2007). Man vet per i dag at smerte i seg selv er skadelige fordi de forsinker helbredelse og øker risikoen for varige følger av skaden (Frølich, 2011).

Ifølge Internasjonal Association for Study of Pain (IASP) er smerten ”alltid subjektiv” (Berntzen et al, 2010), og er derfor lite tilgjengelig for andres kontroll. Bare den som kjenner den selv, kan vite hvordan den føles, intensiteten og hvor lenge den varer (Berntzen et al., 2010). Smerte påvirkes av mange faktorer som enten kan forverre eller redusere smerteopplevelsen. Smerte oppleves forskjellig fra person til person, en bestemt smertestimulus kan gi varierende smerteopplevelser. Også graden av smerte kan variere fra en situasjon til en annen (Berntzen et al, 2010).

Det er ett skille mellom akutte og kroniske smerter. De akutte smertene oppstår ved vevsskade, for eksempel kuttskader, brudd, brannskader, fødsler og kirurgi. Smerte signalene har en beskyttende funksjon. Som for eksempel gi oss signaler om å avslutte en handling eller aktivitet for å unngå skade. Det kan og være ett signal på sykdom. Akutte smerter avtar når årsaken til smerten leges og er gjerne kortvarige (Berntzen et al, 2010). Akutte smerter kan bli kronisk smerte (Frølich, 2011).

Kroniske smerter opptrer vanligvis daglig og er langvarige, det vil si mer enn tre mnd (Berntzen et al, 2010). En definisjon på kronisk smerte er: *smerte som har vart i tre mnd eller mer, som er daglig eller som kommer regelmessig tilbake, som har ikke-livstruende årsaker, som ikke er blitt lindret med tilgjengelig behandlingsmetoder, og som kan komme til å vare resten av pasientens liv* (McCaffery & Beebe, 2001:180). Disse smertene har ikke noen fysiologisk funksjon. Kroniske smerter kan igjen være somatisk, visceral og/eller neuropatisk (Ljoså & Rustøen, 2007). Det skjer endringer i grunnleggende biologiske mekanismer som immun-, nerve- og hormonsystemet, ved kronisk smerte. Det ser ut som at immunsystemet og hormonelle stressmekanismer virker sammen ved kroniske smertetilstander ved blant annet frigjøring av cytokiner og kortisol, det kan være med på å opprettholde de kroniske smertene (Berntzen et al, 2010).

3.3 Smerteutredning

Å få satt en diagnose er en melding til pasienten at smertene har sin forklaring, og at det finnes behandling og ett håp. Da kan pasienten legge fra seg frykten og bekymringen for andre sykdommer (Malterud, 2010). Pasienten trenger grundig informasjon om årsaken til smertene, for å gi de trygghet og en forståelse for hva som kan forverre, vedlikeholde og

forbedre smertene (Wigers & Finset, 2007). Pasientene kan ha vansker med å følge opp den behandling som blir anbefalt fordi det er vanskelig å få det til å passe inn i det hverdagslivet de lever (Malterud, 2010).

For at en smertebehandling skal bli optimal, er det viktig med en grundig smertekartlegging. Smertekartlegging må være nøyaktig. Man må vite hvor sterke smertene er når behandlingen starter, slik at man ser effekten av behandlingen (Rustøen & Stubhaug, 2010). Kartleggingen går ut på å samle informasjon om smertens lokalisasjon, kvalitet, intensitet, variasjon og varighet (Berntzen et al, 2010). Hos pasienter med smerter over tid, er det viktig å kartlegge hvordan smertene påvirker dagliglivet (Rustøen & Stubhaug, 2010).

3.4 Smertebehandling

Det er både medikamentelle behandling og ikke-medikamentelle behandling tilgjengelig mot smerter. Medikamentell behandling er den mest alminnelige behandlings metoden mot smerter (Turk & Winter, 2008). Pasienter med kroniske smerter tar medikamenter som i beste fall kun hjelper og fjerner ”toppen av smertene” (Turk & Winter, 2008). Per dags dato finnes det ingen behandling som kan fjerne alle smerter for alle mennesker, hele tiden (Turk & Winter, 2008). Målet med smertebehandling av kroniske smerte er å minske smerteintensiteten maksimalt uten å forvente at smertene blir helt borte, og å oppnå optimal livskvalitet og funksjonsnivå (Bentsen, 2004). I denne oppgaven skal jeg fokuserer på noen av de ikke-medikamentelle behandlingsalternativer.

Ikke-medikamentell behandling også kalt ikke-invaderende tiltak for smertelindring er smertelindring som ikke bryter hud eller slimhinner. Eksempler på dette er massasje, varme og kuldebehandling, vibrasjon, transkutan nervestimulering (TNS), fysisk aktivitet og kognitiv adferdsterapi (McCaffery og Beebe, 1996).

De behandlingene en fysioterapeut kan tilby er TNS, mental/avspenning, pusteteknikker, akupunktur, massasje/varme, bassengtrening og ulike former for kroppsbevissthets- og selverkjennings- og trening. Andre mer dyptgående behandlingsmetoder er danseterapi, musikkterapi, bildeterapi, hypnoseterapi, kognitiv atferdsterapi, samt former for samtalerapi- dette er en ny generasjonsbehandlinger (Anderberg & Bojner Horwitz, 2007).

3.5 Mestring

Ordet mestring brukes i dagligtale som å klare seg, å greie seg og å få til noe. Mestring er et allmennmenneskelig fenomen og en del av sosialiseringprosessen. Generelle sider ved mestring er når man tilpasser seg og lærer seg nye ferdigheter. De mer spesielle sidene ved mestring er når man kommer opp i spesielle situasjoner som er så belastende at man får problemer med å mestre dem eller man bryter sammen (Reitan, 2010). Lazarus og Folkman sin definisjon på mestring: ”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” (Hanssen og Natvig, 2007:47). I denne definisjonen fremheves det at mestring er alt som individet foretar seg, uavhengig om resultatet blir godt bra eller dårlig på kort eller lang sikt (Hanssen og Natvig, 2007).

