



# Høgskulen på Vestlandet

## Bacheloroppgave

SYKH390

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	24-11-2022 12:00 CET	<b>Termin:</b>	2022 HØST
<b>Sluttdato:</b>	08-12-2022 14:00 CET	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Bacheloroppgave		
<b>Flowkode:</b>	203 SYKH390 1 O 2022 HØST		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

<b>Kandidatnr.:</b>	336
---------------------	-----

### Informasjon fra deltaker

<b>Antall ord *:</b>	7895
----------------------	------

**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

<b>Gruppenavn:</b>	(Anonymisert)
<b>Gruppenummer:</b>	16
<b>Andre medlemmer i gruppen:</b>	335

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



## SYKH390 Bacheloroppgave

Kommunikasjon, mestring og kronisk smerte

Communication, coping and chronic pain

Kandidatnummer: 335 & 336

Antall ord: 7895

Bachelor i sykepleie

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

08.12.2022

## **Se meg**

Se meg, hør meg

kom inn til meg og rør meg

kjære, hør meg

Det er en meg her inne

som famler rundt i blinde

trå forsiktig inn og led meg

trøst meg, gled meg

men framfor alt:

se meg

(Eidsvåg, 1986)

## Abstrakt

**Bakgrunn for valg av tema:** Kroniske smerter omtales som et folkehelseproblem som rammer 30% av befolkningen i Norge. Likevel viser forskning at mange pasienter med kroniske smerter opplever å ikke bli hørt og forstått av helsepersonell. Derfor er det interessant å se på om bestemte kommunikasjonsmetoder kan gir bedre behandlingsutfall for pasienter med kronisk smerte.

**Problemstilling:** Hvordan kan sykepleiere bruke kommunikasjonskompetanse for å bidra til økt mestring hos personer som lever med kroniske smerter?

**Hensikt:** Hensikten med denne oppgaven er å undersøke effekten av god kommunikasjon mellom sykepleier og pasienter med kroniske smerter.

**Metode:** Metoden som er valgt er litteraturstudie. Gjennom en kritisk søkeprosess i databasene PubMed og CINAHL, er det valgt ut fire forskningsartikler: to kvalitative, en kvantitativ og en systematisk oversiktsartikkel. Resultater fra artiklene ble systematisk analysert og vurdert, deretter sammenfattet til tre hovedfunn.

**Resultat:** I analysen fremkommer det tre hovedfunn om sykepleiernes kommunikasjonskompetanse; (1) personsentrert kommunikasjon er nødvendig for pasientens opplevelse av håp og mestring, (2) å fokusere på pasientperspektivet er avgjørende for pasientgruppens opplevelse av mestring, (3) god kommunikasjonskompetanse gir bedre behandlingsutfall for pasienter med kroniske smerter.

**Oppsummering:** Denne bacheloroppgaven viser at sykepleierne kan ta i bruk ulike kommunikasjonsgrep som bidrar til økt mestring hos pasienter med kroniske smerter. Funnene fra analysen viser at bestemte kommunikasjonsmetoder bør benyttes i sykepleiernes møte med denne pasientgruppen, og sykepleierne må derfor ha kunnskap om disse metodene.

## Abstract

**Background:** Chronic pain is referred to as a public health issue which affects 30% of the Norwegian population. Still, research shows that many people experience a lack of understanding from healthcare professionals. Hence it is interesting to observe that certain communication methods can lead to improved outcome of treatment for patients with chronic pain.

**Thesis question:** How can nurses use communication competence to contribute to increased coping amidst persons living with chronic pains?

**Purpose:** The purpose of this thesis is to study the effect of good communication between a nurse and patients with chronic pains.

**Method:** The method chosen for this thesis is literary review. Through a critical process using the databases PubMed and CINAHL, four research papers were selected: two qualitative, one quantitative and one systematic review. The results of which were systematically analyzed and assessed, then summarized to three main findings.

**Result:** In the analysis there emerges three main findings about nurses' communication competences; (1) person-centered communication is necessary for patients to experience hope and coping, (2) to focus on the patient perspective is crucial for chronic pain patients' experience of coping, (3) good communication competence assures improved outcome of treatment for patients with chronic pain.

**Summary:** This bachelor thesis shows how nurses can apply communication skills to contribute to increased coping with the pains of chronic pain patients. The findings of the analysis shows that certain communication methods should be used by nurses in conjunction with chronic pain patients, and therefore nurses must have knowledge of these methods.

## Innholdsfortegnelse

<b>1. Innledning</b> .....	8
1.1 Bakgrunn for valg av tema .....	8
1.2 Begrepsavklaring .....	10
1.2.1 Kommunikasjon .....	10
1.2.2 Smerter og kroniske smerter .....	10
1.2.3 Mestring .....	10
1.2.4 Livskvalitet .....	11
1.3. Teoretisk perspektiv .....	11
1.3.1 Sykepleiefunksjoner .....	11
1.3.2 Sykepleieteori: Joyce Travelbee .....	13
1.3.3 Kommunikasjonskompetanse og relasjonsarbeid .....	15
1.3.4 Smerter .....	16
1.4 Formål og problemstilling .....	18
1.4.1 Avgrensing av problemstilling .....	18
<b>2. Metode</b> .....	19
2.1 Litteraturstudie som metode .....	19
2.2 Kvalitativ og kvantitativ metode .....	20
2.3 Søkestrategi .....	21
2.4 Inklusjons- og eksklusjonskriterier .....	23
2.5 Kildekritikk og metodediskusjon .....	24

2.6 Presentasjon av forskningsartikler .....	25
2.6.1 Artikkel 1: Alhani et al. ....	25
2.6.2 Artikkel 2: Eide et al.....	26
2.6.3 Artikkel 3: K. L. Becker .....	27
2.6.4 Artikkel 4: Jonsdottir et al. ....	27
<b>3. Analyseprosessen og presentasjon av hovedfunn .....</b>	<b>29</b>
3.1 Betydningen av personsentrert kommunikasjon.....	29
3.2 Å utforske pasientperspektivet .....	30
3.3 Tilstrekkelig kommunikasjonskompetanse .....	30
<b>4. Diskusjon .....</b>	<b>32</b>
4.1 Personsentrert kommunikasjon og aktiv lytting .....	32
4.2 Utforske pasientperspektivet.....	33
4.3 Kommunikasjonskompetanse og mestring.....	36
<b>5. Avslutning .....</b>	<b>38</b>
<b>6. Referanseliste .....</b>	<b>39</b>
<b>7. Vedlegg.....</b>	<b>44</b>
Vedlegg 1 – PICO-skjema:.....	44
Vedlegg 2 – Vurderingsskjema for artikler:.....	45
Vedlegg 3 – Sjekkliste for vurdering av studier .....	46



## **Oversikt over tabeller**

Tabell 1: Litteratursøk

Tabell 2: Inklusjons- og eksklusjonskriterier

# 1. Innledning

I innledningskapittelet skal vi presentere bakgrunn for valg av tema, teoretisk grunnlag og oppgavens problemstilling.

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Det overordnede temaet for denne oppgaven er sykepleiers kommunikasjon med pasienter som har kroniske smerter. Sykepleierens rolle i møte med pasienter med langvarige smerter kan være krevende. Det finnes en lang rekke ikke-medikamentelle behandlingstiltak. Vi har i denne oppgaven valgt å se på kommunikasjon med pasienten som et slikt tiltak. En gjennomgang av en rekke studier viser at smerte kan reduseres, dersom helsepersonellet har tilstrekkelig med kunnskap om ulike behandlingstiltak, både medikamentelle og ikke-medikamentelle (Sandvik & Rustøen, 2020). Det er dermed viktig at sykepleieren er faglig oppdatert på området. Gjennom praksis har vi møtt mange pasienter med kroniske smerter, og på bakgrunn av omfanget er det vår antagelse at vi kommer til å møte mange fra denne pasientgruppen både i vår yrkeskarriere og som privatpersoner. Vår interesse for betydningen av god og ulik kommunikasjonskompetanse er blitt styrket i møtene vi har hatt med pasienter med kroniske smerter.

