



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

BSS9-H-2022-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	13-05-2022 09:00	Termin:	2022 VÅR
Sluttdato:	27-05-2022 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 BSS9 1 H 2022 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	465
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7473
----------------------	------

Egenerklæring *: Ja
Jeg bekrefter at jeg har Ja
registrert
oppgavetittelen på
norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn:	(Anonymisert)
Gruppenummer:	2
Andre medlemmer i gruppen:	Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGÅVE

Smertekartlegging hos pasientar med kreft

Assessing pain in patients with cancer

Kandidatnummer: 465

Bachelor i sjukepleie

Institutt for helse- og omsorgsvitskap

Fakultet for helse- og sosialvitskap

Innleveringsdato: 27. mai 2022

Eg stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

Abstract

Background: There is an increasing number reported cases of cancer every year. One of the most feared and undertreated complications of cancer is pain. Due to more efficient treatment a higher percentage of patients with cancer survive. This demands that nurses need to be capable to assess and evaluate the pain of patients with cancer.

Aim: This study aims to identify factors that affects nurses when they assess pain in cancer patients admitted to hospital.

Method: Systematic literature study. Literature used, was found in the curriculum in the nursing study, and books identified through searching in Oria. The research articles have been identified through multiple searches in databases, such as Epistemonikos, CINAHL, MEDLINE and EMBASE. In this thesis, five research articles have been included.

Results: The results from the literature and the included studies show that factors such as lack of knowledge about pain and pain assessing tools, attitudes towards pain and how patients express their pain, affect how nurses assess and evaluate the cancer patients' pain.

Conclusion: The lack of pain education and training in using pain assessment tools, leads to misuse of the tools and lack of follow-up after implemented measures. Barriers associated with the hospital affects implementation of pain assessment measures. Nurses are affected by cultural and individual differences when it comes to pain expression. The patient-nurse relation must contain trust and equality, to strengthen nurses' ability to assess cancer pain.

Innholdsfortegnelse

1.0. Innleing	6
1.1. Problemstilling.....	7
1.2. Omgrepsavklaring.....	7
2.0. Bakgrunn og teori	8
2.1. Smerter.....	8
2.2. Kreft.....	10
2.3. Retningslinjer for handtering av smerter.....	13
2.4. Sjukepleiar sin funksjon ved smertelindring.....	14
2.5. Smertekartleggingsverktøy.....	15
2.5.1. Numerisk smerteskala.....	15
2.5.2. Edmonton System Assessment Scale.....	16

2.6.	Mellommenneskelege forhold i sjukepleie	16
3.0.	Metode	17
3.1.	Litteraturstudie som metode	17
3.2.	Inklusjons- og eksklusjonskriterium	17
3.3.	Søkeprosess	18
3.4.	Kritisk vurdering av artiklar og litteratur	20
3.5.	Kritikk av metode.....	20
3.6.	Etiske vurderingar.....	21
4.0.	Resultat	21
4.1.	Sjukepleiarar sin kunnskap om smertekartleggingsverktøy.....	22
4.2.	Sjukepleiarar sin kunnskap om smerte	22
4.3.	Sjukepleiarar i møte med smerter.....	23
4.4.	Sjukepleiarar i møte med individuelle og kulturelle forskjellar	24
5.0.	Diskusjon	24
5.1.	Metodediskusjon	25
5.2.	Resultatdiskusjon.....	26
5.2.1.	Smertekartleggingsverktøy	26
5.2.2.	Sjukepleiar og smertekunnskap	27
5.2.3.	Sjukepleiar i møte med smerter.....	28
5.2.4.	Sjukepleiar i møte med smerteuttrykk	29

6.0. Konklusjon	31
Referansar	32
Vedlegg I – Numerisk smerteskala (NRS).....	37
Vedlegg II – Edmonton Symptom Assessment System (Revidert versjon) (ESAS-r)	38
Vedlegg III – PICO-skjema.....	39
Vedlegg IV – PRISMA Flow Diagram	40
Vedlegg V – Søkehistorikk	41
Vedlegg VI – Litteraturmatrise	42

1.0. Innleiing

I 2020 blei det rapportert inn 35 515 nye tilfelle av kreft, der 19 223 menn og 16 292 kvinner fekk diagnosen (Kreftregisteret, 2021, s. 20). Den mest frykta kreftrelaterte plaga er smerte. I *Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorga*, står det at mange pasientar med kreft ikkje oppnår optimal smertebehandling (Helsedirektoratet, 2019, s. 62).

Meir effektiv behandling gjer at det er fleire som overlever kreft, og eit større tal overlevande kan by på større utfordringar kring kreftrelaterte smerter (Kongsgard, 2017, s. 194). Arbeidet kring smerter hos denne pasientgruppa spelar dermed ein stor sjukepleiefagleg relevans, ettersom sjukepleiarar utøver ein viktig og avgjerande funksjon i vurdering, behandling og lindring av pasientens smerter (Danielsen et al., 2016, s. 382). Derfor har eg valt tema smertekartlegging hos kreftpasientar.

Bakgrunnen for val av tema heng saman med spennande forelesingar i 2. studieår, erfaringar tileigna under sjukehuspraksis på kreftmedisinsk sengepost, samt noverande arbeidsplass med same pasientgruppe. Smertelindring til pasientar med både kurativ, palliativ og terminal forlaup, var og er ein vesentleg sjukepleiaroppgåve på avdelinga. Ut ifrå egne erfaringar frå praksis i sjukehus blei det observert usikkerheit rundt kartlegging av smerter blant nokon av sjukepleiarane. I seinare tid fekk eg arbeid på kirurgisk sengepost, der det er pasientar med hovud-/halskreft. Her har eg opplevd fleire situasjonar kring kurativ og palliativ kreftbehandling og smerteproblematikk, som verkeleg har gjort inntrykk.

Derfor vil eg utnytte moglegheita som bacheloroppgåva gir til å gjennomføre eit litteraturstudie kring akkurat dette. Eg ønskjer å auke kunnskapen min om pasientgruppa, om smerte-utfordringa dei opplever, og om utfordringar sjukepleiarar møter på ved vurdering av pasientar med kreft si smerte. Eg kunne gjerne tenke meg å jobbe med pasientgruppa etter eg fullfører studiet.

1.1. Problemstilling

Problemstillinga lyd som følgande: Kva faktorar påverkar sjukepleiarar ved smertekartlegging av kreftpasientar innlagt på sjukehus?

1.2. Omgrepsavklaring

Kreft er ein sjukdom der det har oppstått ein feil i kroppens celler, der cellene ukontrollert deler seg og ikkje gjennomfører oppgåver friske celler elles ville ha gjort (Lorentsen & Grov, 2016, s. 399). Vidare hopar cellene seg opp, og det oppstår ein kreftsvulst (Bertelsen et al., 2016, s. 128).

Kreftsmarter er ei oppleving samansett av fysiologiske, sensoriske, kognitive, åtferdsmessige, kjenslemessige og sosiokulturelle dimensjonar (Utne & Nakken, 2019b, s. 129). Kreftsmarter blir beskriven som ein «mosaikk» av akutte og kroniske smerteårsaker, då det er ei utfordring å definere kva smertetype det er som rammar (Kongsgard, 2017, s. 181).

Smertekartlegging er ein kontinuerleg og systematisk vurdering av pasienten si smerteoppleving, der ein kan ta i bruk validerte smertekartleggingsverktøy, med mål om å gi eit godt grunnlag for smertebehandling (Utne & Nakken, 2019a, s. 130).

2.0. Bakgrunn og teori

2.1. Smerter

Smerte blir definert som «en ubehageleg sensorisk og emosjonell oppleving som følge av faktisk eller potensiell øydelegging av vevet» (Danielsen et al., 2016, s. 383). Ifølgje International Association for the Study of Pain, er smerte ei subjektiv oppleving, som er påverka av biologiske, psykologiske og sosiale faktorar (International Association for Study of Pain, u.å.). I tillegg til desse dimensjonane er det viktig å inkludere at sjølve smerta også er ei forståing som ei personleg og subjektiv erfaring (Nordtvedt & Nortvedt, 2018, s. 18).

Smerte kan oppstå akutt eller kronisk. Akutt er når smerta er avgrensa og nyleg oppstått, enten grunna skade, vevsskade eller kirurgisk skade (Torvik & Bjørø, 2014, s. 391). Denne smerta er kjenneteikna av aktivering av nociseptorar. Smerter som er akutte vil også iverksette autonome symptom, der pasienten opplever takykardi, svette og blir bleik (Danielsen et al., 2016, s. 386). Kronisk smerte er meir prega av sjølve smertekjensla, då smerta oppstår dagleg og varer i over tre månader (Torvik & Bjørø, 2014, s. 392). Det finst mange forskjellige typar smerter (Danielsen et al., 2016, s. 386). Her blir smertetypane nociseptive, nevrogene og psykogene, forklart nærmare.

Nociseptive smerter bli utløyst grunna aktiveringa av smertereseptorer ein får ved reaksjon på trugande eller faktisk øydelegging av vevet (Danielsen et al., 2016, s. 386). Dette er ein hensiktsmessig og normal reaksjon, og blir ofte utløyst ved akutte smerter. Nociseptive smerter kan vere somatiske, vicerale og overført smerte (Torvik & Bjørø, 2014, s. 391). *Somatisk smerte* oppstår ved skade i hud, muskulatur eller skjelettet. *Vicerale smerter* oppstår ved skader i indre organ, og kan vere diffuse og vanskeleg å lokalisere. *Overført smerte* oppstår når hjernen mistolkar smerter frå innvollsorgan som overflatisk smerte i huda (Danielsen et al., 2016, s. 386). Eksempel på dette er hjarteinfarkt, der smert kjem til uttrykk ved overflatisk smerte i brystet samt venstre arm.

Nevrogene smerter oppstår ved skade av nervesystemet, der skade kan førekomme i det perifere eller det sentrale nervesystemet (Danielsen et al., 2016, s. 387). Smertene blir beskrevet som brennende, stikkende eller at det svir (Trier, 2019, s. 862). Hyperalgesi og allodyni er underkategoriar av nevrogene smerter. *Hyperalgesi* har nociseptive fibrar auka følsemd, mens ved *allodyni* smerter vil berøring stimulere fiber som utløyer smerter. Det mest kjente fenomenet er fantomsmerter. Ved fantomsmerter opplever smerter i eit organ som ikkje lengre er der, grunna hjernens mistolking av avkutta nerver (Danielsen et al., 2016, s. 387). D

Psykogene smerter er smerter der angst og moglege psykiske reaksjonar dominerer (Kongsgard, 2017, s. 183). Under denne kategorien kan ein finne eksistensiell, åndeleg og sosial smerte, der smerta er knytt til meininga med livet eller korleis pasientens liv har endra seg i forhold til omverda (Lorentsen & Grov, 2016, s. 404).