Lazarus og Folkmans teori om stress og mestring er den teorien som er mest anvendt innen sykepleierforskning (Hanssen og Natvig, 2007). I følge Lazarus skjer det en automatisk vurdering av situasjonen på flere nivåer, når man står over for en mestringsutfordring (Reitan, 2010). Personen tar først en *primærvurdering*, den avgjør om personen opplever hendelsen som stressende eller ikke (Hanssen og Natvig, 2007). Blir situasjonen særlig stressende oppleves det som en trussel. Greier en å bevare sine personlige mål, vil en reagerer med positive følelser på det som skjer. I motsatt vil en få negative følelser. Blir velværet eller selvpoppfatningen truet, vil reaksjonen være for eksempel, angst, sinne eller skam. Blir selvpoppfattelsen bekreftet kan en reagerer med glede og stolthet. Etter en primærvurdering er situasjonen oppfattet som enten nøytral, positiv eller stressende (Reitan, 2010).

En *sekundærvurdering* er vurdering av hvilken muligheter en har til å mestre situasjonen. Hensikten er å finne hvilken mestringsstrategi som kan anvendes (Hanssen og Natvig, 2007). Personen foretar en *revurdering* underveis og/eller etter mestringen, denne revurderingen er vurdering av anvendt strategiers effekt og resultatet av mestringen. Man deler effekt av mestring inn i kortsiktige og langsiktige resultater, der de kortsiktige resultatene er endrede følelser og tanker og faktisk endring som følge av mestringen. Langsiktige resultater vises ved mestring over flere situasjoner, ha innflytelse på helse, velvære og livskvalitet (Hanssen & Natvig, 2007). Ved disse tre vurderingsformene vil personen danne forestillinger, tolke, føle, vurdere og velge handlinger. Dette skjer som regel automatisk og ubevisst (Reitan, 2010).

Lazarus og Folkman fremhever i sin teori at stress oppstår i relasjon mellom person og miljø, da får man frem at personen må betraktes ut ifra den situasjonen han befinner seg i (Hanssen

og Natvig, 2007). Lazarus og Folkman skiller mellom to måter å møte stressfylte situasjoner på. Den ene er problemorientert mestring som dreier seg om ulike strategier for å løse problemet eller hankses med en vanskelig situasjon. Her stiller personene seg direkte og aktivt til problemet. Den andre måten er emosjonsorientert mestring som omfatter strategier som tar sikte på å endre opplevelsen av situasjonen (Reitan, 2010).

3.6 Joyce Travelbees omsorgsfilosofi

Travelbees definisjoen på sykepleie er:

”Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktiker hjelper et individ, en familie, eller et samfunn i å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og, om nødvendig, å finne mening i disse erfaringene” (Kirkevold, 2001:113)

De viktigste begrepene i Travelbees teori er: menneske som individ, lidelse, mening, menneske-til-menneske-forhold og kommunikasjon. Hun tar utgangspunkt i at mennesket er ”et enestående, uerstattelig individ- et en gang-eksisterende-vesen i denne verden, lik, men også ulik hver eneste person som noen gang har levd eller noen gang vil leve” (Kirkevold, 2001:114). Men det konkrete menneskets opplevelse av disse erfaringene er bare dets egne (Kirkevold, 2001:114).

I Travelbees teori skisserer hun to metoder for sykepleie, den terapeutiske bruken av seg selv, mer konkret: interaksjon og kommunikasjon for å opprette et menneske-til-menneske-forhold, og en disiplinert, intellektuell tilnærming her identifiseres sykepleiebehovet og planlegging av tiltak for en løsning. Hun utdyper mest den første metoden. Denne metoden innebærer selvinnsikt, kunnskap og teknikker og bestemte holdninger og verdier (Kirkevold, 2001).

Menneske-til-menneske-forholdet er viktig. Dette forholdet er en prosess og ett middel til å oppfylle den sykes behov for pleie. Sykepleieren står ansvarlig for å opprettholde forholdet, men dette er en gjensidig prosess, og sykepleieren kan ikke gjøre dette alene. Dette forholdet forutsetter at individet reagerer på den andres ”menneskelighet” (Kirkevold, 2001).

Den interaksjonen som skjer mellom pasient og sykepleier, er i stor grad kommunikasjon. Når to mennesker møtes, skjer det kommunikasjon både nonverbalt og verbalt. Hensikten med kommunikasjon er å bli bedre kjent med pasienten for å bedre kunne finne frem til og

oppfylle hans behov (Kirkevold, 2001). I følge Travelbee skal kommunikasjonen være ”velgjørende”. Det er en komplisert prosess, og den krever bestemte forutsetninger, som for eksempel kunnskap, evne til å anvende kunnskap, sensitivitet og en velutviklet sans for ”timing”, og man må kunne mestre forskjellige kommunikasjonsteknikker (Kirkevold, 2001). Brudd eller alvorlige forstyrrelser i kommunikasjonen kan skje. Som for eksempel at man ikke oppfatter pasienten som et menneske, eller det å ikke oppfatte forskjellige nivåer av mening i kommunikasjonen. Her kommer den ”terapeutiske bruken av seg selv” inn. Det vil si at man bruker seg selv bevisst, personligheten og kunnskapen, for å bidra til forandring hos pasienten. Når man avhjelper personens plager er forandringen terapeutisk (Kirkevold, 2001). Travelbee sier at terapeutisk bruk av seg selv krever selvinnikt, forståelse av dynamikken i menneskers handlinger, engasjement og evne til å tolke egne og andres handlinger og gripe inn på en effektiv måte (Kirkevold, 2001).