Kroniske smerter omtales som et folkehelseproblem som rammer 30% av befolkningen (Landmark et al., 2012; Samuelsen et al., 2016; Folkehelseinstituttet, 2014). I

Folkehelse rapporten fra 2014 (Folkehelseinstituttet, 2014) kommer det fram at smerter er vanligste årsak for å oppsøke lege. I tillegg sier den at halvparten av den voksne befolkning som oppsøker lege har smerter, hvorav 40% har hatt de samme smertene i mer enn 3 måneder (Folkehelseinstituttet, 2014, s. 141-145). Tall fra øvrige skandinaviske land viser samme trend som i Norge (Hasselstrom, 2002; Eriksen, 2003). I Danmark ser man i tillegg at antall liggedøgn på sykehus er høyere for pasienter med langvarige smerter enn andre (N. Becker, 1997). En europeisk undersøkelse om kroniske smerter og livskvalitet viser tydelig korrelasjon mellom disse; 50% av deltakerne oppga at de var sliten, 40% oppga at de slet

med å fungere som normalt og to tredjedeler slet med fysisk aktivitet og søvn (Breivik et al., 2006). I den samme undersøkelsen oppga rett under halvparten at de ikke opplever smertebehandlingen som effektiv, og at de i tillegg opplever manglende tillit og forståelse fra helsearbeidere (Breivik et al., 2006). De samfunnsmessige konsekvensene av disse høye tallene er også betydelig. Økonomiske omkostninger knyttet til behandling og høyt sykefravær er eksempler på slike konsekvenser (Rustøen et al., 2004).

Sykepleierfaget har et stort fokus på mestring. Pasientgruppen i denne oppgaven er personer med kroniske smerter. Det kan tenkes at dette er en pasientgruppe som kan oppleve tap av mestring, som for eksempel ved redusert arbeidskapasitet, energitap eller nedsatt funksjonsevne (Gonzalez, 2020, s. 48).

En fagartikkel publisert i *Sykepleien* (Heggen & Danielsen, 2020) omhandler forholdet mellom sykepleier og pasient med kroniske smerter, og hvordan pasienter kan føle seg oversett av sykepleierne. Kroniske smerter kan være usynlig for dem rundt, også for sykepleiere. Artikkelen viser hvordan gode relasjoner mellom pasient og sykepleier kan føre til bedre dialoger, dermed bedre forståelse og til slutt bedre mestring av den vanskelige livssituasjonen (Heggen & Danielsen, 2020). Forskning viser at tillitsfull relasjon mellom sykepleier og pasient fremmer mestring hos pasienter med kroniske smerter (Paul-Savoie et al., 2018). På samme måte viser forskning at behandlingseffekten kan være negativ dersom pasienten føler mistillit til sykepleieren eller behandlingsalternativet (Rütgen et al., 2015). I en oversiktsartikkel vises en trend hvor sykepleiere har begrenset kunnskap om kompleksiteten rundt kroniske smerter, og hvilken betydning relasjonen kan ha for pasientens mestring. Den samme studien mener det finnes tilstrekkelig med forskning på området, men at problemet ser ut til å være omsetting av forskning til kunnskapsbasert praksis (Heggen & Danielsen, 2020).

I Norge ser vi en økende interesse innenfor området både i forhold til mengden ny forskning,

og økende antall fagartikler. Sammenhengen mellom helsepersonellets kommunikasjon og mestring av smerte er fortsatt et relativt utforsket område (Eide et al., 2009). Vi har valgt et tema som gir oss mulighet til å fordype oss i emnet, samt at vi opplever kommunikasjonsmetoder som svært aktuelt og relevant for sykepleieryrket.

## 1.2 Begrepsavklaring

I det videre klargjøres sentrale begreper som blir brukt i oppgaven.

### 1.2.1 Kommunikasjon

Kommunikasjon forklares som utveksling av et budskap mellom to eller flere parter. Kommunikasjonsprosessen innebærer både verbale og nonverbale uttrykk, og gjensidighet mellom partene. Med gjensidighet menes at man både gir og mottar informasjon (Heyn, 2018, s. 14). God profesjonell kommunikasjon er faglig fundert, og samtidig personsentrert. Det er sykepleieren sitt ansvar å lede kommunikasjonen med pasienten (Eide & Eide, 2017, s. 16-17).

### 1.2.2 Smerter og kroniske smerter

IASP (International Association for the Study of Pain, 2020) definerer smerte som «en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse som assosieres med vevsødeleggelse». Det vil si at smerte påvirkes av psykiske, eksistensielle og sosiale faktorer, samt tidligere erfaringer, og er dermed en subjektiv opplevelse. Kroniske smerter defineres som smerter som har vart mer enn 3-6 måneder (Felleskatalogen, 2022).

### 1.2.3 Mestring

Mestring kan forstås på ulike måter. Det handler om hvordan man møter belastende livssituasjoner, og de indre ressurser og handlinger en har for å kontrollere situasjonen. Pasientenes mestring kan også forstås som hvordan de håndterer stress eller sykdom.

Mestring handler om hvilke kunnskaper, indre- og ytre ressurser og ferdigheter man har, men også evnen til å utnytte disse (Gammersvik & Larsen, 2018, s. 238).

#### 1.2.4 Livskvalitet

Livskvalitet defineres som hvordan livet oppleves av den enkelte, og hvilke materielle levekår en har. Subjektiv livskvalitet innebærer egne følelser og oppfatninger om eget liv, mens objektiv livskvalitet innebærer blant annet funksjonsevne og objektiv helsetilstand (Nes, 2019).

### 1.3. Teoretisk perspektiv

I den følgende delen gjør vi rede for sykepleierteoretisk perspektiv, lover, pensum og faglitteratur for å utdype følgende relevante begreper fra oppgaven; sykepleiefunksjoner, profesjonell kommunikasjon og smerte.

#### 1.3.1 Sykepleiefunksjoner

Sykepleie som yrke omfatter åtte funksjons- og ansvarsområder. Fem av disse er direkte pasientrettet; helsefremming, forebygging, behandling, lindring og rehabilitering. Sykepleiers rolle i møte med pasienter med kroniske smerter kan innebære alle de nevnte områdene. I tillegg heter et av funksjonsområdene undervisning og veiledning, som omhandler blant annet ansvaret sykepleieren har til å formidle kunnskap og forståelse til pasienter, slik at de kan ivareta egen helse (Kristoffersen et al., 2017a, s. 17-19). Dette er også en viktig sykepleiefunksjon i møte med pasienter med kroniske smerter.

Å jobbe helsefremmende er en stor del av hvordan sykepleiere hjelper pasienter. Gammersvik og Larsen (2018, s. 16) definerer helsefremmende arbeid som: «deltakende metoder som setter folk i stand til å ta kontroll over egen helse». Når man bidrar til at pasienten oppnår mestring, har man en helsefremmende funksjon. Derfor er målet med å

jobbe helsefremmende tredelt; mestring for egen helse, mestring for sykdom og mestring for bedring (Gammersvik & Larsen, 2018).

Helsepedagogikk innebærer at helsepersonell skal bidra til at pasienten endrer sitt forhold til egen helse. Personlig kontakt, dialog og relasjon mellom pasient og sykepleier er sentralt i en helsepedagogisk sammenheng. Sykepleierens pedagogiske funksjon handler om å være bevisst i forhold til hvordan man formidler kunnskap, og hva man ønsker å oppnå gjennom samtale (Gammersvik & Larsen, 2018, s. 247). I et sosiokulturelt perspektiv innebærer læring at kunnskap konstrueres gjennom samhandling. Veiledning er en form for samhandling, hvor hensikten er å legge til rette for å øke pasientens kompetanse til mestring (Gammersvik & Larsen, 2018, s. 239).

Alle sykepleiere har et etisk ansvar overfor sin yrkesutøvelse. I pasientmøter skal sykepleieren alltid sørge for ivaretagelse av pasientens verdighet og integritet. Det vil si å sørge for at pasienten har medbestemmelse, ikke blir krenket og mottar omsorgsfull hjelp (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Punkter fra de yrkesetiske retningslinjene som er aktuelle videre i denne oppgaven er punkt 2.2 som fremhever at «sykepleieren understøtter håp, mestring og livsmot hos pasienten», og punkt 2.10 som sier at «sykepleieren har ansvar for å yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelser» (Norsk Sykepleierforbund, 2019).