Pasientar uttrykkjer smerte ulikt, og dette kan ein seie kjem av kulturelle og individuelle forskjellar (Danielsen et al., 2016, s. 384). I forskjellige oppvekstmiljø og kulturar blir ein utsett for ein slags idealisert rollemodell ein skal leve opp til (Wall & Larsen, 2007, s. 77). Desse heltefigurane kan bidra til å formidle blant anna at liding er ein dyd og at liding er forbunde med frelse og offer. Ein kan sjå dette i fleire religionar; blant anna i kristendommen lar Jesus Kristus seg henge på korset, lar seg bli pint og påført smerte, for å oppnå frelse. Pave Johannes Paul 2 skreiv også i vår tid at «lidelse innebærer så å si en appell til menneskets moralske storhet og åndelige modenhet» (Wall & Larsen, 2007, s. 80). Dette har skapt ringverknader ved at smertebehandling i katolske land ikkje er optimale då smertelindring kan hindre pasientens frelseshandling (Nortvedt, 2016, s. 179).

Andre faktorar som påverkar smerteuttrykk er kjønn. Det er vist at uavhengig kulturell bakgrunn så går kvinner til legen oftare enn menn, samt at kvinner har betre helse enn menn (Wall & Larsen, 2007, s. 82). Det finst også stereotypiar knytt til kjønn og smerter, der ein antek at menn har høgare terskel for å klage enn kvinner. Dette viste seg i ein studie, der ei mannleg avdeling hadde større forbruk av smertestillande legemiddel, mens kvinneavdelinga hadde mindre, då dei hadde lågare terskel for å rapportere smerte og dermed blei smerta deira undervurdert (Wall & Larsen, 2007, s. 83).

Når det kjem til personleg følsemd for smerte, er korleis ein uttrykkar ho bestemt av uskrivne normer som ein kan finne i familiar, nærmiljøet og kulturar (Danielsen et al., 2016, s. 384). I Walls *Smerte: Kunnskap om lidelse* (2007, s.85-86) fortel han om ein britisk lege i Kenya som observerte kvinner som tilsynelatande hadde ein verdig, roleg og smertefri fødsel. Fleire år seinare var det ei kvinneleg antropolog i same området, som spurde ei nybakt mor om fødselen gjorde vondt. Kvinna svarte at ho aldri hadde hatt så vondt i heile sitt liv, men at det ikkje var skikken i hennar kultur å vise dette (Wall & Larsen, 2007, s. 86).

I Noreg kan ein også observere liknande åtferd, at ein ikkje skriker av smerte grunna skikk og bruk, men i Sør-Europa skriker og roper fødande kvinner høgt då dei rundt ho hadde blitt bekymra om ikkje (Wall & Larsen, 2007, s. 86). Kort sagt kan ein seie at nokre kulturar opplever at det å uttrykkje smerte er til audmjukande og til bry, medan andre kulturar uttrykkjer smerter fullt og heilt (Danielsen et al., 2016, s. 384).

2.2. Kreft

Kreft er ein sjukdom der kreftceller deler seg ukontrollert, og ikkje utfører oppgåver friske celler ville ha gjort (Lorentsen & Grov, 2016, s. 399). Ved opphoping av kreftceller i organet over tid vil det til slutt danne seg ein kreftsvulst, og denne har evne til å vokse inn i andre organ, samt spreie seg via blod- og lymfesystemet (Bertelsen et al., 2016, s. 128-129).

Korleis ein behandlar kreftsjukdommen er forskjellig frå pasient til pasient, då behandling er avhengig av kreftforma og lokalisasjon (Lorentsen & Grov, 2016, s. 400). Dei vanlegaste behandlingane er kirurgi, kjemoterapi og stråling, samt antistoff- og endokrin behandling. Det er også viktig å ha eit mål for behandling; er målet kurativt, altså å bli frisk frå kreften, eller palliativt, som vil seie å forlengje livet eller å oppnå symptomlindring (Lorentsen & Grov, 2016, s. 401).

Kirurgisk behandling har som mål å operativt fjerne kreftsvulsten, der ein sikrar fjerning ved å inkludere normalt vev samt at fjerninga av svulsten gir pasienten minst mogleg skadeomfang (Nakken, 2017a, s. 378). Dette er den viktigaste kurative behandlingsforma for pasientar med kreftsvulstar, då åleine eller i kombinasjon med annan behandling.

Kjemoterapi, også kjent som cytostatika eller cellegift, vil seie kjemiske stoff brukt for å kurere sjukdom (Nakken, 2017b, s. 385). Verknadsmekanismen til behandlinga er at den kjemisk hemmar celledelinga til kreftsvulsten ved å påverka DNA-syntesen eller mitosen (Lorentsen & Grov, 2016, s. 399). Behandlinga kan delast inn i tre forskjellige setting, avhengig av kva siktemålet til behandlinga er: kurativ, palliativ og adjuvant behandling (Nakken, 2017b, s. 389).

Det kjem biverknadar med kjemoterapi. Cytostatika verkar på friske celler med rask delingshastigheit. Dette vil seie at celledelinga i beinmergen, slimhinnene, huda, hårfolliklar og kjønnskjertlane, blir hemma (Lorentsen & Grov, 2016, s. 400). Denne hemminga av friske celler viser seg som blant anna; auka blødingstendens, febril nøyttropeni, perifere nerveskader, tap av hår, fatigue og kvalme (Nakken, 2017b, s. 391). Det kan også oppstå infeksjon, der alt frå feber til anafylaktisk sjokk kan førekomme (Lorentsen & Grov, 2016, s. 400).

Strålebehandling, også kjent som radioterapi, tek i bruk elektromagnetisk stråling frå ei strålekjelde og retter denne mot kreftsvulsten (Jetne, 2017, s. 401). Behandlingsforma påverkar også DNA-syntesen til kreftsvulsten, hemmar celledelinga, og skaper celledød (Lorentsen & Grov, 2016, s. 401). Forskjellige kreftsvulstar har ulik strålefølsamheit, som vidare gjer at det finst forskjellige typar strålebehandlingar, eksemplar på dette er ekstern eller intern bestråling, intrakavitær eller interstitiell bestråling og stereotaktisk strålebehandling (Jetne, 2017, s. 413). Sjølve strålebehandlinga er smertefri, men kan indusere plagsame biverknadar. Vanlege biverknadar er kvalme og diaré, hudreaksjonar, samt sårheit i stråleområdet (Lorentsen & Grov, 2016, s. 401).

Den mest frykta kreftrelaterte plaga er smerter. Kreftsmerter blir definert som ei oppleving samansett med fysiologiske, sensoriske, kognitive, åtferdsmessige, kjenslemessige og sosiokulturelle dimensjonar (Utne & Nakken, 2019b, s. 129). Kva smertetype som rammar ved kreftsmerter, er ei utfordring å definere. Eksempel på dette kan vere at akutt og kroniske smerter kan oppstå samtidig (Lorentsen & Grov, 2016, s. 402) og at pasientar i palliativ fase opplever ofte kroniske smerter med episodar av akutte smerter (Lorentsen & Grov, 2016, s. 402).

Kreftsmerter kan oppstå grunna tumorrelaterte smerter, terapeutiske tiltak og biverknad av behandling (Winger & Leegard, 2016, s. 184). Tumorrelaterte smerter, som utgjer 70% av all rapportert kreftsmerter, oppstår når det oppstår endringar eller vekst av krefttumor – også kjent som metastasering. Kva type endring eller vekst av tumor avgjer kva smerter som oppstår (Lorentsen & Grov, 2016, s. 402). Nokon eksempel på tumorrelaterte smerter er skjelettmetastasesmerter, kompresjon og infiltrasjon av nerverøter og obstruksjon av hòlorgan eller utføringsgangar. Ved skjelettmetastasar vil pasientar oppleve ein smerte som er kronisk dunkande eller verkande, og som ofte utløysast ved rørsle (Kongsgard, 2017, s. 181-182). Kompresjon og infiltrasjon av nerverøter gir strålande, brennande og verkande kjensler, og smerta stråler til nerven ho forsyner (Kongsgard, 2017, s. 182)

2.3. Retningslinjer for handtering av smerter

I *Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen* (Helsedirektoratet, 2019) blir det vektlagt at pasientar med kreft skal få ein heilskapleg vurdering av den opplevde smerteproblematikken. Det siktast på å førebygge smerte ved å halde grunnsmerta under kontroll, ved kontinuerleg tilføring av smertestillande, kontinuerleg vurdering av smerta, og vidare vurdere eit fullgodt opplegg dersom det skulle oppstå noko gjennombrotssmerter (Helsedirektoratet, 2019, s. 66). Det er anbefalt å ta i bruk numerisk smerteskala (NRS) når pasienten skal formidle intensiteten av smertene (Helsedirektoratet, 2019, s. 14). For å kartlegge eit meir samansett symptombilete som kan oppstå hos pasientar med kreft bruker ein Edmonton Symptom Assessment scale (ESAS) (Helsedirektoratet, 2019, s. 27).

Verdas helseorganisasjon (WHO) har utarbeida ei smertetrapp som skal brukast som eit grunnleggande prinsipp ved behandling av smerter (Danielsen et al., 2016, s. 388), og då spesielt ved kreftsjukdommar. Smertetrappa består av tre trinn, som gir retningslinjer for kva av legemiddel som bør nyttast basert på smerteintensiteten. Smertetrappa gir ein peikepinn på korleis ein skal gjennomføre behandling av kreftsmertene (Helsedirektoratet, 2019, s. 67).

Det første trinnet i smertetrappa sikter på bruk av ikkje-opioide analgetika, som paracetamol åleine eller i kombinasjon med NSAIDs (Helsedirektoratet, 2019, s. 67). Dersom trinn I ikkje smertelindrar tilstrekkeleg, og pasienten framleis opplever svak til moderat smerte, går ein vidare til neste trinn. Trinn II anbefalar tillegg av kodein eller låg dose morfin, oksykodon eller hydromorfon, for å oppnå god smertelindring (Helsedirektoratet, 2019, s. 68). Ved manglande tilfredsstillande lindring, går ein vidare til trinn III. WHO trinn III anbefalar bruk av opioidar ved sterke smerter hos pasienten (Helsedirektoratet, 2019, s. 68-69). Medikament som morfin, oksykodon, hydromorfon, fentanyl, buprenorfin og metadon er nemnd, og kan administrerast forskjelleg ut ifrå pasientens tilstand og smerteproblematikk (Helsedirektoratet, 2019, s. 68-69).