Det er sykdom og lidelse som konkrete menneskelige erfaringer, og problemer knyttet til å mestre disse og finne mening i dem, som er i fokus som sykepleiens problemområde. Målet med sykepleien er å forebygge sykdom og lidelse og å fremme helse (Kirkevold, 2001). Sykdom og lidelse er personlige erfaringer, Travelbee mener at den opplevelsen man har med sykdom og lidelse er meningsfulle erfaringer og er en viktig mulighet til selvutvikling. Og hensikten med sykepleien er å hjelpe den syke til å utholde og mestre sykdommen og lidelsene og å finne meningen i disse erfaringene (Kirkevold, 2001). Med opplevelse av mening, mener Travelbee, det å føle seg nødvendig for noe eller noen, det gir livet betydning. Mennesker trenger ofte hjelp til å finne mening i tilværelsens ulike faser (Kirkevold, 2001). Håpet er sannsynligvis den viktigste faktoren som gjør et menneske i stand til å bære byrden av sykdom og lidelse, i følge Travelbee. Hun sier at personer som håper er aktive, og videre vil aktiviteten gjenspeile både indre og ytre atferd og energi. Man opplever da håpet som både positivt og stimulerende (Lohne, 2010).

4.0 Funn

Utredning:

Pasienten trenger grundig informasjon om årsaken til smertene, for å gi de trygghet og en forståelse for hva som kan forverre, vedlikeholde og forbedre smertene (Wigers & Finset, 2007). Malterud (2010) skriver at kroniske muskelsmerter oppfattes som uforklarlig, fordi det er ingen felles samsvar mellom pasientens subjektive symptomer og behandlers objektive funn. Å få satt en diagnose gir pasienten en forklaring, og pasienten kan legge fra seg frykten om andre sykdommer. Men når pasienten har fått en kronisk diagnose kan ordet kronisk gi sterke assosiasjoner til noe håpløst (Malterud, 2010).

Kurtze (2004) sin studie viser at det var ingen vesentlig forbedring av smerteopplevelsen, men antall ømme punkter og myalgiske skårverdier kan reduseres. Tretthet og søvn påvirkes i liten eller ingen grad, men det var en viss bedring i funksjonsevnen. I studien til Panton et al, (2009) skulle deltakerne ikke ta revmatologiske medisiner 24 timer før de møtte revmatologen før testing. Deltakerne fikk målt funksjon og styrke, og ble kartlagt for sine ømme punkter, på ulike dager med minst 72 timer imellom. Etter 16 uker hadde alle deltakerne betydelig bedring på alle målingene som var gjort, altså styrke, smidighet og ømme punkter. Balanse og koordinasjon ble bedre og også utholdenheten.

Panton et al, (2009) og Kurtze (2004) ble det brukt FIQ for å kartlegge smerte og funksjonalitet hos pasientene. Wigers & Finset (2007) brukte VAS og FIQ for å kartlegge smerte og funksjonalitet. Persson et al, (2008) ble stort sett brukt VAS skjemaet for å evaluere smerte intensiteten.

Være mer fysisk aktivitet:

Wigers & Finset (2007) skriver at et fire ukers flerdimensjonalt rehabiliteringsprogram gjorde at pasientene med FM og kronisk muskelsmerte oppnådde en symptomreduksjon og at de hadde en bred, rask og vedvarende effekt. 30% av pasientene tilfredsstilte ikke lenger fibromyalgidiagnosen etter avsluttet opphold. Kurtze (2004) skriver at lavdosert fysisk aktivitet har en viss effekt ved fibromyalgi. Videre fant de ut at de fleste fibromyalgi pasienter har en redusert bevegelse på grunn av manglende fysisk aktivitet. Panton et al., (2009) skriver at styrketrening forbedrer styrke, FM innvirkninger, og styrker funksjonaliteten til kvinner som lider av FM. Studien støtter ideen om at alternativ behandling som trening også er viktig i behandling av pasienter med fibromyalgi. Etter 16 uker hadde alle deltakerne

betydelig bedring på alle målingene som var gjort, altså styrke, smidighet og ømme punkter. Balanse og koordinasjon ble bedre og også utholdenheten. Person et al., (2008) sier at i denne studien er resultatet stor forbedring i smerte intensiteten med en gang etter behandling. Malterud, (2010) sier at flerfaglig rehabilitering og treningsbehandling har gitt gode resultater ved kroniske smerter.

Mestring av smerter:

Kurtze (2004) sier at en kombinasjon av kognitiv adferdsterapi/opplæring og fysisk aktivitet bedret funksjonen, symptomer, livskvalitet og mestringsforventning. Dette virker som å være mer effektiv enn bare trening alene. Person et al, (2008) sier at avslappings teknikker hjelpe pasientene til å reduserer og kontrollere bedre sine symptomer og kroniske smerter forårsaket av FM. Malterud (2010) sier at trening og undervisning ikke alltid er nok til å bryte den onde sirkelen som pasienter med kroniske smerter ofte havner i. Ved å stimulerer til mestring hjelper man pasienten til å bryte sirkelen.

5.0 Drøfting

I denne oppgaven skal jeg drøfte problemstillingen:

Hva kan hjelpe pasienter med fibromyalgi til å mestre kroniske smerter ?