Alle som utøver sykepleie må forholde seg til lovverket som angir både forpliktelser, ansvarsområder og rettigheter. Helsepersonelloven skal sikre kvalitet i helsetjenesten, og bidra til å øke tillit mellom helsepersonell og pasienter (Helsepersonelloven, 1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter skal bidra til økt kvalitet og likhet i helsetjenestene. Den skal også sørge for at pasientens liv, integritet og menneskeverd respekteres (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Folkehelseloven skal medvirke til styrket folkehelse, og til å utjevne sosiale forskjeller i helse. Et sentralt begrep i denne loven er medvirkning (Folkehelseloven, 2011). Også loven om helse- og omsorgstjenester fastslår et ansvar for å

fremme helse. I dette arbeidet er veiledning, råd og informasjon viktig (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Videre i denne oppgaven er det spesielt aktuelt å anvende pasient- og brukerrettighetslovens kapittel tre. Her beskrives pasientens rett til informasjon og medvirkning i behandlingen (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

### 1.3.2 Sykepleieteori: Joyce Travelbee

Sykepleieteoretisk grunnlag for denne oppgaven finner vi i arbeidet til Joyce Travelbee. Hun skriver om hvordan sykepleiere tilnærmer seg pasienter på et menneske-til-menneske-nivå, hvordan de kan bruke seg selv terapeutisk, samt bidra til håp og mestring (Travelbee, 1971). Hennes teori setter sykepleiers kommunikasjonsferdigheter i sammenheng med mestring av sykdom. Travelbee definerer sykepleie slik: Sykepleie er en mellommenneskelig prosess hvor den profesjonelle sykepleier assisterer et individ, en familie eller et samfunn i å forebygge, eller mestre erfaringer av sykdom og lidelse og om nødvendig, å finne en mening ved disse erfaringene (Travelbee, 1971, s. 7). Travelbee skriver om hvordan ordet pasient er en skadelig stereotyp som gir den syke personen en rolle den ellers ikke ville hatt. Hun beskriver hvorfor det er viktig å se behandlingen som et interpersonalt samarbeid hvor målet er å hjelpe den syke personen til å mestre, og hvis nødvendig finne mening i sin lidelse (Travelbee, 1971, s. 8).

Forholdet som Travelbee setter høyest i sin definisjon av riktig sykepleie er menneske-til-menneske-forholdet. Hun beskriver dette som en essensiell del av målet ved sykepleie. Et menneske-til-menneske-forhold referer til en eller flere erfaringer mellom en sykepleier og den syke personen. Den største delen av disse erfaringene er at sykepleiebehovene til individet, familien eller samfunnet blir møtt. Disse behovene blir møtt av en sykepleier som bruker en disiplinert og intellektuell tilnærming til problemene, kombinert med en terapeutisk bruk av seg selv. Å bruke seg selv terapeutisk betyr, ifølge Travelbee, hvordan en sykepleier bruker seg selv og personligheten sin til å forsterke behandlingen av en person som er syk. Et menneske-til-menneske-forhold etableres og vedlikeholdes av en profesjonell sykepleier (Travelbee, 1971, s.17).

Sykdom er et begrep med mange kriterier. Definisjonen blir derfor ikke lik for alle. Når en person blir syk og får en sykdomsdiagnose, endres perspektivet samfunnet har på denne personen. Man blir en pasient. Som pasient får man visse rettigheter som bidrar til hvordan samfunnet oppfatter en, og det kan også påvirke hvordan en ser seg selv. Travelbee ser på sykdom som et sosialt problem så vel som et menneskelig problem. Metodene sykepleiere bruker som bidrar til at syke personer opplever mestring, er minst like viktig som måten de utfører prosedyrer, kurativ- og lindrende behandling på (Travelbee, 1971, s. 18-21).

Håp står sentralt i Travelbee sin teori om sykepleie. Håp forstås både av helsepersonell og lekpersoner som et essensielt redskap for å motivere og hjelpe syke personer å håndtere vanskelige og stressbelagte situasjoner. Travelbee hevder at håp bidrar til at pasienten kan håndtere sykdom og smerter bedre, og at håp derfor bli ekstra viktig for pasientgruppen med kroniske smerter. Derfor presiserer Travelbee at det er den profesjonelle sykepleiers rolle å assistere den syke personen å oppleve håp, som bidrar til å mestre stresset en får fra sykdom og lidelse (Travelbee, 1971, s. 77).

Travelbee mener at håp stammer fra troverdighet og tillit. Tillit til andre mennesker og til miljøet man er en del av. Håp handler ifølge Travelbee om hvordan man kan anta at hjelp vil komme, og at en vil finne en løsning til ens problemer. Derfor bør en alltid jobbe for å bygge tillit hos syke personer slik at man underbygger håp (Travelbee, 1971, s. 77).

Sykepleieprosessen består av fem overlappende deler: Observasjon, tolkning, avgjørelser, handling og evaluering. Observasjon er metoden sykepleiere bruker for å utforske behovet til den syke personen. Det er en kontinuerlig prosess for å bli kjent med den syke personen. Å bli godt kjent med en person kan være vanskelig i løpet av et kort sykehusbesøk, og man lærer hele tiden ny og viktig informasjon om mennesker man observerer og kommuniserer med. Observasjoner av symptomer og tilstander er en viktig del av sykepleie.



### 1.3.3 Kommunikasjonskompetanse og relasjonsarbeid

Profesjonell kommunikasjon kan bidra til bedre håndtering av helseutfordringer. Sykepleier kan legge til rette for mestring ved å aktivt ivareta pasientens medbestemmelse og hjelpebehov. I en personsentrert samtale, møtes pasienten med omtanke, respekt og interesse, som fører til at pasienten føler seg tryggere og mindre utsatt (Heyn, 2018, s.153). Personsentrert kommunikasjon kan være med å styrke pasientens motivasjon til gjennomføring av sitt helseprosjekt. Det handler om å finne ut hva som er meningsfullt for dem, og legge til rette for at pasienten selv kan mestre sine utfordringer. Sykepleieren kan også bidra med informasjon og kunnskap som kan hjelpe dem på veien til mestring (Eide & Eide, 2017, s. 49).

Aktiv lytting er et redskap innen kommunikasjon som har flere fordeler. Hvis man opplever at pasienter ikke uttrykker sine bekymringer direkte, kan sykepleieren bruke aktiv lytting til å fange opp hint fra pasienten og stille avklarende spørsmål tilbake. Hvis en pasient henter til en bekymring eller emosjon, kan sykepleier hjelpe pasienten til å sette ord på tankene og følelsene. Dette gjelder også ved pasientens non-verbale kommunikasjon; «jeg ser du blir berørt nå» (Heyn, 2018, s. 22). Aktiv lytting kan også brukes ved å oppsummere det man har oppfattet fra samtalen. For eksempel kan man spørre «har jeg forstått deg riktig?» eller «jeg oppfatter det slik og sånn, er det slik du kjenner det?». På den måten får pasienten mulighet til å avklare eventuelle misforståelser, og rette opp eventuelle feil eller mangler. I tillegg kan en slik oppsummering oppleves som empatisk, da man føler seg sett og hørt (Heyn, 2018, s. 23).

Relasjonsarbeid er en del av den medmenneskelige delen av sykepleieprosessen. For at pasienten skal dele informasjon med sykepleieren, er det viktig at man oppnår en relasjon som bygger på tillit (Gonzalez, 2020, s. 52). Resultatet fra en studie som ble gjennomført i 2020 viser at en god relasjon mellom sykepleier og pasient kan gi bedre omsorgsresultater. Det kommer også fram at for å oppnå et slikt resultat, må sykepleieren engasjere seg autentisk i situasjonen til pasienten (Pratt et al., 2020).

Når en som sykepleier først møter en pasient, foreligger det maktubalanse. Sykepleieren har ofte bred innsikt i pasientens helseutfordringer, og pasienten vet som regel ingenting om sykepleieren. For å oppnå en god relasjon må sykepleieren være bevisst på egen maktposisjon. En måte å utjevne forskjellen på er å anerkjenne at en som sykepleier har god innsikt i fag og sykdom, men likevel er det bare pasienten som kan si noe om ens opplevelse, mestringsevne, verdier og livssituasjon (Heyn, 2018, s. 19).