2.4. Sjukepleiar sin funksjon ved smertelindring

Sjukepleiarar utgjer ein viktig funksjon når det kjem til smertebehandling og lindring av smerta til pasienten (Danielsen et al., 2016, s. 382) . Nokon av dei mange oppgåvene som faller under sjukepleiaren si rolle i smertebehandling, er kartlegging og vurdering av smerta til pasienten, administrere både medikamentell samt ikkje-medikamentelle intervensjonar, samt å evaluere effekten av dei iverksette tiltaka (Norheim et al., 2007, s. 141).

Sjukepleiarprosessen blir anvendt i mange samanhengar, også ved smertelindring. Dette er ein planleggingsmetode med mål å gi individualisert og god sjukepleie til pasienten. Dette gjerast ved å: samle inn data og identifisere problem, sette eit mål, iverksette tiltak og intervensjonar for å oppnå dette målet, og vidare evaluere effekten av tiltaka (Skaug, 2016, s. 339-340).

Det er mange utfordringar knytt til smertebehandling, og dette krev at sjukepleiarar har kompetanse knytt opp mot denne problematikken, for å best mogleg kunne oppnå optimal smertelindring (Norheim et al., 2007, s. 132). Denne kompetansen inkluderer blant anna generell kunnskap om smerte, sjukepleiar sine haldningar til pasienten si smerteoppleving, samt bruk av systematiske hjelpemiddel ved kartlegging av pasientens smerter (Danielsen et al., 2016, s. 382-383).

Smerteforskning har bidratt til at sjukepleiarar oppnår både forståing av dei fysiologiske verknadsmekanismane bak smerter, samt perspektivet til pasienten som opplever smerta (Nortvedt, 2016, s. 175). Det å ta i bruk forskingsbasert kunnskap i praksis gjer at sjukepleiarar kan sikre ein betre kontinuitet i både smertevurdering og smertelindrande tiltak som blir iverksett, samt at det er fagleg tyngde og argumentasjonar bak dei iverksette handlingane (Danielsen et al., 2016, s. 383).

Sjukepleiarar sine haldningar til smerte er med på å påverke smertebehandlinga. Smerte kan vere utfordrande å måle. Dette betyr at sjukepleiarar blir nøydd til å lytte til og tru pasienten si formidling av den opplevde smerta, og akseptere at det er sjølvrapporteringa til pasienten som utgjer gullstandarden (Nortvedt, 2016, s. 178-179). Det pasienten rapporterer om smerte og korleis sjukepleiar tolkar pasienten si smerte, kan i nokon tilfelle ikkje samsvare. Det er her sjukepleiar blir nøydd å velje mellom det å tru eller tvile på smerteopplevinga til pasienten, og dette vil vidare påverke smertebehandlinga pasienten får (Danielsen et al., 2016, s. 382).

2.5. Smertekartleggingsverktøy

Utfordringar sjukepleiarar møter kring smertelindring er kunnskap, haldning til pasienten sin oppleving av smerta, og kartlegging og vurdering av smerta (Danielsen et al., 2016, s. 382-383). Kartlegging gir ei nøyaktig, kontinuerleg og systematisk vurdering av pasienten si smerteoppleving, og dermed eit god grunnlag for smertebehandling (Utne & Nakken, 2019a, s. 130). Kreftsmarter opplevast i fleire dimensjonar, derfor er kartleggingsverktøy hensiktsmessig å ta i bruk ettersom dei vurderer desse dimensjonane. Dette blir vidare presentert ein eindimensjonal og ein fleirdimensjonal smertevurderingsskala.

2.5.1. Numerisk smerteskala

Numerisk smerte skala er ein eindimensjonal skala som måler intensiteten til smerta (Danielsen et al., 2016, s. 390). Skalaen består av 11 punkt frå 0-10, sjå vedlegg I. Ein spør pasienten om å fortelje kor intens smerta deira er på ein skala frå 0 til 10, der 0 er smertefridom og 10 er verst tenkeleg smerte (Kongsgard, 2017, s. 184). Dette blir i praksis også brukt som eit kontrollskjema, der ein kan vurdere effekten av smertelindrande tiltak. Ein spør då pasienten om ei ny vurdering av smerta.

2.5.2. Edmonton System Assessment Scale

Edmonton System Assessment Scale (ESAS) er eit sjølvrapporterings skjema spesielt utvikla for palliative pasientar med kreft, med målet om å registrere og kartlegge plagsame symptom (Helsebiblioteket, 2018). Dette kartleggings skjemaet er fleirdimensjonalt, og kartlegg smerteintensitet i tillegg til andre symptom, som for eksempel kvalme, matlyst og døsighet, sjå vedlegg II. ESAS gir også sjukepleiar moglegheita til å snakke med pasienten kring eksistensielle og åndelege dimensjonar (Kongsgard, 2017, s. 185).

2.6. Mellommenneskelege forhold i sjukepleie

Sjukepleieteoretikaren Joyce Travelbee definerte sjukepleie som: «... en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie, eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig finne mening i disse erfaringene» (Travelbee, 1999, s. 29). Ho la vekt på at det var viktig at sjukepleiarar skaper eit «menneske-til-menneske»-forhold til sine pasientar, sidan utøving av sjukepleie alltid vil dreie seg om mennesker (Travelbee, 1999, s. 30). Ho meinte at etableringa av slike forhold vil fremme hjelpearforholdet - og ved å møte «mennesket» og ikkje pasienten, ville ein betre møte og oppfylle sjukepleie-behov til pasientar (Travelbee, 1999, s. 17).

Travelbee beskriv smerte som ei einsam og intens erfaring. Smerta byr på mange utfordringar ved at den kan vere vanskeleg for pasienten å formidle og for sjukepleiarar å vurdere (Travelbee, 1999, s. 112). Smerte er vanskeleg å observere eller måle. Ettersom ein berre ser verknaden ho har på pasienten, blir sjukepleiaren nøydd til å gjette seg fram til kor sterke smerter pasienten har (Travelbee, 1999, s. 113). Det er mange individuelle faktorar som påverkar reaksjonar ved smerte; samanfanget av smerta samt kva lindrande behandling som blir gitt, kultur og religion og andre si reaksjon på den personlege smerta (Travelbee, 1999, s. 113-115).

3.0. Metode

3.1. Litteraturstudie som metode

Metode er ein framgangsmåte der ein går systematisk fram for å overhalde og bruke intellektuelle standardar, som ein bruker når ein finn fram til ny kunnskap eller etterprøver sanninga, gyldigheita eller haldbarheita til påstandar (Dalland, 2020, s. 53). Etter retningslinjene til bacheloroppgåva, skal det takast i bruk litteraturstudie som metode. Litteraturstudie er ei utgreiing av kunnskap samt analyse av eit utval av studiar ein finn innanfor eit valt område, med mål om å finne fram informasjon og kunnskap til å klargjere ei problemstilling (Thidemann, 2019, s. 77). Informasjonen og kunnskapen som blir funnen går gjennom ein systematisk prosess; at den blir søkt opp, samla inn, vurdert og samanfatta (Støren, 2013, s.17). Kort sagt kan ein seie at litteraturstudie er ei utgreiing av kunnskap samt analyse av studiar ein finn innanfor eit valt område (Thidemann, 2019, s. 79).

3.2. Inklusjons- og eksklusjonskriterium

Strategi for søket tek for seg inklusjons- og eksklusjonskriterium. Dette blei definert for å betre kunne identifisere relevante artiklar (Støren, 2013, s. 37), som omhandlar faktorar som påverkar sjukepleiarar ved smertekartlegging av kreftpasientar innlagt på sjukehus. Inklusjonskriterium for søket har vore at artiklane må innehalde eit abstrakt, samt ha sitt publikasjonstidspunkt mellom 2012-2022. Eksklusjonskriterium definert for søket er pediatri og geriatri. Dette er grunna at begge populasjonar har eigne fagfelt. Artiklar med tema avhengigheit og rus blei også ekskludert. Det er fokus kring pasientar som er innlagt på sjukehus, som gjer at smertekartlegging ved kreftmerter som går føre seg ved andre arenaer, som omsorgsbustadar eller i palliative avdelingar, er ekskludert. Artiklar skriven på andre språk enn norsk, dansk, svensk og engelsk, er blitt ekskludert.

3.3. Søkeprosess

Det blei teken i bruk forskjellige databasar knytt til sjukepleieforskning, for å finne relevante forskingsartiklar til å svare på problemstillinga. I denne oppgåva blei det teken i bruk forskjellige databasar: Epistemonikos, CINAHL, MEDLINE og EMBASE. Søkestrategien tok utgangspunkt i PICO, sjå vedlegg III, som er utarbeida med mål om å presisere og tydeleggjere problemstillinga (Helsebiblioteket, 2016). PICO er eit verktøy som bidreg med å strukturere og gjere tydeleg spørsmål for litteratursøk; der søkeorda blir delt inn i problemet som skal utforskast, interessa og konteksta kring dette (Helsebiblioteket, 2016a). Det blei teken i bruk søkeorda «neoplasms», «cancer pain», «pain management» og «nursing» som søkeord. «Neoplasms» er ein MeSH-term som blir definert som «ein unormal cellevekst i eit vev eller eit organ» (NCBI, 1964-1965).

Synonyma til «neoplasms» er svulst, tumor og kreft. Definisjonen presiserer at desse maligne svulstane har ein uvanleg utsjånad, samt kan vokse inn i omgivande vev og metastasere. Termen neoplasm passer bra til søket, då han er meir fagleg ankra samt at problemstillinga tek for seg kreftsmertor. Søkeordet «nursing» blei teken i bruk for å identifisere studie med sjukepleiefagleg fokus, ettersom databasane det blei gjort søk i inkluderte mange andre fagtema. Desse blei kombinert med AND for å finne artiklar som innehaltdt alle termene og søkeord. Det blei teken i bruk funksjonen «keyword» då nokon av databasane ikkje hadde «nursing» i sine headings.

I dei forskjellige databasane blei det nødvendig å gjere eit par endringar grunna manglande termar. Det var nærvær og fråvær av omgrepet «nursing» i dei forskjellige databasane. Etter gjennomførte søk blei det klart at «nursing» skulle brukast fast som ein keyword, slik at ein fekk fram fleire relevante artiklar samt sikra meir kontinuitet i søkeprosessen. I dei databasane der andre søkeord ikkje hadde ein term i databasen, blei dette omgjort til keywords, for å sikre at søkeresultatet skulle inkludere funn relevant for problemstillinga.