5.1 Hvorfor er det viktig med god utredning og behandling?

Forskning viser at det er viktig med en grundig utredning og god oppfølging av denne pasientgruppen (Malterud, 2010). Videre skriver Malterud at læring kan påvirke immunresponser, dette er igjen avhengig av individuell sårbarhet. Da ser man viktigheten i at man får god informasjon/læring på den diagnosen man har fått. Når man vet hvorfor det gjør vondt i de ulike situasjonene og har en forklaring på det, vil pasienten føle mindre angst for symptomene som dukker opp.

Wigers & Finset (2007) forteller om pasienter i undersøkelsen som følte at helsevesenet ikke klarte å finne ut hva som feilte de, og de følte at de ikke ble trodd eller ivaretatt. Dette førte til negative tanker og følelser hos pasientene. Dette viser hvor viktig det er at helsepersonell viser pasientene respekt, forståelse og tar de på alvor. Bentsen (2004) skriver i sin artikkel om pasienter med kroniske smerter, at de følte at de ikke ble tatt på alvor, og at helsevesenet har gitt dem opp, dette fremkaller fortvilelse over manglende håp om bedring. Dette er i tråd med Travelbee som nevner hvor viktig håpet er for å bære byrden av sykdommen (Kirkevold, 2001). Malterud (2010) skriver at når pasienten har fått en diagnose, kan pasienten legge fra seg frykten og bekymringen for andre sykdommer. Da forstår de at lidelsen har en forklaring og at det finnes behandling og ett håp. Det er individuelt hvordan pasienter med fibromyalgi forstår opphavet til de kroppslige signalene som gir dem uttrykk i symptomer og plager (Anderberg & Bojner Horwitz, 2007). Å ha fokus på å yte omsorg for seg selv og sine behov, både de kroppslige og sjelelige, kan være vesentlig for behandlingsforløpet og resultatet. Velvære reduserer smerteopplevelsen som denne gruppen pasienter har (Anderberg & Bojner Horwitz, 2007).

Smerte, er som nevnt tidligere, karakterisert som en subjektiv opplevelse og derfor er pasientens selvrappport den mest anbefalte måten å kartlegge smerte på. Helsepersonell er ikke gode nok på å kartlegge smerteintensiteten, og det skjer ofte at de undervurderer pasientens smerteproblemer (Ljoså & Rustøen, 2007). Smertekartlegging foregår ved at pasienten forteller om smerten han opplever (Rustøen & Stubhaug, 2010). I dag er det i bruk både endimensjonale og flerdimensjonale metoder for å kartlegge smerte (Ljoså & Rustøen, 2007). Eksempler på endimensjonale kartleggingsmetoder, disse måler som regel smerteintensiteten:

Numerisk Rangering Skale (NRS) pasienten vurderer smerten sin på en skala fra 0 til 10. 0 er ingen smerte og 10 er verst tenkelig smerte. Verbal Vurderings Skala (VVS) pasienten vurderer smerten som ingen smerte, liten, moderat eller sterk smerte. Visuell Analog Skala (VAS) pasienten setter ett kryss på en linje som er 100 mm lang. 0 er ingen smerte og 100 er verst tenkelig smerte (Ljoså & Rustøen, 2007). Flerdimensjonale kartleggingsmetoder vurderer flere faktorer ved smerte. Eksempel på dette er smerteintensitet, smertekvalitet eller smerte karakteristika, når på dagen smerten er best/verst, forverrende/forbedrende faktorer og hvordan smerten påvirker dagliglivet (Ljoså & Rustøen, 2007). McGill Pain Questionary (MPQ) er ofte i bruk under smertekartlegging (Berntzen et al, 2010). Dette er ett velkjent og ofte brukt skjema og det er utarbeidet en kortversjon som er tidsbesparende (McCuffery & Beebe, 2001). Skjemaet måler både smertens *sensoriske* del som beskriver stimulansen av smerte for eksempel varm og brennende, *affektive* del som beskriver de følelsesmessige aspekt for eksempel kvalmende og mattende, og *vurderende* del som antyder graden av lidelse for eksempel irriterende og plagsom (Bentsen, 2004). Skalaen går fra 0- ingen smerte til 10- verst tenkelig smerte (Berntzen, 2010). Det er også utarbeidet er skjema for fibromyalgi pasienter som går spesielt på å kartlegge denne pasientgruppen. FM Impact Questionnaire (FIQ) inneholder 20 spørsmål knyttet til morgentivhet, humør, smerte, og evne til å utføre aktivitet i dagliglivet. Scoringen går fra 0-100. Høyere skåring viser hvor stor innvirkning sykdommen har på livskvaliteten (Panton et al, 2009).

Behandling til mennesker med kronisk smerte kan være vanskelig, da de ikke passer in i den tradisjonelle årsaks- og behandlingsmodellen innenfor den biomedisinske tradisjonene. Kronisk smerte blir ofte assosiert med stress, depresjon og redusert selvbilde, begrensinger når det gjelder utførelser av vanlige aktiviteter, sosial isolasjon, dårlig tilpasning og uhensiktsmessig atferd, og hyppig bruk av helsevesenet (Dysvik, 2007). Travelbee skriver hvor viktig det er å føle seg viktig for noe eller noen, det gir livet betydning. Da ser man hvor viktig det er at man tilrettelegger for aktiviteter og sosial samvær. Bentsen (2004) skriver at pasientene føler håpløshet og fortvilelse over å ikke klare aktiviteter i dagliglivet, dette fører til nedsatt glede og skyldfølelse. Søvnproblemer pga smertene fører til at de ikke får nok søvn og blir dermed enda mer slitne. Dette påvirker humøret, man blir irritert, hissig, andre kan trekke seg tilbake. Travelbee påpeker viktigheten i å finne mening i tilværelsens ulike faser og at vi mennesker trenger hjelp til dette (Kirkevold, 2001). Fagkunnskap er viktig da man har lettere for å oppfatte hva den andre føler og tenker når man har den nødvendige kunnskapen om den andres tilstand, situasjon og man er faglig skoler på området. Slik som

kunnskap om sykdom, medisiner, dosering og bivirkning kan være viktig for å leve seg inn i situasjonen til pasienten som er bekymret eller forteller om sine plager (Eide og Eide, 2007). Bentsen (2004) skriver at det er viktig for sykepleier at man har gode faglig kunnskap, holdning og empati. En gjensidig forståelse og lojalitet mellom pasient og sykepleier er en forutsetning for å gi god smertelindring. God kunnskap innen smertelindringsmetoder som avspenning, massasje og akupunktur er viktig for å kunne hjelpe pasienten til en best mulig smertelindring og bedret livskvalitet.