#### 1.3.4 Smerter

Formen for smerte som det redegjøres for her avgrenses til kroppslig smerte, som er en totalopplevelse av fysisk, psykisk og eksistensiell smerte. I praksis betyr dette pasientens individuelle oppfattelse av smerte på alle nivå. Smerte beskrives som et fenomen fordi det handler om hvordan bevisstheten oppfatter det å ha vondt. Ordet fenomen kommer fra det greske ordet phainomenon, som betyr «det som viser seg» (Kristoffersen et al., 2016b, s. 173). Grunnleggende forståelse av fenomenet smerte er viktig for at sykepleieren skal kunne forstå, kartlegge og sette i gang behandlingstiltak. Smerte er en individuell opplevelse, som også påvirkes av personens tidligere erfaringer. Man må også ta i betraktning at selv om smerte er subjektivt, kan det kommuniseres til andre. Denne kunnskapen er et viktig utgangspunkt for en sykepleier som skal hjelpe personer med smerte (Kristoffersen et al., 2016b, s. 173-174).

Kroniske smerter kan forklares ut fra tre ulike mekanismer; nociseptive, nevropatiske og nociplastiske. Nociseptive smerter kommer av en kronisk vevsskade, som for eksempel slitasjegikt. Ved nevropatiske smerter foreligger det skade eller sykdom på nervevevet, som eksempelvis etter en amputasjon. Nociplastiske smerter forklares som forstyrrelser i sentralnervesystemet, som gjør at smertesignaler sendes ut for ofte. Denne typen smerte kan oppstå etter akutte smerter, hvor smertesystemet fortsetter å sende ut smertesignaler etter tilheling av skaden eller sykdommen (Felleskatalogen, 2022).

Resultatene fra en europeisk undersøkelse viser at langvarig smerte kan ha negativ påvirkning på flere viktige livsområder. Både søvn, konsentrasjon, arbeidsevne og sinnsstemning er blant temaene som ble undersøkt. Informantene fra undersøkelsen fortalte om blant annet søvn- og konsentrasjonsproblemer, opplevelse av hjelpeløshet, depresjon og ensomhet (Breivik et al., 2006). Ved kroniske smerter kan det derfor være behov for tverrfaglig behandling, som i tillegg til medikamentell smertelindring, vil kunne bestå av behandling av psykososiale- og sosiale konsekvenser (Felleskatalogen, 2022).

En undersøkelse om livskvalitet i den norske befolkningen fra 2021 viser at det er klar sammenheng mellom objektiv og subjektiv livskvalitet (Støren & Rønning, 2021). For mange pasienter er det likevel mulig å påvirke den subjektive livskvaliteten, for eksempel ved hjelp fra fagpersoner. I denne oppgaven ser vi på hvordan sykepleiers kommunikasjon kan bidra til å øke mestring hos pasienter med langvarige smerter. Pasienten sin opplevelse av mestring vil kunne påvirke den subjektive livskvaliteten.

Helsemodeller er ulike forståelser om hva helse er og hvordan den kan oppnås. Den biomedisinske helsemodellen forklarer helse som fravær av sykdom. Smerte i denne modellen beskrives som et fysiologisk fenomen, dokumentert gjennom objektive funn. Den subjektive delen ved smerte har ingen plass i det biomedisinske perspektivet. Dette kan være begrensende i forhold til utredning og behandling, og føre til stor frustrasjon. Et biomedisinsk perspektiv kan være med på at pasienter som ikke lider av nociseptive smerter blir misforstått eller ikke tatt på alvor (Kristoffersen et al., 2016a, s. 61).

Den biopsykososiale helsemodellen brukes i dag ofte som en forståelsesmodell ved kroniske smerter. I denne modellen kan smerte forklares som interaksjoner mellom biologiske og psykososiale faktorer. På bakgrunn av dette kan pasientens smerter oppfattes som reelle på tross av manglende vevsskade. Spesielt to faktorer er viktig for å fremme biopsykososialt perspektiv i møte med pasienter; anerkjennelse av smertene og personsentrert tilnærming

til behandling (Kristoffersen et al., 2016a, s. 64-65).

## 1.4 Formål og problemstilling

Hensikten med denne oppgaven er å undersøke effekten av god kommunikasjon mellom sykepleier og pasienter med kroniske smerter. Vi ønsker å sette oss mer inn i faglitteratur og forskning rundt dette temaet, og tenker funnene i bacheloroppgaven kan få betydning for vår rolleoppfatning og yrkesutøvelse som fremtidige sykepleiere.

Med dette som utgangspunkt har vi valgt følgende problemstilling: Hvordan kan sykepleiere bruke kommunikasjonskompetanse for å bidra til økt mestring hos personer som lever med kroniske smerter?

### 1.4.1 Avgrensing av problemstilling

Målgruppen for denne oppgaven er voksne pasienter over 18 år med kroniske smerter. Oppgaven tar utgangspunkt i sykepleiers relasjon til og kommunikasjon med pasienten, og vil ikke gå inn i ulike årsaker bak kroniske smerter. Kommunikasjonskompetanse er et bredt begrep, men i denne oppgaven defineres det som kommunikasjon i forhold til mestring av smerter.

Ettersom kroniske smerter er et stort helseproblem, kan man møte denne pasientgruppen både i primærhelsetjenesten, spesialhelsetjenesten og på andre institusjoner. Vi ønsker å avgrense denne oppgaven til spesialhelsetjenesten.

## 2. Metode

I metodekapittelet gjør vi rede for fremgangsmåten som er brukt i søk etter forskningsartikler til oppgaven vår, hvilke avgrensinger vi har hatt til vårt søk og hvordan vi har valgt ut artikler.

Forskriften om nasjonale retningslinjer for sykepleierutdanningen handler om at sykepleierstudenter skal tilegne seg kunnskap om vitenskapsteori og forskningsmetode. Man skal kunne anvende faglig kunnskap sammen med relevant forskningsarbeid i både teoretiske og praktiske problemstillinger, og bruke kunnskapen til å begrunne valg i tråd med kunnskapsbasert praksis. Et viktig poeng er også at man skal dele erfaringer og kunnskap med andre, og dermed kunne bidra til utvikling i praksis (Forskrift om nasjonale retningslinjer for sykepleierutdanning, 2019, § 10-12).

Metode i denne sammenheng innebærer en oversikt over hvordan en samler nødvendig kunnskap for å svare på en problemstilling. Hver metode har en ulik fremgangsmåte, men målet er det samme; å løse problemer og komme fram til ny aktuell kunnskap (Dalland, 2017, s. 51-52). Ifølge Dalland skal man velge metoden som vil belyse problemstillingen på best mulig vis (Dalland, 2017, s. 50).

### 2.1 Litteraturstudie som metode

I denne bacheloroppgaven er litteraturstudie valgt som metode for å belyse problemstillingen. Studenter på bachelornivå rådes til å velge dette fordi man ikke har forskningskompetanse (Grønseth & Jerpseth, 2019, s. 79). I en litteraturstudie er hensikten å drøfte en problemstilling i forhold til litteratur som allerede finnes (Dalland, 2017). En skal gjennomføre systematiske søk i relevante databaser, kritisk vurdere funn og til slutt sammenfatte det hele slik at det belyser temaet i problemstillingen (Grønseth & Jerpseth, 2019, s. 80). Vi skal derfor inkludere både pensum og selvvalgt litteratur i denne oppgaven.

Vi har valgt å sammenligne studier med kvantitativ og kvalitativ metode, samt en systematisk oversiktsartikkel.

## 2.2 Kvalitativ og kvantitativ metode

Kvalitativ og kvantitativ metode er de to ulike måtene man kan samle inn data på (Dalland, 2017, s. 52). Førstnevnte gir subjektive resultater, mens kvantitative studier gir oss målbare resultater. Kvantitative og kvalitative metoder er komplementære, og brukes ofte sammen for å få resultater som både gir bredde og dybde. Begge metodene er viktig for å få en forståelse av samhandlingen mellom mennesket, grupper og samfunnet. Formålet med den kvalitative metoden for datainnsamling er å samle meninger og opplevelser om noe som ikke kan måles i tall (Dalland, 2017, s. 52).

Vi har i denne oppgaven valgt to kvalitative studier som skal hjelpe oss å forstå hvordan pasienter med kroniske smerter opplever å leve med langvarig smerte, samt hvordan de opplever interaksjoner med sykepleiere. Fordelen med å bruke kvalitativ metode ved disse spørsmålene, er at det vil gi oss dybde i feltet.