I databasen Epistemonikos oppstod det utfordringar då det ikkje dukka opp nokon resultat etter søk gjennomført med PICO. Søkestrategien blei endra med mål om å finne relevante artiklar. Det blei forsøkt å fjerne ein term individuelt per søk, for å sjå kva kombinasjonar som ga best resultat. MeSH-terminen «neoplasms» blei ekskludert, då fråværet av denne gav artiklar relevant for problemstillinga.

Under sjølve søkeprosessen blei det gjort mange søk i forskjellige databasar. Søkehistorikken er blitt gjort reie for, sjå vedlegg V. Her blir det gjort greie for søkestrategiar med søkeord og kombinasjonar, der det blei funnen relevante artiklar for problemstillinga. Det er laga til eit prismediagram, sjå vedlegg IV for å illustrere dette. Det blei funne tre artiklar i EMBASE, to i MEDLINE og ein i Epistemonikos. Det er utarbeida eit PRISMA Flow Diagram, sjå vedlegg IV.

Det blei funne tre artiklar i databasen EMBASE: «Cancer Pain Assessment and Measurement» (Fink & Gallagher, 2019), «Cancer Pain Management Among Oncology Nurses: Knowledge, Attitude, Related Factors, and Clinical Recommendations: A Systematic Review» (Bouya et al., 2019) og «Pain experiences of patients with advanced cancer: A qualitative descriptive study» (Erol et al., 2018). I databasen MEDLINE blei artikkelen «Pain Knowledge and Attitudes Among Nurses in Cancer Care in Norway» (Utne et al., 2019) teken med vidare. Etter søk i databasen Epistemonikos, blei artikkelen «Interventions to nurse-related barriers in cancer pain management» (Bartoszczyk & Gilbertson-White, 2015) funne.

I søka gjennomført i MEDLINE og Epistemonikos, dukka det opp ein allereie vald artikkel; «Cancer Pain Management Among Oncology Nurses: Knowledge, Attitude, Related Factors, and Clinical Recommendations: A Systematic Review» (Bouya et al., 2019).

3.4. Kritisk vurdering av artiklar og litteratur

Kjeldekritikk vil seie korleis ein har funne fram til utvald litteratur, samt det å gjere greie for kvifor ein har val å ta i bruk denne litteraturen i svar på problemstillinga (Trygstad & Dalland, 2020, s. 139). Det er valt artiklar som følger IMRaD, ein anerkjent struktur forskingsartiklar ofte nyttar seg av. Det vil seie at forskingsartikkelens innhald er strukturert følgande: innleiing med hovudhensikta, presentering av metode nytta, resultat av hovudfunna, og til slutt ein diskusjon av resultatata (Thidemann, 2019, s. 30). Det er derimot ein utvald oversiktsartikkel (Fink & Gallagher, 2019), som ikkje følger denne strukturen, men som blei valt ut grunna relevansen artikkelen hadde for problemstillinga.

Litteraturen som er inkludert i teorikapittelet vurderast som haldbar og truverdig, då den kjem frå bøker som står i pensum ved sjukepleieutdanninga ved HVL. Noko av litteraturen er å finne i pensum i kreftsjukepleie på sjukepleieutdanninga ved VID vitskapelege høgskule. Bakgrunnsstoffet bidreg til å kaste lys over problemstillinga, og er då relevant for oppgåva. Det blir anbefalt å ta i bruk sjekklister for å sikre kvaliteten på forskingsartiklar (Thidemann, 2019, s. 91). Det er dermed blitt teken i bruk sjekklister for kvalitativ og kvantitativ forskning for å lettare gjennomføre kritisk vurdering av den utvalde litteraturen (Helsebiblioteket, 2016b). I litteraturmatrisa i vedlegg VI, er det i tillegg gjort rede for styrkar og svakheiter hos dei inkluderte artiklane, som ein finn under kolonnen *styrkar og svakheiter*.

3.5. Kritikk av metode

Det blei variasjonar i søka, då dette var nødvendig for å finne fram aktuelle forskingsartiklar. Det kunne mogleg vore ein meir spesifikk aldersgrensesetting ved inklusjon av populasjon i litteraturstudien. Dette blei forsøkt, men ga særdeles få resultat. Det blei i staden for bestemt å sette eksklusjonskriterium pediatri og geriatri, for å luke ut populasjonen som ein ikkje ønska å sette søkelys på. Dette har resultert i at studiar som har undersøkt hovudsakleg kring desse populasjonane har blitt ekskludert.

Derimot har det førekomen studiar som i forskinga si inkluderer både den ønska populasjonen og den ekskluderte populasjonen. Desse artiklane har blitt inkludert, då det er blitt vurdert at den ekskluderte populasjonen ikkje utgjer eit stort tal i forskingsartikkelen. Dermed påverkar ikkje populasjonen resultatet i så stor grad at den mistar fokuset til problemstillinga si inklusjonsgruppe.

3.6. Ethiske vurderingar

Oppgåva gjengjer allereie eksisterande forskning. Det er blitt teken i bruk APA 7th når det er blitt vist til referansar. Dette sikrar at forskarane får anerkjenning for arbeidet sitt. Det er blitt teken omsyn til dei etiske krava funne i *Rettleiar for bacheloroppgåva ved fakultetet for helse- og sosialvitenskap*; der vern mot innsyn i privatliv samt rett til integritet skal ivaretakast (HVL, 2020). Dette er blitt vektlagt ved utval av litteratur. Dette vil i praksis seie at det er sikra at dei forskingsartiklane brukt i litteraturstudien er fagfellevurdert samt godkjent av etisk komité.

4.0. Resultat

Det er inkludert fem artiklar, der to er litteraturstudie, ein kvalitativ artikkel, eit tverrsnittstudie og ein systematisk oversikt. Det er blitt utarbeida ei litteraturmatrise, sjå vedlegg VI. For å finne svar på kva faktorar som påverkar sjukepleiarar ved kartlegging av smerter hos pasientar med kreft innlagt på sjukehus, er det blitt studert fellestrekk og variasjonar i dei inkluderte forskingsartiklane. Den tematiske analysen resulterte i dei forskjellige temaa: Kunnskap om smertekartleggingsverktøy og om smerte, samt sjukepleiar i møte med smerter og med forskjellige smerteuttrykk. I denne delen skal resultata frå dei inkluderte tema presenterast tematisk.

4.1. Sjukepleiarar sin kunnskap om smertekartleggingsverktøy

Rutinemessig og riktig bruk av kartleggingsverktøy (Erol et al., 2018, s. 31; Fink & Gallagher, 2019, s. 233), samt manglande undervisning og praksis (Bartoszczyk & Gilbertson-White, 2015, s. 4) blir beskrive som mangelfull hos sjukepleiarar. Det er identifisert manglande kunnskap om bruk av riktig type kartleggingsverktøy i riktig klinisk setting (Fink & Gallagher, 2019, s. 231). Eit eksempel på dette er smertekartleggingsverktøy som er basert på sjølvrapportering, kan brukast i settingar der pasienten kan kommunisere med sjukepleiar. Samt at det eksisterer forskjellige smerte-kartleggingsverktøy for forskjellige typar smerter, for eksempel akutte smerter, gjennombrøtssmerter og kroniske smerter.

Det blei identifisert mangelfull revurdering av smerte etter gjennomført smertelindrande tiltak (Erol et al., 2018, s. 31; Fink & Gallagher, 2019, s. 233). I den kvalitative studien (Erol et al., 2018, s. 31-32) opplevde pasientar at smerta deira berre blei vurdert ved utlevering av medikament, og at vurderinga ikkje gjekk føre seg med kartleggingsverktøy, men ved å stille «ja/nei»-spørsmål.

4.2. Sjukepleiarar sin kunnskap om smerte

Kunnskap kring kreftsmarter viste seg å ha manglar i dei inkluderte studiane (Bartoszczyk & Gilbertson-White, 2015; Bouya et al., 2019; Erol et al., 2018; Fink & Gallagher, 2019; Utne et al., 2019). Sjukepleiarar sin kunnskap om kreftrelatert smerte blei klassifisert som låg eller moderat. Det lågaste kunnskapsnivået var 28,5% og det høgste var 75% (Bouya et al., 2019, s. 843). Det blei identifisert manglar kring kunnskap om verknad og biverknad til smertelindrande legemiddel (Utne et al., 2019, s. 679). Det finst også manglande kunnskap kring bruk av opioidar og skaping av avhengigheit, då 80% av sjukepleiarane i studien kjente igjen psykologisk avhengigheit, men berre 60% kjenner igjen fysisk avhengigheit (Utne et al., 2019, s. 679). Dette kan resultere i underbehandling av smerter (Erol et al., 2018, s. 31; Fink & Gallagher, 2019, s. 233).

Undervisning om smerte og jobberfaring med pasientgruppa bidrog til å auke kunnskapen til sjukepleiarar (Bouya et al., 2019, s. 843; Utne et al., 2019, s. 682), og deira vurdering av smerta til pasienten samsvarer meir med pasienten si oppleving av han (Bartoszczyk & Gilbertson-White, 2015, s. 6).

4.3. Sjukepleiarar i møte med smerter

I den systematiske oversikta (Bouya et al., 2019, s. 843-844) kjem det fram at haldningane til sjukepleiarar i møte med smerter, kan kategoriserast som gjennomsnittleg og låg, og dette er noko som speglast att i dei andre studiane (Bartoszczyk & Gilbertson-White, 2015, s. 5; Erol et al., 2018, s. 33; Fink & Gallagher, 2019, s. 233; Utne et al., 2019, s. 679).

Haldningar kan sette avgrensingar for praktisering av implementert kunnskap. I den tyrkiske studien (Erol et al., 2018, s. 33) seier sjukepleiarar at dei er positive til implementeringa av evidensbaserte smertekartleggingsverktøy, men tek dei ikkje i bruk ved kartlegging, vurdering og evaluering av smerter hos pasientar med framtreddande kreft. Det norske studiet (Utne et al., 2019, s. 679) viser manglande samsvar mellom teoretisk kunnskap og praktisk utføring. Her meinte sjukepleiarar at pasienten var den som best bedømte eigen smerte, men ein fjerdedel svarte at dei vurderte smerteintensiteten til pasienten å vere annleis enn det pasienten sjølv uttrykka. Implementering av undervisnings- og treningsprogram om kreftsmarter kan føre til positive endringar i haldningar (Bouya et al., 2019, s. 843-844), men studiar viser at haldningar hos helsepersonell er vanskelegare å endre samanlikna med kunnskapsnivået (Bartoszczyk & Gilbertson-White, 2015, s. 6).