Som sykepleier i jobb, kommuniserer man ikke som i dagliglivet, men som en fagperson, profesjonell hjelper. Kjernen i profesjonell kommunikasjon er at den er faglig og til hjelp for pasienten (Eide & Eide, 2007). Linton (2005) skriver at av alle teknikker som finnes for å forbedre effekten av pasientens behandling er kommunikasjon den mest verdifulle. Eide & Eide (2007) sier at hjelpende kommunikasjon er sammensatt. Den er ofte åpen og den har ett vist ubestemt og uforutsigbart preg. Man må opprette en god relasjon for å kunne gi god hjelp og støtte. Kommunikasjonens kjerne er å anerkjenne den andre, være en aktiv lytter, åpen og samtidig direkte. Malterud (2010) skriver at det å vise pasienten forståelse og anerkjenne pasientens symptomopplevelse er viktig. Det å bli mer bevisst på kommunikasjon, hvordan de ulike kommunikasjonsferdighetene kan virke på andre og hvordan vi selv kommuniserer (Eide og Eide, 2007).

5.2 Være mer fysisk aktiv

Kroniske smerter kan påvirke pasientens grunnleggende behov i ulik grad. Har man sterke smerter er det lett for at man anstrenger seg og spenner muskler, det er da viktig at man som sykepleier hjelpe pasienten og være bevisst på avslappingsteknikker for å slappe av (Berntzen et al, 2010). Dette er i følge Travelbee ett av målene i sykepleien, å forebygge sykdom og lidelse og fremme helse (Kirkevold, 2001). I dette tilfelle blir det å forebygge at man pådrar seg mer lidelse, som anspenhet og stive muskler er. Flere studier viser at trening er viktig for å redusere smertene til pasienter med fibromyalgi (Wigers & Finset, 2007., Kurtze, 2004 og Panton et al, 2009). En definisjon på fysisk aktivitet er kroppslig bevegelser initiert av skjelettmuskulaturen der energiforbruket øker vesentlig ut over hvilenivå (Vik, 2004). Trening kan defineres som en planlagt, strukturert og gjentatt aktivitet, som har som mål å bedre eller vedlikeholde fysisk funksjon (Vik, 2004). Eksempler på fysisk aktivitet er arbeid, idrett, friluftsliv, lek, trening og trim (Vik, 2004).

En fibromyalgi pasient er veldig smertefølsom, og mange unngår da aktiviteter som utløser smerte (Jespersen, 2008). Wigors & Finset (2007) skriver at pasientene unngår all fysisk aktivitet som øker smerten, og de etablerer et lett bevegelsesmønster og en adferd som bidrar til å vedlikeholde og forsterke den. Dette fører til en passiv, smertestyrt unngåelsesadferd, depresjon og isolasjon kan bli resultatet. Jespersen (2008) skriver at pasienten blir mer inaktiv og dette medfører at smerteterskelen senkes ytterligere. I starten av ett treningsopplegg kan det bli en forverring av pasientens problemer. Man må starte med lav intensiv trening og øke gradvis. Dette er en lang prosess. Treningsprogrammet må utarbeides individuelt til hver pasient (Jespersen, 2008). Kurtze (2004) sier i sin studie at det er viktig å utarbeide ett treningsopplegg som er basert på pasientens fysiske funksjon, alvorlighet av smerte, tretthet og toleransen for aktivitetsindusert smerte. Jespersen (2008) sier det er viktig at pasienten lytter til kroppen sin og tilpasser øvelsene. Kurtze (2004) skriver at trening som ikke utløser smerte og som bekjemper dårlig fysisk form blir viktig i behandlingen av fibromyalgi.

Kondisjonstrening er den man har oppnådd best resultater for pasienter med fibromyalgi. Det er vist at pasienter kan øke sin aerobe (kondisjon/utholdenhet) kapasitet i samme omfang som friske personer. Videre ser det ut som at det fysiske funksjonsnivået, nattesøvn og generell velvære bedres (Jespersen, 2008). Wigors & Finset (2007) skriver at kondisjonstrening har en dokumentert effekt på blant annet arbeidskapasitet, overskudd, velvære, smerter og søvn.

Styrketrening er bra for å hindre tap av muskelmasse, som er en naturlig følge av inaktiviteten. Det er lite forskning på styrketrening blant fibromyalgi pasienter. Øvelsene bør gjentas 8 – 12 ganger to til tre ganger ukentlig (Jespersen, 2008). Kurtze (2004) sier at styrketrening viser bedring av styrke og funksjon med liten eller ingen akutt forverring av symptomer. Men det er her viktig å starte med lav og komfortabel intensitet. Dette er også i samsvar med funnene til Mannerkorpi sin pågående studie om at styrketrening bør starte på 40-50% av maksimal prestasjon og gradvis økes til 80%. Dette for å unngå å overbelaste kroppen. Videre viser forskning at mange pasienter får økt smerte under trening og i dagene etter trening, men at dette over tid fikk en øket treningstoleranse (Rössland, 2012). Panton et al, (2009) kom frem til i sin studien, som varte over 16 uker med trening to ganger i uken, at styrketrening forbedrer styrke, FM innvirkninger, og styrke av funksjonalitet hos kvinner som lider av FM. Den viste også at de som mottok kiropraktor behandling i tillegg fikk større forbedring i noen av målingene over funksjonalitet enn gruppen som bare hadde

styrketrening. De konkluderer med at en flerdimensjonal tilnærming er viktig i behandling av kvinner med FM.