Kvantitative metoder har fordelen at resultatene er målbare, og det gir oss mulighet til å få et bredt overblikk over de tema det forskes på (Dalland, 2017, s. 52). Gjennom litteratursøk har vi valgt én kvantitativ studie som, gjennom spørreundersøkelse, prøver å få et bredt bilde av pasientens oppfatning av sykepleier-pasient-kommunikasjonen.

Vi har også inkludert en systematisk oversiktsartikkel, som er en samling av mange studier (Reinar & Jamtvedt, 2010). I oversiktsartikkelen er det brukt kvantitativ metode for å sammenligne og vurdere resultater, for deretter å finne ut hvilken effekt det kan være av å benytte seg av kommunikasjonsverktøy kontra tradisjonelle metoder for behandling. En fordel med å analysere kvantitative studier, er at det kan gi mulighet til å studere

kommunikasjon som et fenomen, og mulige forklaringer til resultater.

En kombinasjon av kvalitative og kvantitative metoder i forskning kan bidra til å styrke validiteten av studien (Halvorsen, 2008, s. 149). På denne måten forsøker vi i bacheloroppgaven å bruke komplementære metoder for å kunne gå både i dybden og i bredden.

### 2.3 Søkestrategi

I denne oppgaven er det anvendt pensumlitteratur og selvvalgt litteratur. Selvvalgt litteratur består i hovedsak av forskningsartikler, men også bøker og offentlige sider på internett.

I det første leddet av søkeprosessen gjorde vi en del ustrukturerte søk i Google, Google Scholar og Sykepleien. Hensikten var å skaffe oss oversikt over temaet vi har valgt, samtidig som vi fikk dypere innsikt i emnet og problemstillingen.

Før vi startet søk etter forskningsartikler, satte vi opp et PICO-skjema, vedlegg 1, for å finne hvilke søkeord vi skulle bruke. Ved hjelp av problemstillingen fant vi følgende søkeord; sykepleier, kommunikasjon, mestring og kroniske smerter. Vi oversatte søkeordene til engelsk for videre bruk i søkeprosessen: nurse, communication, coping og chronic pain. Vi har brukt to ulike databaser som er aktuell for oppgavens problemstilling; CINAHL og PubMed. I starten gjennomførte vi flere manuelle og usystematiske søk i CINAHL og PubMed. Dette var bevisst for å få en oversikt over eksisterende forskning relatert til temaet. Vi inkluderte én forskningsartikkel fra disse søkene. Etter veiledning fra høgskolens bibliotekar, fikk vi gjennomført et mer systematisk søk i CINAHL, hvor vi fant to artikler vi inkluderte i oppgaven. Samme søket ble deretter gjort i PubMed, hvor én artikkel ble inkludert. Vi har brukt mye tid på søk i ulike databaser, både med like og ulike søkeord. Dette opplever vi har bidratt til å styrke oppgaven, da vi har fått en bredere innsikt i

forskning på området.

Tabell 1: Litteratursøk

Database/ Dato	Spesifikasjoner i søket	Søkeord	Resultat	Inkludert
CINAHL 15.09.22	2012-2022 Engelskspråklig Fagfellevurdert	Chronic pain AND communication AND nursing AND coping	190	0
PubMed 16.09.22	2012-2022 Engelskspråklig Fagfellevurdert	Chronic pain AND communication AND nursing AND coping	82	1 (Jonsdottir et al., 2016)
CINAHL 04.10.22	2012-2022 Engelskspråklig Fagfellevurdert	(Chronic pain OR persistent pain OR long-term pain) AND (communication tools OR communication methods OR conversation tool) AND (nurse OR nurses OR nursing) NOT cancer	3	2 (Alhani et al., 2022) (Eide et al., 2011)
PubMed 09.10.22	2012-2022 Engelskspråklig Fagfellevurdert	(Chronic pain OR persistent pain OR long-term pain) AND (communication tools OR communication methods OR conversation tool) AND (nurse OR nurses OR nursing) NOT cancer	10	1 (K. L. Becker, 2020)



## 2.4 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Ved søk i databaser brukte vi enkelte søkekriterier, og når et fullstendig søk ikke var mulig brukte vi inklusjons- og eksklusjonskriterier ved utvelgelse av artikler, som vist i tabell 2.

Tabell 2: Inklusjons- og eksklusjonskriterier

	Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<b>Problem</b>	<p>Kommunikasjon mellom sykepleier og pasient med kroniske smerter.</p> <p>Pasient med kroniske smerter sin opplevelse av relasjon til sykepleier.</p> <p>Kommunikasjon som verktøy for livsmestring hos pasienter med kroniske smerter.</p> <p>Interaksjon med pasienter innlagt på sykehus som har kroniske smerter som tilleggsdiagnose.</p>	<p>Medikamentell behandling av kroniske smerter.</p> <p>Behandling av kroniske smerter uten fokus på kommunikasjon.</p>
<b>Design</b>	Alle typer. Fagfellevurdert.	Rapporter, kommentarer
<b>Informanter</b>	Sykepleiere og/eller pasienter mellom 18 og 65 år med langvarige smerter	Leger, helsefagarbeidere og annet helsepersonell. Pasienter som har kreft.
<b>Språk</b>	Norsk, dansk, svensk eller engelskspråklig	Andre språk enn de inkluderte
<b>Behandlingsmetode</b>	Ikke-medikamentell	Medikamentell
<b>Institusjon</b>	Spesialhelsetjenesten, kun sykehus	Primærhelsetjenesten og andre institusjoner

## 2.5 Kildekritikk og metodediskusjon

Kildekritikk handler om hvordan man går fram for å avgjøre troverdighet i kilder man bruker. Det er to sider ved å kritisk vurdere kilder. Den første handler om hvorvidt kilden er egnet til å bidra til å svare på den aktuelle problemstillingen. Og den andre handler om å redegjøre for litteraturen brukt i oppgaven (Dalland, 2017, s. 56-58). Til kritisk vurdering av artikler og for å vurdere kvaliteten på dem, har vi benyttet et vurderingsskjema, vedlegg 2, inspirert av kildevurdering på Søk og Skriv sine nettsider (Søk og skriv, 2022). Til vurdering om hvorvidt artiklene kunne brukes til å svare på vår problemstilling ble det brukt sjekkliste (se vedlegg 3) fra Helsebiblioteket sine nettsider (Helsebiblioteket, 2016). Begge forfatterne av denne oppgaven har vurdert artiklene hver for seg, og deretter sjekket om vurderingene samsvarte. Våre vurderinger samsvarte, og vi opplever dette som en styrke for oppgaven vår. I tillegg har vi kontrollert at artiklene som er brukt er fagfellevurdert, og det var de.

Vi ønsker å peke på noen mulige svakheter ved oppgaven, og nevner først at forfatterne av denne oppgaven har begrenset erfaring og kunnskap om forskning. Begrensede engelskkunnskaper kan også være en feilkilde ved tolking og oversettelse av artikler. Ved å bruke relevante faglige vurderingsverktøy har vi valgt forskning med både kvalitativ og kvantitativ metode, samt en systematisk oversiktsartikkel. Dette har vi gjort for å få et bredt utvalg av resultater til å svare på problemstillingen. Et spørsmål vi kan stille er om vi hadde fått de samme resultatene ved valg av fire artikler med lik metode.

Forskningsetiske retningslinjer og lover (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2019; Forskningsetikkloven, 2017) ble tatt hensyn til i flere deler av bacheloroppgaven; valg av problemstilling, innsamling av data, analyse og formidling av resultater. Det er viktig å sørge for redelighet i kildebruk. Kildehenvisning til all informasjon som blir oppgitt er viktig for at leseren kan vurdere holdbarhet i argumentasjonen. Å argumentere uten å oppgi kilden er dermed uetisk. Det samme gjelder bruk av kilder som er unntatt offentligheten. Forfatterne av denne bacheloroppgaven har også påsett at forskningsetiske retningslinjer og lover ble opprettholdt i de inkluderte forskningsartiklene.

## 2.6 Presentasjon av forskningsartikler

I det videre skal fire forskningsartikler presenteres.