4.4. Sjukepleiarar i møte med individuelle og kulturelle forskjellar

Det blir sett søkelys på underliggende haldningar til pasientar av anna kulturell bakgrunn (Bartoszczyk & Gilbertson-White, 2015, s. 5). Det blir sett fokus på etniske minoritetar, som latin-amerikanarar og afro-amerikanarar, som blir utsett for underbehandling av smerter. Dette grunna utfordringar kring språk; utfordringa ved å uttrykke smerter på andrespråk, samt utilstrekkeleg språkleg beskriving av smerta hos smertekartleggingsverktøya, som då er ikkje er optimalt oversett til deira språk (Fink & Gallagher, 2019, s. 233).

I den norske studien (Utne et al., 2019, s. 681) kjem det fram at kulturelle og religiøse forskjellar gir variasjonar i sjukepleiarar si utdanning og opplæring, og i korleis ein handterer kreftsmertor. Det blir også påpeika viktigheita av kunnskapen kring forskjellige smerteuttrykk i forskjellige kulturane, samt korleis religion kan påverke både pasientens rapportering og sjukepleiar si vurdering av smerte. Underrapportering av smerter er også eit problem som dukkar opp, då mangfaldet følger religionen Islam, som meiner at liding er ein test frå Gud, og at ein må tolerere dette eller gøyme smerta for andre (Erol et al., 2018, s. 31). Dette skaper utfordringar for sjukepleiarar i smertevurderinga, då sjølvrapporteringa til pasienten ikkje speglar den ordentlege smerta.

5.0. Diskusjon

I denne delen av oppgåva skal problemstillinga; kva faktorar påverkar sjukepleiarar ved smertekartlegging av kreftpasientar innlagt på sjukehus, diskuterast. Problemstillinga diskuterast ved hjelp av litteraturen i teorikapittelet, i lys av sjukepleieteoretikaren Joyce Travelbee, dei utvalde forskingsartiklane, samt egne erfaringar.

5.1. Metodediskusjon

Litteraturstudie som metode har vore nyttig som ein systematisk framgangsmåte for å svare på problemstillinga. Ein PICO blei utarbeida, der alle søkeorda blei teken i bruk i søk. Det blei gjort søk i fem forskjellige databasar. Det å ikkje inkludere fleire databasar i søkeprosessen, gjer at ein kan ha gått glipp av relevante artiklar ein kunne ha funne frå andre databasar. Ei tidsavgrensing på ti år er lagt til, og denne kan også ha bidratt til å utelukka forskning som ikkje er publisert innanfor dette tidsvindauget. Samstundes kan det vere at artiklane som er publisert innan dei siste ti åra er utdaterte, og ikkje lenger er like relevante ettersom det kan ha komen ny forskning. Inklusjons- og eksklusjonskriterium kan også ha utelukka forskingsartiklar som er gode og relevante.

Metoden litteraturstudie har som mål å strukturere oppgåva, samt finne litteratur med mål om å klargjere problemstillinga. Det har derimot oppstått utfordringar undervegs. Ønska litteratur har inkludert eksklusjonsgruppa geriatri, men samstundes inkludert den ønska populasjonen. Sjølv har eg valt å sjå vekk frå dette, og heller trekt ut det som er relevant i forhold til problemstillinga. Dette påverkar heilheita i oppgåva, ved at det kan skape feilaktige svar. Artiklane skriven av Fink & Gallagher (2019) og Bartoszczyk & Gilbertson-White (2015) inkluderer andre pasientgrupper med kreft i studie, men inkluderar også ønska populasjon. Det blei beslutta å inkludere artiklane, då det blei vurdert at den ekskluderte populasjonen ikkje påverka resultatet i den grad at det svekka svar på problemstillinga. Dette er kommentert i litteraturmatrisa, sjå vedlegg VI.

Litteraturstudie er ein metode som krev av ein tek i bruk data som er samla inn av andre (Thidemann, 2019, s. 77). Denne dataa kan bestå av primærlitteratur, som enkeltstudie, og sekundærlitteratur, som er summert og samanstilt resultat frå fleire enkeltstudie (Thidemann, 2019, s. 75). Det kan oppstå feil i fortolkinga når dette blir anvendt i oppgåva. Spesielt då litteraturen som takast i bruk ofte ikkje er skriven på morsmålet vårt, men på eit anna språk (Thidemann, 2019, s. 75). Det er inkludert både primær- og sekundærlitteratur, der to er enkeltstudie, ein kvalitativ artikkel, eit tverrsnittstudie og ein systematisk oversikt.

5.2. Resultatdiskusjon

5.2.1. Smertekartleggingsverktøy

Det er identifisert faktorar kring feil bruk av smertekartleggingsverktøy, som påverkar korleis sjukepleiar kartlegg smerter. Smerte kan opplevast i fleire dimensjonar, dette vil seie fysisk, sensorisk, åtferdsmessige og sosiokulturelt (Utne & Nakken, 2019b, s. 129). Når det kjem til bruk av eit eindimensjonalt kartleggingsverktøy til å kartlegge fleirdimensjonale smerter, vil dette gi eit dårlegare behandlingsgrunnlag, enn om ein hadde teken i bruk eit fleirdimensjonalt verktøy. Mine erfaringar frå klinikken tilseier at sjukepleiarar er nøydt å ha kunnskap kring smertedimensjonane ved kartlegging av kreftsmarter. Spesielt sidan smertelindring også kan oppnåast av andre medikament enn smertestillande, samt ikkje-medikamentelle tiltak. Etter mi meining vil manglande kunnskapar kring dette vil by på utfordringar når det kjem til smertevurderinga.

Smertekartleggingsverktøy er noko ein tidleg fekk undervisning om på sjukepleieutdanninga. Kartleggingsverktøy for akutte smerter, for eksempel NRS (sjå vedlegg I) blei undervist om og seinare praktisert. Ein møter på same kartleggingsverktøy i studien til Fink & Gallagher (2019), der ein ser at NRS og VAS er verktøy som primært blei teken i bruk ved vurdering av smerter til pasientar. Det blei med andre ord primært teken i bruk eindimensjonale kartleggingsverktøy. Då kan ein vidare stille spørsmålet: Blir det hensiktsmessig i å ta i bruk berre denne typen kartleggingsverktøy, ved vurdering av kreftrelaterte smerter?

Eit fleirdimensjonalt smertekartleggingsverktøy, som ESAS (sjå vedlegg II), vil for øvrig i denne kliniske settinga kunne identifisere betre dei fleire dimensjonane (Kongsgard, 2017, s. 185). Det vil også bidra til ei meir korrekt vurdering av pasienten sin smerteoppleving, andre plagsame symptom, samt iverksetting av meir effektive tiltak. Etter mi meining vil manglande kunnskap kring dette gjer at sjukepleiar står svakare til å kunne vurdere smerta til pasienten, og som eit resultat kan pasienten bli underbehandla.

Det å auke kunnskap kring bruk av korrekt smertekartleggingsverktøy og kontinuerleg revurdering av smerta, vil auke kvaliteten kring smertelindring hos pasientar med kreft (Fink & Gallagher, 2019, s. 233). Totalt sett, er dette spesielt viktig hos kreftpasientar, då dei har eit meir kompleks smertebilette grunna kreftsjukdommen og biverknadar av behandlinga dei får mot kreften (Lorentsen & Grov, 2016, s. 402).

Det er dermed ikkje sagt at NRS ikkje eignar seg til kartlegging av smerter ved kreft. Ein kan nesten seie at NRS inngår i ESAS, då eit av dei ni symptoma pasienten skal gi skår frå 0-10 i dette smertekartleggingsverktøyet, er smerte. NRS vurderer derimot smerta frå *ein* dimensjon, og ikkje frå fleire dimensjonar (Danielsen et al., 2016, s. 390). Sjølv syntest eg at dersom kreftmerter utgjer ein «mosaikk» av smerter, så burde ein ta i bruk smertekartleggingsverktøy som klarer å identifisere fleire av desse fargerike stykka, og ikkje berre *eit* stykke. Med andre ord, så bidreg dette til at ein ser heile smertebiletet til pasienten.

5.2.2. Sjukepleiar og smertekunnskap

Manglande kunnskap hos sjukepleiarar var ein faktor som resulterte i manglande vurdering og revurdering av smerter (Bartoszczyk & Gilbertson-White, 2015, s. 4). I klinikken har eg også observert tilfelle av manglande evaluering, etter gjennomføring av smertelindrande tiltak. I nokre av studiane var det mangel på rutinemessig og riktig bruk av kartleggingsverktøy (Erol et al., 2018, s. 31; Fink & Gallagher, 2019, s. 233), samt manglande undervisning og praksis (Bartoszczyk & Gilbertson-White, 2015, s. 4). I studien (Erol et al., 2018, s. 33) kom det fram at sjukepleiarane sjeldan samla inn data for å vurdere smerteintensiteten. Det var også manglande evaluering, etter at det blei gjennomført smertelindrande tiltak.

Ansvar til sjukepleiarar i smertebehandlinga, inkluderer det å evaluere effekten av dei iverksette tiltaka (Norheim et al., 2007, s. 141). Eit eksempel på dette vil vere å ta i bruk NRS før og etter gjennomføring av tiltak eller systematisk bruk av ESAS. Dette vil gi eit betre evalueringsgrunnlag, der pasienten sjølv har moglegheita til å uttrykke betring eller behov for ytterlegare tiltak for smertelindring, samt i kva dimensjon smerta oppheldt seg i. Kvifor blir ikkje dette gjennomført, då det tydeleg inngår i sjukepleiar si oppgåve?

Kanskje det er manglande mogleik til å innføre rutinemessig bruk av eit slikt verktøy. Bartoszczyk & Gilbertson-White (2015, s. 4) gjer greie for barrierar knytt til helsetenesta og samfunnet, der faktorar som kortare tid med pasienten, større arbeidspress på helsearbeidarar og manglande institusjonelle retningslinjer, påverkar denne samanhengen. Det er også identifisert manglande helsepersonell som kan implementere nye rutinar i avdelingar (Bartoszczyk & Gilbertson-White, 2015, s. 4). Manglande personar til å implementere smertekartleggingsverktøy resulterer i konsekvensar ved at det er manglande kunnskap om samt rutinemessig og riktig bruk av kartleggingsverktøy (Erol et al., 2018, s. 31; Fink & Gallagher, 2019, s. 233). Dette betyr at det er utfordringar kring implementering og ordentleg opplæring av korleis ein tek i bruk smertekartleggingsverktøy, som vil utgjere ein vesentleg faktor i sjukepleiarar si evne til å vurdere smerter hos pasientar med kreft.