Bassengtrening har en smertelindrende effekt. Treningen har god effekt på psykisk velvære og bedring av depresjon og stress. Denne treningsformen er mer skånsom for svake pasienter. Faren ved denne formen for treningen er at pasienten kan overanstrenge seg fordi han føler mindre smerte i treningsøyeblikket (Jespersen, 2008). Dette er også hva Mannerkorpi finner i sin pågående forskning, at trening i temperert basseng virker lindrende og avspennende og er bra for pasienter med sterke smerter og dårlig funksjonalitet. Vannet er med på å avlaste kroppsvekten. Men man må være forsiktig så man ikke overanstrenger seg (Rössland, 2012).

Persson et al, (2008) sier at noen av studiene de hadde med fant ut at avslappingstrening hadde en innvirkning på det å kontrollere smertene. De hadde en stor innvirkning på smerte reduksjonene med en gang etter behandling. Pasientene lærte seg også å kontrollerer og reduserer smerte og andre symptomer. Wigers & Finset (2007) fant i sin studie at 30% av de 200 pasientene ikke lenger tilfredsstilte diagnosen ved hjemreise. De fikk bedre livskvalitet over tid. Flere av pasientene var tilbake i jobb etter ett år, og flere av pasientene fortsatte med regelmessig fysisk aktivitet etter ett år. Studien viser at en flerdimensjonal rehabilitering gir rask og vedvarende bedring hos pasienter med fibromyalgi.

Kurtze (2004) sin studie viser at kombiner treningsform med opplæring bedret funksjon, symptomer, livskvalitet og mestringsforventning. Slik kombinert treningsform virker derfor å være mer effektiv enn bare trening alene. Anderberg og Bojner Horwitz siterer Offenbacher, at en kombinasjon av ulike behandlinger gir best mulig effekt ved fibromyalgi. I samme bok siterer de også Burckhardt som i sine studier presenterer at det er av betydning å bruke en tverrfaglig tilnæringsmåte. Videre skriver Anderberg og Bojner Horwitz (2007) at i følge Blunt er det gjort en del forskning på kiropraktisk behandling og fibromyalgi som viser til en smertelindrende effekt på grunn av økt bevegelighet i nakke og lenderyggrad. Men det kreves mer forskning på dette området. Det er viktig at pasienter med fibromyalgi lærer kroppen sin å kjenne og se sine egne behov, skjulte ønsker, mangler og evner i tillegg til de etablerte behandlingsstrategiene som brukes ved smertelindring. Dette fører til at de kan bli bedre, noen til og med friske (Anderberg & Bojner Horwitz, 2007).

5.3 Mestring av smerter

Forskning viser at mestring av smerter er viktig for å bedre livskvaliteten (Wigers & Finset, 2007). Hanssen & Natvig (2007) skriver det er viktig for sykepleiere å ha god kunnskap om mestring og stress, for å kunne bidra til mestring hos pasienten. Eide & Eide (2007) sier man kan karakterisere profesjonell omsorgsrelasjon ved tre stikkord; empati, fagkunnskap og målorientering. Empati er nødvendig for å kunne kommunisere godt, og kunne oppfatte pasientens bekymringer og andre følelsesmessige anliggende (Eide og Eide, 2007). Husebø, Fongen, Klokkeud & Zangi (2010) skriver i sin fagartikkel at sykepleier må ha en god dialog med pasienten, og med litt tilrettelegging klarer pasienter med kronisk sykdom å delta på aktiviteter som bedrer aktivitetsnivået og følelsen av mestringsevne. Travelbee sier at sykepleiere skal bruke seg selv terapeutisk for å hjelpe pasienten til å mestre situasjoner (Kirkevold, 2001). I følge Bandura vil forventningen av om vi mestrer en oppgave eller ikke virke styrende på om vi vurderer situasjonen som truende eller ikke (Hanssen og Natvig, 2007). Videre sier Bandura at mestringsforventning er noe som kan beskrives som en type kontroll som den enkelte person har i en stresset situasjon (Hanssen og Natvig, 2007). Rustøen (2009) sier at det som er viktig for å mestre sykdom eller lidelse, er håp knyttet til det å se fremover og at fremtiden kan være positiv til tross for sykdom. Dette er også i tråd med Lazarus og Folkmann. I følge Travelbee er å styrke pasientens mestring og håp viktig. Hun sier at håp er sannsynligvis den viktigste faktoren for å kunne bære den byrden som sykdom og lidelse er (Kirkevold, 2001). Da bruker en seg selv aktivt for å oppnå mestring.

Vi mennesker mestrer og bearbeider opplevelser og sosiale relasjoner på svært ulike måter. Som Lazarus og Folkmann beskriver i sin teori at mestring er noe som skjer automatisk og det er mestring når man tilpasser seg og lærer nye ferdigheter (Reitan, 2010). Dette er særs viktig når man som fibromyalgi pasienter må lære seg og mestre smerter og dagliglivet på en ny måte etter at man er blitt syk. Behandling til fibromyalgi pasienter er forskjellig, og det kan avhenge av hvilken motivasjon og vilje vedkommende har i forhold til behandling, eller den forandringen som er nødvendig. Når man forandrer noe til noe som er ukjent, kan det føles som truende, men det kan også samtidig være en mulighet til å utvikle seg og bli frisk (Anderberg & Bojner Horwitz, 2007). Dette er i tråd med det Lazarus og Folkmann som sier at langsiktige resultater av mestring, vises ved å ha innflytelse på helse velvære og livskvalitet.