### 2.6.1 Artikkel 1: Alhani et al.

Alhani et al. (2022). The effect of family-centered empowerment model on the quality of life of adults with chronic diseases: An updated systematic review and meta-analysis.

**Hensikt:** Hensikten med denne studien er å finne ut hvilken effekt «Family-centered empowerment model» (FCEM) har på livskvaliteten til voksne pasienter med kronisk sykdom.

**Metode:** Dette er en systematisk oversiktsartikkel, som har brukt kun kvantitative studier. Artikkelen har bare inkludert studier som sammenligner FCEM mot annen behandling.

**Resultat:** Analysen viste at FCEM har en signifikant effekt på Quality of Life (QoL) til pasienter med kroniske smerter, i alle de målte kriteriene; fysisk, psykisk og helhetlig vurdering av QoL. Resultatene viste stor heterogenitet mellom studiene for alle QoL kriteriene i den systematiske gjennomgangen.

**Relevans:** Artikkelen er relevant for vårt problemområde fordi den ser på måter helsepersonell kan bruke kommunikasjonsverktøy for å bidra til mestring hos pasienter med kronisk sykdom. Artikkelen omhandler kronisk sykdom, men vi velger å inkludere den likevel ettersom kronisk sykdom og kroniske smerter ofte har en korrelasjon (Folkehelseinstituttet, 2014).

## 2.6.2 Artikkel 2: Eide et al.

Eide et al. (2011). Fibromyalgia Patients` Communications of Cues and Concerns Interaction Analysis of Pain Clinic Consultations.

**Hensikt:** Kliniker sin forståelse av pasientens bekymringer er en viktig del av effektiv behandling. I konsultasjoner kan pasienter uttrykke sine bekymringer indirekte, i form av hint og signaler. Hensikten med denne studien er å utforske typene hint og signaler gitt fra pasienter i løpet av en startkonsultasjon med en sykepleier på en smertepoliklinikk, hvordan og hvem som initierer disse hintene og signalene og predikatorer av disse uttrykkene.

**Metode:** Studien er gjennomført med kvalitativ metode ved at startkonsultasjoner mellom sykepleiere og pasienter ble filmet og evaluert. Informantene i studien er sykepleiere på smertepoliklinikk, og voksne pasienter med fibromyalgi.

**Resultat:** Pasienter viste flere hint enn uttalte bekymringer, stort sett om smerte, interpersonale forhold og/eller emosjonelle reaksjoner. Dersom behandler ga begrenset empatisk respons og uspesifikke tilbakemeldinger, førte det til at pasientens antall hint økte. Bedre og mer konkrete tilbakemeldinger fra behandler, ga færre hint hos pasienten. Det kom frem flere uttalte bekymringer fra pasientene når sykepleieren gav gode empatiske råd og tilbakemeldinger, spesielt gjaldt dette dersom pasienten startet konsultasjonen med høy grad av misnøye.

**Relevans:** Denne studien er relevant for vår oppgave fordi den tar for seg hvordan pasienter med kroniske smerter kan få hjelp av helsepersonell, ved å kommunisere problemene sine, og også bli møtt av helsepersonell som tar hensyn til deres hint og bekymringer.

### 2.6.3 Artikkel 3: K. L. Becker

K. L. Becker (2020). Tell me your dreams and goals: Structuring communication exchanges to improve patient-centered care with chronic pain patients.

**Hensikt:** Hensikten med denne kvantitative studien er å undersøke hvilken form for kommunikasjon pasienter med kroniske smerter foretrekker. For et helhetlig bilde av hvordan det er å leve med kroniske smerter, inkluderes både typen spørsmål og mottatt informasjon som kommunikasjon.

**Metode:** Denne studien brukte en kvalitativ spørreundersøkelse via internettgrupper for personer med kroniske smerter. 192 personer som lever med kroniske smerter, tok undersøkelsen.

**Resultat:** Resultater fra undersøkelsen viser at pasienter med kroniske smerter ønsker at helsepersonell skal stille åpne spørsmål om hvordan smertene påvirker livet deres. Åpne spørsmål kan gjøre det lettere for pasienter å åpne seg om sine følelser, og øke følelsen av støtte fra helsepersonell.

**Relevans:** Denne artikkelen er relevant for vår problemstilling fordi den undersøker hvilke måter helsepersonell bør bruke kommunikasjon på, for å oppnå best mulig mestringsresultater hos pasienten.

### 2.6.4 Artikkel 4: Jonsdottir et al.

Jonsdottir et al. (2016). Patients' Perception of Chronic-Pain Related Patient-Provider Communication in Relation to Sociodemographic Variables: A Cross-Sectional Nationwide

Study.

**Hensikt:** Hensikten med denne studien er å undersøke kommunikasjon mellom helsepersonell og pasienter med kroniske smerter, og å sette kommunikasjon i sammenheng med sosiodemografiske variabler, smerte variasjon samt pasientens opplevelse og tilfredshet til behandlingen og helsepersonell.

**Metode:** Studien ble gjennomført som en kvalitativ spørreundersøkelse. Informantene var voksne som rapporterte kronisk smerte, og har vært hos helsevesen på grunn av smerter innen seks måneder før undersøkelsen ble gjennomført.

**Resultat:** En større grad av kronisk smerte som påvirker pasientens helserelaterte livskvalitet, gjorde at pasienten opplevde at behandleren hadde en høyere grad av kontroll i pasient-behandler forholdet. Det var også en sterk sammenheng mellom pasientenes oppfatning av behandlerens støtte og åpenhet om å diskutere symptomer, og grad av tilfredshet med klinikken. Pasientenes oppfatning av egen kontroll i pasient-behandler forholdet, og involvering i avgjørelser angående behandling, var relatert til sosioøkonomiske variabler (spesifikt, utdanning og bosted) men ikke til smerterelaterte variabler.

**Relevans:** Studien er relevant for problemstillingen fordi den undersøker hvordan kommunikasjon fra helsepersonell kan påvirke, og påvirkes av, ulike variabler hos pasienten.

### 3. Analyseprosessen og presentasjon av hovedfunn

I analysekapittelet presenteres analysen og hovedfunnene. Analyse av data innebærer å beskrive funn ved å kategorisere innsamlet informasjon. I en analyse må man velge ut de dataene som er relevant for problemstillingen, og utelate data som ikke er relevant (Halvorsen, 2018, s. 176). Analysen av artiklene i denne oppgaven er gjennomført på følgende måte: Artiklene ble grundig gjennomlest hvor aktuelle resultater ble understreket og sortert ved hjelp av fargekoder. En slik analyse ble individuelt gjennomført av begge forfatterne av bacheloroppgaven, og resultatene ble så sammenlignet. Alle aktuelle resultater fra artiklene ble deretter sammenfattet i en tabell, som etter hvert fremhevet tre hovedfunn.

#### 3.1 Betydningen av personsentrert kommunikasjon

Personsentrert kommunikasjon fremheves som mest effektivt både for utfallet av kommunikasjonssituasjonen, og for pasientens opplevelse av håp og mestring (K. L. Becker, 2020; Jonsdottir et al., 2016; Alhani et al., 2022). Hvordan sykepleier kommuniserer med den aktuelle pasientgruppen kan ha betydning for hvordan de mestrer smerter og hverdag. Effektiv kommunikasjon fremstilles som essensiell for utvikling av felles forståelse mellom partene (Jonsdottir et al., 2016).

Kommunikasjon om smerte kan ha en terapeutisk effekt hos pasienten. For at det skal la seg gjøre, må sykepleier reagere på de bekymringer og hint om bekymringer som pasienten har. Pasienter med kroniske smerter ønsker å bli møtt på en mer empatisk måte når de uttrykker emosjonelle behov (Eide et al., 2011). Ved bruk av validerende språk hvor pasienten får mulighet til å fortelle mer om sin opplevelse, kan man se at det positive utfallet øker (Eide et al., 2011). Bruken av et kommunikasjonsverktøy som setter familien i fokus, kan bidra til økt livskvalitet på både fysisk og psykisk nivå hos pasienten. Ved å involvere familien i behandlingen av kronisk syke, kan en begrense nye patogene komplikasjoner og bidra til å vedlikeholde pasientens helse og evne til egenbehandling (Alhani et al., 2022).