5.2.3. Sjukepleiar i møte med smerter

Sjølvrappoterer er gullstandard ved smertevurdering (Nortvedt, 2016, s. 178-179), men kva om sjukepleiar som vurderer smerta til pasienten, tvilar på pasienten si eiga vurdering av den opplevde smerta? Fleire av studiane avdekkjer at haldningar påverkar i nokon grad vurdering og behandling av kreftrelaterte smerter (Bouya et al., 2019, s. 843-844; Fink & Gallagher, 2019, s. 233; Utne et al., 2019, s. 679). Smerte blir beskriven som ein einsam og intens erfaring (Travelbee, 1999, s. 112), som kan vere vanskeleg å formidle til sjukepleiar, og for sjukepleiar til å vurdere. Korleis ein pasient uttrykkjer smerta er også noko som spelar inn, når det kjem til korleis sjukepleiar tolkar smerte.

I studien til Utne et al. (2019, s. 681-682) kom det fram at nesten alle sjukepleiarar meinte at det var pasienten som best bedømte si eiga smerte. Derimot var det ein fjerdedel som svarte at dei vurderte smerteintensiteten til pasienten som annleis enn det pasienten sjølv uttrykka, og då gjerne basert på vitale teikn, kroppsspråk, mimikk, og så vidare. Ein kan tolke at desse utsegna går mot kvarandre, då det illustrerer at den teoretiske kunnskapen er til stade, men at det er handlingar som styrer korleis det blir gjennomført i praksis.

Samstundes kan ein trekke linjer mellom haldningar til smerte og kunnskap og smerte. Eitersom tverrsnittstudie (Utne et al., 2019, s. 683) viser til noko manglande kunnskap kring psykisk og fysisk avhengigheit, kan ein tru at sjukepleiarar vel å gi minst mogleg smertestillande, med målet om å unngå å skape avhengigheit. Sjølv tenkjer eg at dette er noko sjukepleiarar vurderer forskjellig frå pasient til pasient, samt kvar i kreftforløpet pasienten er. Korleis ein kartlegg og vurderer smerter i eit palliativt forlaup, er kanskje annleis enn korleis ein gjer det i eit terminal forlaup. Kva type smerter pasienten opplever har også mykje å seie for korleis ein bør handle, og det er her viktigeita av riktig smertekartleggingsvektøy kjem inn: I kva dimensjon er det pasienten opplever smerta? Dersom pasienten opplever psykiske smerter, så vil opioidar kanskje bidra til ei kortvarig lindring, men i lengda vil nok ikkje tiltaket vil bidra til optimal smertelindring hos pasienten.

5.2.4. Sjukepleiar i møte med smerteuttrykk

Smerte er ikkje noko vi som helsepersonell kan observere eller måle, då vi berre ser verknaden den har på pasienten. Vi kan sjå korleis smerter iverksett fysiologiske reaksjonar, som høg puls og høgt blodtrykk. Derimot korleis pasienten uttrykkjer smertene, for eksempel med ansiktsuttrykk eller kroppsspråk, er ikkje smerteteikn ein alltid kan overføre til andre pasientar, då det er forskjellar i korleis ein uttrykkjer smerte (Danielsen et al., 2016, s. 384). Sjølv har eg erfart situasjonar der pasient har rapportert smerter samt bedt om smertestillande, der sjukepleiar seinare på vaktrom eller medisinrom diskuterer om pasienten verkeleg har så vondt som han rapporterer. Dette gjorde meg nysgjerrig. Kvifor blir ikkje pasientens sjølvrapportering trudd på av sjukepleiar?

I delkapittelet om kulturelle og individuelle forskjellar i smerteuttrykk, blei det gjennomgått korleis alt frå rollefigurar, oppvekstmiljø, religion, kjønn og kultur, er med på å påverke eit menneske si smerteåtferd (Wall & Larsen, 2007, s. 85-86). Totalt sett kan ein sjå at dette er faktorar som påverkar sjukepleiar i kartlegging av smerter, då gjerne kulturelle og individuelle forskjellar, samt haldningar og erfaringar ein har med seg, bidreg også til korleis sjukepleiar tolkar sin andre smerte.

Det å oppnå optimal smertelindring krev ein god relasjon og eit godt samarbeid med pasienten. Sjukepleiarar fortel at det er pasienten si sjølvrapportering som er gullstandarden ved smertekartlegging, likevel er det sjukepleiarar si eiga vurdering av smerta det takast utgangspunkt i ved iverksetting av tiltak (Utne et al., 2019, s. 683). Det sjukepleiarar seier og kva som blir gjort samsvarar ikkje. Kan dette misforholdet mellom kva sjukepleiar seier og gjer, vise til at sjukepleiarar ikkje fullt stoler på pasienten, då han sjølvrapporterer smerta si?

Det å etablere ein «menneske-til-menneske»-relasjon bidreg til at ein i større grad møter pasienten som eit menneske, og ikkje «berre» som ein pasient (Kristoffersen, 2016, s. 18). Mangelen på eit slikt forhold kan gjere at ein er i mindre stand til å møte og oppfylle pasientar sine behov (Travelbee, 1999, s. 17). Dessutan vil det også vere ei utfordring for sjukepleiarar å bedømme kor mykje smerter pasienten er i, då smerteuttrykk ikkje er målbar teikn for smerte (Danielsen et al., 2016, s. 388). Individuelle og kulturelle forskjellar påverkar i tillegg, ved at forskjellig smerteåtferd kan truge tillitsforholdet mellom sjukepleiar og pasient. Det vil seie at sjukepleiar blir nøydt til å ta valet om dei vil stole på eller tvile den rapporterte smerta. Dette valet påverkar kartlegginga av smertene til pasientar med kreft i stor grad. Valet om å stole på pasienten kan bli lettare, dersom sjukepleiar er klar over kor individuelt smerteåtferd er, korleis smerter kjem til uttrykk hos pasienten, samt hennar eigne haldningar til smertar (Danielsen et al., 2016, s. 382-383).

6.0. Konklusjon

«Kva faktorar påverkar sjukepleiarar ved smertekartlegging av kreftpasientar innlagt på sjukehus?». Det har vore manglande undervisning om smerter (Bartoszczyk & Gilbertson-White, 2015, s. 4) samt opplæring i bruk av smertekartleggingsverktøy (Erol et al., 2018, s. 31; Fink & Gallagher, 2019, s. 233). Dette har resultert i feil bruk av smertekartleggingsverktøy, der ein ikkje har tatt i bruk det som har vore best eigna for den kliniske settinga. Det er manglande rutinemessig bruk av kartleggingsverktøy (Erol et al., 2018, s. 31; Fink & Gallagher, 2019, s. 233). der mangelfull revurdering av smerta etter gjennomført tiltak gir mangelfull oppfølging i smertelindringsarbeidet. Barrierar knytt til sjukehuset si drift (Bartoszczyk & Gilbertson-White, 2015, s. 4), påverkar implementering av tiltak retta mot å auke sjukepleiarar sine evner til å vurdere pasientar med kreft sine smerter. Haldningane til sjukepleiar har innverknad på smertekartlegginga (Bouya et al., 2019, s. 843-844; Fink & Gallagher, 2019, s. 233; Utne et al., 2019, s. 679), ved at sjukepleiarar vektlegg vitale teikn, kroppsspråk og eigen tolking av pasientens smerter, over pasientens eiga sjølvrapportering. Smertekartlegginga blir også påverka av kulturelle og individuelle forskjellar i smerteuttrykk (Erol et al., 2018, s. 31; Utne et al., 2019, s. 683). Dette kan påverke relasjonen mellom sjukepleiar og pasient. Manglande tillit mellom sjukepleiar og pasient hindrar sjukepleiar i å møte behova til pasienten. Nærværet av eit «menneske-til-menneske»-relasjon gjer at ein møter pasienten som eit menneske og ikkje i rolla som pasient. Dette bidreg til at sjukepleiar betre klarar å kartlegge smerta til pasienten.

Referansar

- Bartoszczyk, D. & Gilbertson-White, S. (2015). Interventions for Nurse-Related Barriers in Cancer Pain Management. *Oncology Nursing Forum*, 42(6), 634-641. <https://doi.org/10.1188/15.onf.634-641>
- Bertelsen, B., Hornslien, K. & Thoresen, L. (2016). Svulster. I S. Ørn & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (2. utg. utg., s. 123-145) (37°C). Gyldendal akademisk.
- Bouya, S., Balouchi, A., Maleknejad, A., Koochakai, M., AlKhasawneh, E. & Abdollahimohammad, A. (2019). Cancer Pain Management Among Oncology Nurses: Knowledge, Attitude, Related Factors, and Clinical Recommendations: a Systematic Review. *Journal of Cancer Education*, 34(5), 839-846. <https://doi.org/https://dx-doi-org.galanga.hvl.no/10.1007/s13187-018-1433-6>
- Dalland, O. (2020). Hva er metode? I *Metode og oppgaveskriving* (7. utg., s. 53-65). Universitetsforlaget.
- Danielsen, A., Berntzen, H. & Almås, H. (2016). Sykepleie ved smerter. I H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5. utg., s. 381-426). Gyldendal Norsk Forlag.
- Erol, O., Unsar, S., Yacan, L., Pelin, M., Kurt, S. & Erdogan, B. (2018). Pain experiences of patients with advanced cancer: A qualitative descriptive study. *Eur J Oncol Nurs*, 33, 28-34. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2018.01.005>
- Fink, R. M. & Gallagher, E. (2019). Cancer Pain Assessment and Measurement. *Semin Oncol Nurs*, 35(3), 229-234. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2019.04.003>
- Helsebiblioteket. (2016a). PICO. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>
- Helsebiblioteket. (2016b). Sjekklistor. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>

Helsebiblioteket. (2018). ESAS - Edmonton Symptom Assessment System.

<https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/esas-edmonton-symptom-assessment-system--260510>

Helsedirektoratet. (2019). *Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen*

(Nasjonal faglig retningslinje, Issue IS-2800).

https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/palliasjon-i-kreftomsorgen-handlingsprogram/Palliasjon%20i%20kreftomsorgen%20%E2%80%93%20Nasjonalt%20handlingsprogram%20med%20retningslinjer.pdf/_attachment/inline/95636e37-ce73-4f2f-a61d-ee3f9e1ccada:7e24fd12cfaee415f922e897f894b6f7ff55d46e/Palliasjon%20i%20kreftomsorgen%20%E2%80%93%20Nasjonalt%20handlingsprogram%20med%20retningslinjer.pdf

HVL. (2020). Rettleiar for bacheloroppgåva ved fakultet for helse- og sosialvitskap (FHS).