Malterud (2010) skriver at ting som påvirker menneskers forhold til mestring av smerte og påvirkningen av smertesirkelen, er kognitive prosesser knyttet til tolkning av kroppslige fenomener. Dysvik (2007) sier at pasienten kan oppleve å havne i en ond sirkel hvor det ene

symptomet lever til det andre, og de etterspør tiltak som kan hjelpe de mot en kursendring slik at de kan mestre situasjonene bedre. Smerten er bare ett av mange områder man må behandle innen rehabiliteringen (Dysvik, 2007). Målet med behandling av kronisk smerte er å bryte en negativ sirkel. Denne negative sirkelen er med på å opprettholde og forsterke smertene. Med hjelp av forskjellige mestringsstrategier, kan man være med på å endre smerteopplevelsen (Berntzen et al, 2010). Dette er i tråd med det Malterud (2010) skriver at trening og undervisning alene ikke er nok, men at man må stimulere til mestring slik at man kan bryte denne onde sirkelen som vedlikeholder symptomene. Kurtze (2004) sier at man får bedre mestringsforventningen av trening og at dette gjør at man får lavere verdier for selvrapporert smerte.

Forskning viser at pasienter med fibromyalgi lider av kroniske smerter og at kognitiv atferdsterapi og avspenning er mest effektiv på smertene (Wigers & Finset, 2007). Videre sier Anderberg & Bojner Horwitz (2007) at kognitiv atferdsterapi er minst like effektiv som legemiddelbehandling ved fibromyalgi. Særlig om man kombinerer den med annen behandlingsformer. Wigers & Finset (2007) skriver at kognitiv atferdsterapi, hvor man legger vekt på hvordan negative tanker kan fremme følelsesmessige reaksjoner, kan dette bidra til uhensiktsmessig adferd og vedvarende eller økt smertenivå.

Kognitiv atferdsterapi betyr at man må lære seg å tenke på en bestemt måte og tolke budskap annerledes enn før. Dette fører til at man kan oppleve mer positive følelser (Anderberg & Bojner Horwitz, 2007). Kognitiv atferdsterapi kan skje både individuelt og i grupper (Anderberg & Bojner Horwitz, 2007). Man legger en plan med mål og delmål. Man lager også en prioriteringsplan over hvor man skal starte, og beskriver hvordan man skal komme til målet. Dette skal være realistiske mål og de skal kunne nås med 75% sikkerhet for å få en vellykket terapi. Dette gir mestringsfølelse (Anderberg & Bojner Horwitz, 2007). I gruppeterapi kan man i tillegg utveksle erfaringer og støtte hverandre (Anderberg & Bojner Horwitz, 2007). I kognitiv atferdsterapi rettes oppmerksomheten mot pasientens ressurser og optimale tilpasning. Målet er å forbedre fysisk funksjon, mestringsferdigheter og livskvalitet der hensikten er å understøtte pasientens evne til å hjelpe seg selv, ikke stole for mye på behandler, modifisere pasientens tanker, følelser og atferd, benytte atferdsterapeutiske prosedyrer for å fremme forandring (hjemmearbeid, avslapning, trening i sosiale ferdigheter, fysisk aktivitet) (Dysvik, 2007).

6.0 Avslutning

I denne oppgaven har jeg sett på hva som kan hjelpe pasienter med fibromyalgi til å mestre kroniske smerter. Jeg har valgt å kun belyst ikke-medikamentell behandlingsmetoder og konsentrert meg om kognitiv adferdsterapi og fysisk aktivitet. Jeg har sett på hvorfor det er viktig med utredning og kartlegging av smertene. Etter utredning kan pasienten slå seg mer til ro og slappe av, vite at det ikke er andre alvorlige årsaker til smertene.

Det er også viktig å møte denne pasientgruppen med forståelse, empati, og vise at man er der for å hjelpe og ta de på alvor. Smerte er en subjektiv følelse og det er vanskelig for helsepersonell å sette seg inn i pasientens ståsted. Dette gjør at pasienter ikke føler seg trodd av helsepersonell i noen situasjoner. Ellers kom det frem at helsepersonell har for dårlig kunnskap om kroniske smerter og kartlegging av smertene. Det er viktig at de bruker de kartleggingsverktøyene som er til for å se om behandling virker og forebygge de store svingningene.

Forskningen viser at kognitiv adferdsterapi/læring og fysisk aktivitet er med på å forebygge og redusere smerte hos pasienter med fibromyalgi. Kunnskap om sykdommen skaper en mestringsfølelse som gjør at pasientene føler de har mer kontroll på sykdommen sin. Dette er med på å senke stressnivået og de kan se fremover med positive tanker om håp for fremtiden. Ett menneske som håper er aktiv og dette er med på å bære byrden av sykdommen. God kommunikasjon mellom pasient og sykepleier skaper tillit. Dette er viktig når sykepleier skal hjelpe, tilrettelegge og motivere pasienten. Ellers kommer det frem i artiklene at det er viktig at man tilrettelegger en individuell behandling, ingen pasient er lik og det er viktig at man ikke overanstrenger seg. Dagsformen er også varierende og dette må man ta hensyn til.