### 3.2 Å utforske pasientperspektivet

Når sykepleier prioriterer pasientperspektivet, og legger vekt på forståelse hos pasienten, kan dette føre til økt mestring og gjennomføring av behandling hos pasienter med kronisk smerte (Jonsdottir et al., 2016; K. L. Becker, 2020).

Pasienter i en undersøkelse som ble spurt om å snakke fritt om hvordan den kroniske smerten påvirket dagliglivet, fikk økt følelse av mestring og trygghet i behandlingen. Enhver pasient har sine egne preferanser. Å tilpasse seg disse preferansene er nødvendig for å sikre personsentret behandling (K. L. Becker, 2020).

Å gi støtte til pasienter rundt spørsmål om symptomer og behandling gir en positiv effekt på behandlingsutfallet (Jonsdottir et al., 2016). Manglende støtte var assosiert med dårligere helse. Personer med kronisk smerte setter informasjon om tilstand og behandling høyere på prioriteringslisten enn emosjonell støtte fra helsepersonell (K. L. Becker, 2020). Å vise ovenfor pasienten at man er hjelpsom og villig til å høre på deres problemer og bekymringer, kan være viktigere for pasienter med kronisk smerte enn at pasienten har en aktiv rolle i avgjørelser om behandlingen (Jonsdottir et al., 2016).

### 3.3 Tilstrekkelig kommunikasjonskompetanse

En positiv tilnærming fra sykepleier kan bidra til å kommunisere håp, og øke opplevelse av mestring hos pasienter med kroniske smerter (K. L. Becker, 2020; Jonsdottir et al., 2016; Alhani et al., 2022). En del av sykepleiers funksjon i møte med denne pasientgruppen er å hjelpe pasienten å kommunisere sin smerte (Alhani et al., 2022). Bruk av kommunikasjonskompetanse kan bidra til at pasienten føler trygghet og åpner seg rundt egen situasjon (Alhani et al., 2022; Jonsdottir et al., 2016; K. L. Becker, 2020; Eide et al., 2011). Sykepleiere har mulighet til å bruke kommunikasjonskompetanse til å hjelpe familier med å tilpasse seg livet med kronisk sykdom. Gjennom kommunikasjon kan en sykepleier



bidra med å finne mestringsstrategier tilpasset utfordringer i hverdagen (Alhani et al., 2022).  
Hvordan sykepleieren kommuniserer, er viktig for hvordan pasienten opplever  
behandlings utfall (Jonsdottir et al., 2016).

## 4. Diskusjon

I det følgende kapittelet diskuteres bacheloroppgavens problemstilling ved hjelp av teori og hovedfunn fra forskningsartiklene:

### 4.1 Personsentrert kommunikasjon og aktiv lytting

Et hovedfunn fra analysen viser at personsentrert kommunikasjon gir bedre utfall for pasienter med kronisk smerte (K. L. Becker, 2020). Når en pasient opplever å bli hørt av behandleren, fører dette til at pasienten får en høyere grad av tillit til behandleren og til behandlingsprogrammet, noe som også fører til høyere grad av gjennomførelse fra pasientens side (Eide et al., 2011). Mennesker ønsker å bli forstått og verdsatt, ofte i form av å kommunisere verbalt med andre personer vi stoler på. For å tilrettelegge for at pasienter får dette menneskelige behovet dekket, er det nødvendig å skape en god kommunikasjon som bygger på pasientens kommunikasjonspreferanser (K. L. Becker, 2020). For å finne disse preferansene må man, som sykepleier, legge til rette for at pasientens ønsker blir hørt. Eide og Eide (2017) vektlegger pasientens opplevelse av å bli hørt som viktig i personsentrert kommunikasjon. Ifølge Travelbee (1971) er det å bli forstått viktig for pasient-sykepleierrelasjonen, og ikke minst for pasientens mestring av sin sykdom. Når emosjonelle behov dekkes, kan et pasient-behandler-forhold bli et menneske-til-menneske-forhold, noe som kan ha en terapeutisk effekt (Travelbee, 1971). Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) gir pasienten rett til å medvirke i eget behandlingsforløp. Medvirkning er å bli hørt, få delta i viktige beslutninger og det er å bli tatt på alvor. Å medvirke betyr at man får en viss innflytelse på prioriteringer og beslutninger som kan ha konsekvenser for en selv, og det kan bidra til at pasienten blir mer engasjert og positiv til det behandlingsforløpet som besluttes (Kristoffersen et al, 2016a, s. 130). Dette igjen vil kunne bidra til økt mestring av de kroniske smertene.

K. L. Becker (2020) finner at aktiv lytting er et godt hjelpemiddel når man skal se helhetlig på hvordan smertene påvirker ulike livsområder. Aktiv lytting handler om hvordan man

oppfatter det som den andre sier, skape relasjon og vise at man forstår hva som er viktig for den andre personen (Eide & Eide, 2017, s. 22). Travelbee (1971) sier at hvis man viser at man bryr seg om det som betyr noe, vil pasienten oppleve å føle seg mindre alene. Travelbee beskriver hvordan man ikke kan oppnå tilstrekkelig sykepleie uten at man ser menneske bak den syke personen, og utforske hvordan pasienten reagerer på egen tilstand (Travelbee, 1971, s. 100). Viktigheten av å se hele mennesket kommer også tydelig frem i sangteksten til Bjørn Eidsvåg som er sitert fremst i denne oppgaven (Eidsvåg, 1986). Heyn (2018, s. 19) beskriver en maktubalanse mellom pasient og sykepleier, som kan bidra til vanskeligheter med å oppnå god relasjon. Sykepleieren kan gjennom åpen kommunikasjon trolig utligne noe av maktubalansen (Heyn, 2018, s. 19). Gjennom aktiv lytting kan sykepleier bidra til en tryggere relasjon, og det kan bli enklere for sykepleier å utfordre pasienten til å endre synet på egne kroniske smerter (K. L. Becker, 2020).

Vår erfaring er at det er stor variasjon blant pasientene. Det er ikke alle pasienter som responderer like godt på personsentrert kommunikasjon og aktiv lytting. Sykepleier kan i slike tilfeller måtte ta i bruk andre kommunikasjonsmetoder for å oppnå samme effekt.

## 4.2 Utforske pasientperspektivet

Det andre hovedfunnet fra analysen viser at prioritering av pasienten sitt perspektiv i kommunikasjonssituasjoner, kan bidra til mestring og øke positivt utfall i behandlingen hos pasienter med kroniske smerter (Jonsdottir, et al., 2016). Alle forskningsartiklene i denne oppgaven (K. L. Becker, 2020; Jonsdottir et al., 2016; Alhani et al., 2022; Eide et al., 2011) trekker frem hvor viktig det er for pasienten å bli spurt om hvordan smertene oppleves og om hvordan det påvirker dagliglivet. K. L. Becker (2020) sin studie viser at pasienter med kroniske smerter ønsker å bli spurt om hvordan smertene påvirker aktiviteter i hverdagen, relasjoner, mål og drømmer. Pasienter som ble stilt åpne spørsmål om disse temaene opplevde i høyere grad mestring i behandlingen (K. L. Becker, 2020). I studien til Eide et al. (2011) viser resultatene signifikante forskjeller på konsultasjonene som hadde et emosjonelt fokus, og de som ikke hadde det. Resultatene viser at pasientene åpnet seg mer om sine

bekymringer når sykepleier viste interesse innenfor temaet (Eide et al., 2011). Travelbee (1971) hevder i sin teori om menneske-til-menneske-forholdet at en sykepleier må bli kjent med pasienten for å kunne ivareta deres individuelle behov, noe som samsvarer med resultatet fra samtlige av forskningsartikler vi har inkludert i litteraturstudien. For å oppnå dette ønskede forholdet må det, ifølge Travelbee, brukes en kombinert framgangsmåte som inkluderer den terapeutiske effekten som en har i seg selv som sykepleier, men også den logiske, vitenskapelige og profesjonelle handlingen (Travelbee, 1971). Heyn (2018) forklarer dette som at sykepleieren må forsøke å se pasienten og seg selv som likeverdige i kommunikasjonen, og prøve å forstå pasienten slik pasienten forstår seg selv. En pasient kan ha lav objektiv livskvalitet, men samtidig høy subjektiv livskvalitet (Nes, 2019). Dette innebærer at pasienten kan oppleve mestring tross kroniske smerter. Eksempelet viser hvor viktig det er at sykepleier forstår pasientens situasjonsopplevelse.