<https://www.hvl.no/student/eksamen/heimeeksamen-og-oppgaveskriving/retteleiar-for-bacheloroppgava-ved-fhs/>

International Association for Study of Pain. (u.å., 2021). *Terminology - Pain*. IASP

International Association for the Study of Pain. Henta 8. oktober frå

<https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/#pain>

Jetne, V. (2017). Strålebehandling. I T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient, utfordring, handling* (4. utg. utg., s. 400-422). Cappelen Damm akademisk.

Kongsgard, U. E. (2017). Smerter og smertebehandling. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient, utfordring, handling* (4. utg., s. 181-197). Cappelen Damm akademisk.

Kreftregisteret. (2021). *Cancer incidence, mortality, survival and prevalence in Norway* (0806-3621). (Cancer in Norway 2020, Issue.

Kristoffersen, N. J. (2016). Sykepleiefagets teoretiske utvikling - en historisk reise. I N. J.

Kristoffersen (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Bind 3: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg. utg., Bd. Bind 3, s. 15-64). Gyldendal akademisk.

- Lorentsen, V. B. & Grov, E. K. (2016). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (5. utg., s. 397-436). Gyldendal Norsk Forlag.
- Nakken, E. S. (2017a). Kirurgisk behandling. I T. K. Schjøberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient, utfordring, handling* (4. utg. utg., s. 378-384). Cappelen Damm akademisk.
- Nakken, E. S. (2017b). Kjemoterapi. I T. K. Schjøberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient, utfordring, handling* (4. utg. utg., s. 285-399). Cappelen Damm akademisk.
- NCBI. (1964-1965). Neoplasms. *National Center for Biotechnology Information*.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68009369>
- NHI. (2021). *Edmonton Symptom Assessment System (revidert versjon) (ESAS-r)*.
<https://nhi.no/imagevault/publishedmedia/54050jbuw9lms1danyr0/4477-2-esas-symptomskjema.pdf>
- Nordtvedt, P. & Nortvedt, F. (2018). *Smerte: Fenomen og etikk* (1. utg.). Gyldendal.
- Norheim, B., Brodal, P. & Aambø, A. (2007). *Smerter: Smerteopplevelse og atferd*. Cappelen akademisk.
- Nortvedt, F. (2016). Smerte - en personlig og sammensatt erfaring. I G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., s. 169-185). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L. A., Stewart, L. A., Thomas, J., Tricco, A. C., Welch, V. A., Whiting, P. & Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Skaug, E.-A. (2016). Kliniske vurderingsprosesser og dokumentasjon av sykepleie. I N. J. Kristoffersen (Red.), *Grunnleggende sykepleie: B. 1: Sykepleie - fag og funksjon* (3. utg. utg., Bd. b. 1, s. 339-376). Gyldendal akademisk.

- Støren, I. (2013). *Bare søk!: Praktisk veiledning i å gjennomføre litteraturstudie* (2. utg.). Cappelen Damm.
- Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Torvik, K. & Bjørø, K. (2014). Smerte. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg. utg., s. 390-407). Gyldendal akademisk.
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelig forhold i sykepleie* (5. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Trier, E. L. (2019). Palliativ omsorg og sykepleie. I U. Knutstad (Red.), *Sykepleieboken 3: Utøvelse av klinisk sykepleie* (3. utg., s. 850-895). Cappelen Damm akademisk.
- Trygstad, H. & Dalland, O. (2020). Kunnskapskilder og kildekritikk. I O. Dalland (Red.), *Metode og oppgaveskriving* (7. utg., s. 140-166). Gyldendal.
- Universitetssykehus, O. (2021). *Numeric Rating Scale (NRS-11)* (eHåndboken, Issue. https://oslo-universitetssykehus.no/Documents/FORML,%20forskningsenhet%20for%20muskel%20Og%20skjeletthelse/numerisk_smerteskala.pdf
- Utne, I. & Nakken, E. (2019a). Sykepleie i et kreftforløp. I U. Knutstad (Red.), *Sykepleieboken : 3 : Utøvelse av klinisk sykepleie* (3. utg., s. 110-119). Cappelen Damm akademisk.
- Utne, I. & Nakken, E. (2019b). Sykepleie i et kreftforløp. I U. Knutstad (Red.), *Sykepleieboken 3: Utøvelse av klinisk sykepleie* (3. utg., s. 104-146). Cappelen Damm akademisk.
- Utne, I., Småstuen, M. C. & Nyblin, U. (2019). Pain Knowledge and Attitudes Among Nurses in Cancer Care in Norway *Journal of Cancer Education*, (34(4)), 677-684. <https://doi.org/https://dx-doi-org.galanga.hvl.no/10.1007/s13187-018-1355-3>
- Wall, P. & Larsen, F. B. (2007). *Smerte: Kunnskap om lidelse*. Pensumtjeneste.

Winger, A. & Leegard, M. (2016). Smerter. I U. Knutstad (Red.), *Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie* (4. utg., s. 172-194) (Sykepleieboken 2). Cappelen Damm.

Vedlegg II – Edmonton Symptom Assessment System (Revidert versjon) (ESAS-r)

Edmonton Symptom Assessment System (revidert versjon) (ESAS-r)

Vennligst sett ring rundt det tallet som best beskriver hvordan du har det NÅ:

Ingen smerte	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig smerte
<hr/>												
Ingen slapphet (slapphet = mangel på krefter)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig slapphet
<hr/>												
Ingen døsighet (døsighet = å føle seg savnig)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig døsighet
<hr/>												
Ingen kvalme	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig kvalme
<hr/>												
Ikke nedsatt matlyst	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig nedsatt matlyst
<hr/>												
Ingen tung pust	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig tung pust
<hr/>												
Ingen depresjon (depresjon = å føle seg nedstemt)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig depresjon
<hr/>												
Ingen angst (angst = å føle seg urolig)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig angst
<hr/>												
Best tenkelig velvære (velvære = hvordan du har det, all tatt i betraktning)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig velvære
<hr/>												
Ingen _____ Annet problem (f.eks. forstoppelse)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig _____

Pasientens navn: _____

Dato: _____

Tidspunkt: _____

Fyll ut av (sett ett kryss):

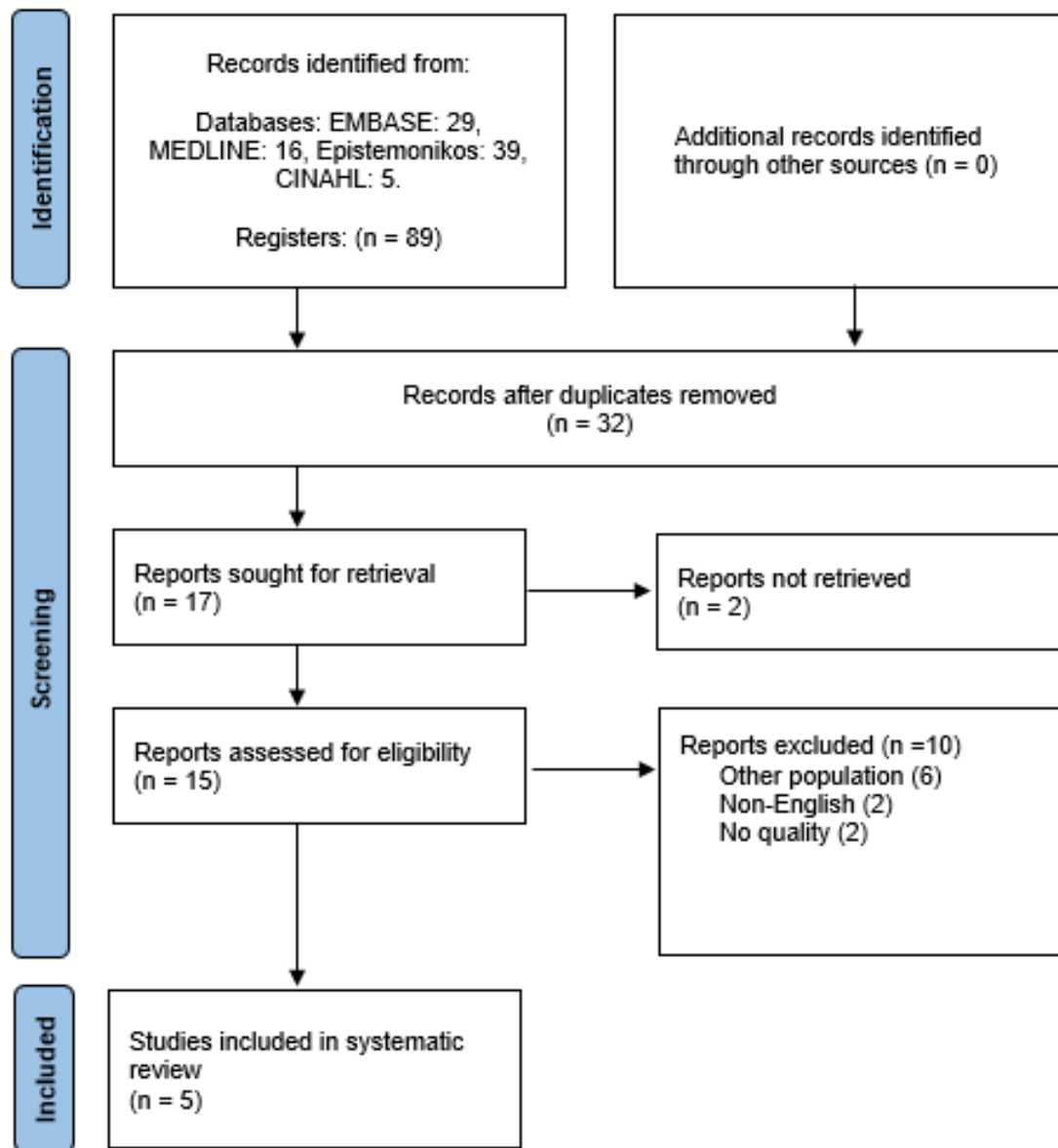
- Pasient
- Pårørende
- Helsepersonell
- Pasient med hjelp fra pårørende eller helsepersonell

(NHI, 2021)

Vedlegg III – PICO-skjema

PICo-skjema		
P:	<i>Populasjon/ problem</i>	Cancer pain, neoplasms
I:	<i>(Phenomenon of) Interest</i>	Pain management
Co:	<i>Context</i>	Nursing