7.0 Litteratur

- Anderberg, U.M., & Bjoner Horwitz, E., (2007). *Fibromyalgi- På grund av stress?* Vasterås: ICA bokforlag.
- Bentsen, S.B., (2004). Kroniske smerter og livskvalitet. *Sykepleien*, 92(17):42-45.
- Berntzen, H., Danielsen, A. & Almås, H., (2010). Sykepleie ved smerte. I: H. Almås, D.G. Stubberud & R. Grønseth, (Red.). *Klinisk sykepleie bind 1 (2 bind)*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Bjørk, I.T., & Solhaug, M., (2008). *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie- en ressursbok*. Oslo: Akribe.
- Dalland, O., (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Dysvik, E., (2007). Kronisk smerte- hjelp til kursendring. I: E. Gjengedal & B.R. Hanssen(Red.), *Å leve med kronisk sykdom- en varig kursendring*. (s. 330-342). Oslo: Cappelen Forlag.
- Eide, H. & Eide, T., (2007). *Kommunikasjon i relasjoner- samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Fosseberg, C & Wengström, Y., (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier- Värdering, analys och presentasjon av omvårdnads forskning*. Stockholm: Bokforlaget Natur och Kultur.
- Frølich, S., (2011). *Kroniske smerter- Kan man lære seg at leve med det?* København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck A/S.

- Hanssen, T.A., & Natvig, G.K., (2007). Stress og mestring. I: E. Gjengedal & B.R. Hanssen (Red.), *Å leve med kronisk sykdom- en varig kursendring*. (s. 40-59). Oslo: Cappelen Forlag.
- Husebø, M.E., Fongen, C., Klokkeud, M. & Zangi, H.A., (2010). Tåler å være fysisk aktive. *Sykepleien 2010 98(11):35-37*. Hentet 7. Februar 2013. DOI: 10.4220/sykepleiens.2010.0096
<http://www.sykepleien.no/fagutvikling/fagartikkel/455473/taler-a-vare-fysisk-aktive>
- Jespersen, A., (2008). Fibromyalgi. I: N. Beyer, H. Lund & K. Klinge (Red.). *Trøning- I forebyggelse, behandling og rehabilitering*. (s. 243-247)
- Kirkevold, M., (2009). *Sykepleieteorier- analyse og evaluering*. (s. 113-127). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Kurtze, N., (2004). Fibromyalgi- effekt av fysisk trening. *Tidsskrift for Den Norske legeforening Nr. 19/2004*. Hentet 20. Januar 2013 fra:
http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=1076270
- Linton, S.J., (2005). *Att forstå patienter med smärta*. Lund: Studentlitteratur.
- Ljoså, T.M., & Rustøen, T., (2007). Kronisk smerte. I: Gjengedal & B.R. Hanssen (Red.). *Å leve med kronisk sykdom- en varig kursendring*. (s. 60-77). Oslo: Cappelen Forlag.
- Lohne, V., (2010). Håp og håpløshet. I: U. Knutstad (Red.). *Sentrale begreper I klinisk sykepleie. Sykepleieboken 2*. (s. 108 - 124). Oslo: Akribe.
- Malterud, K., (2010). Kroniske muskelsmerter kan forklares på mange måter. *Tidsskrift for Den Norske legeforening Nr 23/2010*. Hentet 27. Januar 2013. DOI: 10.4045/tidsskr.09.0828 <http://tidsskriftet.no/article/2047190>
- Martin, G. (1999). *Att leva med fibromyalgi*. Fredriksværk: Ørnens Forlag.

- McCaffery, M., & Beebe, A., (1996). *Smerter- Lærebok for helsepersonell*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Panton, L., Figueroa, A., Kingsley, J., Hornbuckle, L., Wilson, J., St. John, N., & McMillan, V. (2009). Effects of resistance training and chiropractic treatment in women with fibromyalgia. *Journal Of Alternative & Complementary Medicine*, 15(3), 321-328. Hentet 9. Januar 2013. doi:10.1089/acm.2008.0132
- Persson, A., Veenhuizen, H., Zachrisson, L., & Gard, G. (2008). Relaxation as treatment for chronic musculoskeletal pain -- a systematic review of randomised controlled studies. *Physical Therapy Reviews*, 13(5), 355-365. Hentet 9. Januar 2013 fra <http://ezproxy.hsh.no:2077/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=dff39e8c-a5fb-46df-975d-118cd2362b7e%40sessionmgr114&vid=7&hid=103>
- Reitan, A.M., (2010). Mestring. I: U. Knutstad (Red.). *Sentrale begreper I klinisk sykepleie. Sykepleieboken 2.* (s. 74-107). Oslo: Akribe.
- Rustøen, T., (2009). *Håp og livskvalitet- en utfordring for sykepleieren?* Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Rustøen, T., & Stubhaug, A., (2010). Smerte. I: U. Knutstad (Red.). *Sentrale begreper I klinisk sykepleie. Sykepleieboken 2.* (s. 137-181). Oslo: Akribe.
- Rösland, B., (2012). Fibromyalgi-individanpassad träning ger hälsovinster och minskar smärta. *Fysioterapi Nr 4/2012.* 40-46. Hentet fra SweMed+.....
- Sørensen, S., & Olsson, H., (2003). *Forskningsprosessen- Kvalitative og Kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Turk, D.C. & Winter, F., (2008). *Smertehåndtering*. Denmark: Dansk psykologisk Forlag.

- Vik, J.T., (2004). Hjerte- og karsystemet. I: L. Lande Wekre & K. Vardeberg (Red.). *Lærebok i rehabilitering – når livet blir annerledes.* (s. 191- 202). Bergen: Fagbokforlaget.
- Wigers, S.H. & Finset, A. (2007). Rehabilitering ved kronisk myofacielle smertetilstander. *Tidsskrift for Den Norske legeforening Nr 5/2007.* Hentet 27. Januar 2013 fra <http://tidsskriftet.no/article/1497325>