Vedlegg IV – PRISMA Flow Diagram



(Page et al., 2021)

Vedlegg V – Søkehistorikk

Dato for søk	Database	Søkeord og ordkombinasjonar	Inklusjonskriterium i søket	Antal treff	Leste abstract	Leste artiklar	Inkludert artiklar
22.02. 2022	EMBASE	Neoplasms AND Cancer pain AND "pain management" (keyword) AND "nursing" (keyword)	Abstracts Published: 2012-2022	29	8	3	<p><i>Cancer Pain Assessment and Measurement.</i></p> <p><i>Cancer Pain Management Among Oncology Nurses: Knowledge, Attitude, Related Factors, and Clinical Recommendations: A Systematic Review.</i></p> <p><i>Pain experiences of patients with advanced cancer: A qualitative descriptive study</i></p>
12.02. 2022	MEDLINE	Neoplasms AND Cancer pain AND Pain management AND "nursing" (keyword)	Abstracts Published: 2012-2022	16	6	4	<p><i>Pain Knowledge and Attitudes Among Nurses in Cancer Care in Norway.</i></p>
12.02. 2022	Episte-monikos	Cancer pain AND Pain management AND "nursing" (keyword)	Published: 2012-2022	39	15	6	<p><i>Interventions to nurse-related barriers in cancer pain management.</i></p>
12.02. 2022		Neoplasms AND Cancer pain AND Pain management AND "nursing" (keyword)	Abstract available Published: 2012-2022	5	3	2	0

Vedlegg VI – Litteratormatrise

Forfattar(ar) Publikasjonssår Tidsskrift Land	Tittel på artikkel	Hensikt	Metode	Hovudfunn/ Resultat	Gjort reie for etiske vurderingar	Styrkar og svakheiter	Kommentar
Regina M. Fink & Eva Gallagher. (2019) <i>Seminars in Oncology Nursing.</i> USA	Cancer Pain Assessment and Measurement.	Å gjennomgå førekomsten av kreftsmarter, og bidra til innsikt kring forskjellige tilnærmingar for evaluering samt bruk av validerte og pålitelege kartleggingsverktøy, i forskjellige kliniske settingar.	Litteraturstudie, artikkel.	Sjølvrapporert smerte er gullstandard. Det finst smertekartleggingsverktøy som kan brukast i forskjellige kliniske settingar. F.eks. NRS hos verbale pasientar eller RQRST hos non-verbale. Utfordringar kring smertevurdering er mangel på kunnskap, mangel på rutinemessig bruk av kartleggingsverktøy, frykt for avhengigheit, samt språkbarrierar og kulturforskjellar.	Nei	<i>Styrkar:</i> Oversikt og rangering over mange validerte og pålitelege smerte- kartleggingsverktøy, som kan brukast i forskjellige kliniske samanhengar. <i>Svakheiter:</i> Manglar metodekapittel. Referansar er hovudsakleg systematiske oversiktar og amerikanske nasjonale retningslinjer.	I denne studien var det også fokus på smerte- kartlegging hos geriatrike pasientar, pasientar med rusproblematikk, og pasientar med kognitive svkkingar. Desse blei ikkje inkludert, då dette ikkje var relevant for oppgåva.
Salehoddin Bouya, Abbas Balouchi, Abdulbaset Maleknejad, Maryam Koochakzai, Esra AlKhasawneh og Abdolghani Abdollahimahammad. (2019) <i>Journal of Cancer Education.</i> Iran	Cancer Pain Management Among Oncology Nurses: Knowledge, Attitude, Related Factors, and Clinical Recommendations: a Systematic Review.	Studien hadde som mål å evaluere kunnskap om og haldningar til vurdering av kreft- relaterte smerter hos sjukepleiarar som jobbar i kreftavdelingar, samt identifisere relaterte faktorar og barrierar.	Systematisk oversikt gjennomført ved systematisk søk i internasjonale data- basar. Val av studiar blei gjort individuelt av to forskarar. Ved stridigheit blei valet gjort ved bruk av «consensus»- metoden. Det blei identifisert 12 studiar, som inkluderte 3574 sjukepleiarar.	Sjukepleiarar sin kunnskap kring kreftsmarter og - behandling blei klassifisert som låg til moderat. Studiar som inkluderte sjukepleiars haldningar, klassifiserte desse som gjennomsnittlege eller negative. Det blei identifisert viktige faktorar kring kunnskap, som utdanningsprogram om smerte og tidlegare erfaringar med kreftpasientar. Den viktigaste hindringa som blei identifisert var personalets manglande kunnskap om smerte.	Ja	<i>Styrkar:</i> Første systematiske oversikta som omfattande undersøker kunnskap, haldning, relaterte faktorar og barrierar kring vurdering av kreftrelaterte smerter. <i>Svakheiter:</i> Den systematisk oversikta inkluderer få studie, der dei hadde forskjellige forskingsdesign og måtte hente inn manglande informasjon frå forfattarar. Alle studie var engelsk- språklege.	

<p>Ozgul Erol, Serap Unsar, Iale Yacan, Meryem Pelin, Seda Kurt og Büilent Erdogan.</p> <p>(2018)</p> <p><i>European Journal of Oncology Nursing.</i></p> <p>Tyrkia</p>	<p>Pain experiences of patients with advanced cancer: A qualitative descriptive study</p>	<p>Utforske smerteopplevinga til pasientar med framtreddande kreft og korleis dei handterer smerta, samt for å presentere sjukepleiaren utøving av sin smertelindrande funksjon frå perspektivet til pasienten.</p>	<p>Kvalitativ beskrivande studie, som tok utgangspunkt i 16 pasientar med framtreddande kreft si oppleving og handtering av smerte. Studien tek for seg opplevinga av sjukepleiar si tilnærming og handtering av smertene. Studien er gjennomført i Tyrkia, der mange av pasientane hadde Islamsk tru.</p>	<p>Pasientane opplevde angst, fortvilning, håplausheit og restriksjonar i det daglege livet. Studien viste at nærmare halvparten av pasientane ikkje var nøgd med sjukepleiaren si vurdering av smerta, og at sjukepleiarars vurdering og handtering av smerte ikkje var tilfredsstillande. Resultatet viste at sjukepleiar må vere var på pasientens smertetilstand, samt har behov for utdanning om smertevurdering- og tiltak (medikamentelle og ikkje-medikamentelle tiltak).</p>	<p>Ja</p>	<p><i>Styrkar:</i> Auka reliabilitet og truverdige resultat ved å gjennomføre Colaizzis fenomenologiske metode. Dette er ein sju-trinns datainnsamlingsmetode som bekreftar resultatet.</p> <p><i>Svakheiter:</i> Inkluderer berre pasientar frå Tyrkia. Pasientane hadde framtreddande kreft, og kan dermed ikkje ha overførande verdi til alle kreftpasientar.</p>	<p>Studien fokuserer på smerte-oppleving og -handtering frå pasientens perspektiv. I resultatdelen er det tatt med pasientens perspektiv på sjukepleiar si utøving av smertelindrande funksjon.</p>
<p>Inger Utne, Milada Cvancarova Småstuen og Ulla Nyblin.</p> <p>(2019)</p> <p><i>Journal of Cancer Education.</i></p> <p>Norge</p>	<p>Pain Knowledge and Attitudes Among Nurses in Cancer Care in Norway</p>	<p>Undersøkje kunnskap om og haldningar til smerte, hos norske sjukepleiarar innanfor kreftomsorg. Utforske om det er variasjonar mellom demografi og kunnskapsnivå. Studien blei gjennomført i Noreg</p>	<p>Tverrsnittstudiet rekrutterte 312 medlemmer av «Forum for kreftsykepleie» via e-post frå Norsk sykepleieforbund (NSF). Spørjeundersøkinga «Nurses' Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain (NKAS)» blei gjort elektronisk og sendt ut til deltakarane.</p>	<p>Studien konkluderer med at norske sjukepleiarar innanfor kreftomsorg har relativ god kunnskap om smerte. Det er derimot forbettringspotensial kring farmakologi, dvs. kunnskap om effekt og biverknad, samt sjukepleiarar haldningar til korleis pasientar uttrykkjer smerte. Det blei ikkje identifisert noko signifikant variasjon mellom demografi og kunnskapsnivå.</p>	<p>Ja</p>	<p><i>Styrkar:</i> Studien representerer alle fylker i Noreg. Sjukepleiarar som deltok i studien jobbar innanfor mange forskjellige sektorar i kreftomsorga, og variasjonen i alder og arbeidserfaring er stor.</p> <p><i>Svakheiter:</i> Grunna anonymisering, er det usikkert om deltakarane er representative for medlemmer i gruppa. Fleirtalet av deltakarane var kreft-sjukepleiarar, og derfor ikkje representative for alle sjukepleiarar i kreftomsorga.</p>	

<p>Dorota A. Bartoszczyk og Stephanie Gilbertson-White.</p> <p>(2015)</p> <p><i>Oncology Nursing Forum.</i></p> <p>USA</p>	<p>Interventions to nurse-related barriers in cancer pain management</p>	<p>Å gi kritisk innsikt kring implementerte tiltak iverksett for å overkomme sjukepleiar-barrierar i smertekartlegging hos vaksne og eldre kreftpasientar.</p>	<p>Litteraturstudie, artikkel.</p>	<p>Tilgjengelege tiltak kan vere effektive når det kjem til sjukepleiars kunnskap kring smertebehandling hos kreftpasientar. Tiltak iverksett for å forbetre sjukepleiars haldningar blei ikkje sett på som effektivt. Spesialutdanna og rollemodellar viste seg å vere av verdi, spesielt dersom det var etablert ein tillitsfull relasjonen</p> <p>Studien etterlyser tiltak som måler haldningsendringar, for eksempel smertevurdering, dokumentering og gjennomføringa av smertelindring.</p>	<p><i>Styrkar:</i> Alle studie inkludert i var eksperimentelle med spesifikk intervensjon. Første studien som måler effekten av intervensjonar.</p> <p><i>Svakheiter:</i> Fleste studie inkluderte ikkje randomisering, som avgrensar moglegheita til å seie om det var intervensjonen som sørga for endringar. Manglande statistisk signifikans i nokre av studiane sett spørsmålsteikn ved effekten av intervensjonen</p>	<p>Litteraturstudien blei nøydt å inkludere eldre kreftpasientar i studiet, då det var manglande data kring eldre kreftpasientar.</p>
--	--	--	------------------------------------	---	---	---