Åpne spørsmål er ifølge Heyn en nødvendig kommunikasjonsferdighet for å få frem pasientperspektivet og lære pasienten å kjenne (Heyn, 2018, s. 16). Ved å stille åpne spørsmål, gi rom for diskusjon og gi pasienten støtte til å stille spørsmål, kan en som behandlende sykepleier bidra til mestring og gjennomføringsevne hos pasienter (K. L. Becker, 2020). Eide og Eide (2017) skriver i sin bok at å utforske pasientperspektivet er en måte å komme frem til det de kaller pasientens helseprosjekt. Med dette forstår de at pasienten selv har mål og drømmer som ikke nødvendigvis handler om sykdommen, som sykepleier kan få innsikt i ved å utforske pasientens perspektiv (Eide & Eide, 2017, s. 29).

Måten sykepleiere bidrar til mestring på, er minst like viktig som måten vi utfører prosedyrer, kurativ og lindrende behandling (Travelbee, 1971). Jonsdottir et al. (2016) sin undersøkelse av hvordan helsepersonell kommuniserer med kronisk smertepåvirkede pasienter, viser hvor viktig det er at helsepersonellet viser støtte overfor pasienten. I studien kom det fram at pasienter følte en høyere grad av kontroll i kommunikasjonen når behandleren gav pasienten mulighet for å snakke åpent om smerte og symptomer. Dette førte ikke bare til at pasienten var mer fornøyd med behandleren, men også at flere pasienter gjennomførte behandlingen som behandleren anbefalte (Jonsdottir et al., 2016).

Helsepersonelloven skal sikre kvalitet i helsetjenesten, og bidra til å øke tillit mellom helsepersonell og pasienter (Helsepersonelloven, 1999). Derfor er det viktig å vise støtte ovenfor pasienter, også når smerten ikke er synlig. I en travel arbeidshverdag kan sykepleierne oppleve at de ikke har nok tid eller ressurser til å dekke disse behovene. Likevel er det viktig å forstå at vi som mennesker trenger mer enn bare de fysiologiske og medisinske tiltakene for at vi skal håndtere sykdom (Travelbee, 1971).

En gjennomgående utfordring i alle studiene (K. L. Becker, 2020; Jonsdottir et al., 2016; Alhani et al., 2022; Eide et al., 2011) er at pasienter med kroniske smerter opplever å ikke bli hørt eller forstått av helsepersonell. En mulig forklaring på dette kan være at sykepleieren ikke har klart å tilstrekkelig kartlegge pasientens perspektiv i kommunikasjonen. Jonsdottir et al. (2016) finner at pasientens behov for å bli hørt og lyttet til øker når smertene øker. Når pasienten er mye plaget av smerter, øker pasientens behov for å bli lyttet til og forstått. Når pasienter med kroniske smerter opplever å ikke bli hørt, kan det argumenteres at det skyldes et helsevesen med et biomedisinsk helseperspektiv. En konsekvens av et slikt perspektiv kommer fram i studien til K. L. Becker (2020) som viser et negativt behandlingsutfall når pasienten sin subjektive opplevelse ikke blir hørt. Den biopsykososiale helsemodellen er en viktig forståelsesmodell når en skal utforske pasientperspektivet. Den understreker også viktigheten med et helhetsperspektiv, og forklarer hvorfor behandling med biomedisinske tiltak alene ikke er gunstig (Kristoffersen et al., 2016a, s. 64-65).

Selv om det pasientorienterte perspektivet vil kunne bidra til økt mestring hos mange pasienter med kroniske smerter, vil sykepleier kunne møte pasienter som av ulike grunner ikke er så lett å kommunisere med, for eksempel personer med kognitiv svikt. Det vil nok være pasienter og situasjoner hvor sykepleier ikke vil lykkes ved bruk av personsentrert kommunikasjon og åpne spørsmål. Da vil sykepleier måtte gjøre andre tilpasninger i forhold til valg av kommunikasjonsmetode.

### 4.3 Kommunikasjonskompetanse og mestring

Tredje hovedfunn fra analysen er at sykepleierens kommunikasjonskompetanse er viktig for pasientens opplevelse av mestring (K.L. Becker, 2020). Sykepleiers tilnærming og kommunikasjonskompetanse kan i møte med pasienter med kroniske smerter være med å øke opplevelse av mestring og håp, samt ha en positiv påvirkning på behandlingsutfallet (K. L. Becker, 2020; Jonsdottir et al., 2016; Alhani et al., 2022). Sykepleiers helsefremmende funksjon handler ifølge Gammersvik og Larsen (2018, s. 16) om å bidra til mestring hos pasienten. Sykepleiers rolle i kommunikasjonssituasjonen handler ikke bare om hva man sier, men også hvordan man tilnærmer seg pasienten. Dette støttes av teorien til Travelbee (1971) som sier at sykepleier understøtter håp og mestring ved å snakke om og lytte til det som pasienten er opptatt av, men samtidig også vise gjennom egen tilnærming at man ønsker å hjelpe. Travelbee forklarer at for å bruke seg selv effektivt som et redskap for å fremme endring eller å hjelpe effektivt i sykepleien, er det essensielt å vite hvordan ens egen oppførsel påvirker andre (Travelbee, 1971, s.19).

Alhani et al. (2022) trekker fram at en viktig rolle en har som sykepleier er å bidra til at pasienten klarer å kommunisere sin smerte. Resultater fra samtlige forskningsartikler (Alhani et al, 2022; Jonsdottir et al., 2016; K. L. Becker, 2020; Eide et al., 2011) viser at sykepleiers kommunikasjonskompetanse kan hjelpe pasienten å føle trygghet, samt åpne seg om egne følelser og opplevelser. Dette sammenfaller med Travelbee (1971) sin teori som hevder at sykepleieren kan bidra til å styrke pasienten ved å legge til rette for håp. Heggen et al. (2020) hevder at fravær av tillit mellom sykepleier og pasient kan bidra til å hindre en åpen dialog og dermed også muligheten for mestring. Travelbee (1971) beskriver sykepleiers terapeutiske funksjon som at man bruker egen kunnskap og personlighet til å fremme endring som har til hensikt å lindre lidelse.

Informasjon og veiledning er en del av sykepleiers pedagogiske funksjon, og er viktig for å fremme mestring hos pasienter med helsesvikt (Kristoffersen et al., 2016a, s. 19). Ved å kommunisere informasjon og kunnskap hevder Eide og Eide at man kan bidra til å øke

pasientens mestring av sine utfordringer (Eide & Eide, 2017, s. 49). Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven (1999) har pasienten rett til informasjon og innsikt i egen helsetilstand og behandling. Travelbee forklarer denne delen av sykepleiers rolle som at man skal se alle pasienter som unike individer med ulike verdier, og behandle dem deretter (Travelbee, 1971). Hun fremhever også at mestring av kronisk sykdom omhandler mer enn bare selve sykdommen. Det handler for henne om hvordan pasienten selv opplever egen tilstand, noe som derfor har en stor betydning også for hvordan en informasjon- og veiledningssituasjon gjennomføres (Travelbee, 1971). Som tidligere diskutert er pasientens subjektive mening om egen situasjon betydningsfull for en helhetlig behandling. Dette underbygger viktigheten med å høre på og forstå pasientens perspektiv og bruke det i veiledning som blir gitt til enhver tid.

Analysen fremhever at sykepleierne bør ha god kommunikasjonskompetanse i møte med denne pasientgruppen, men det oppleves at ikke alle har det. Forskjeller i sykepleiernes kompetanse, utdanning og erfaringer kan være forklarende faktorer.

## 5. Avslutning

I denne bacheloroppgaven har vi belyst problemstillingen som omhandler hvordan sykepleiere kan bruke kommunikasjonskompetanse for å bidra til mestring hos personer som lever med kroniske smerter. Gjennom analyse av resultater fra fire forskningsartikler ble det fremhevet tre hovedfunn; høy betydning av personsentrert kommunikasjon, det er viktig å utforske pasientperspektivet og sykepleier må ha tilstrekkelig kommunikasjonskompetanse. Forskning viser at personsentrert kommunikasjon har positiv effekt for behandlingsutfallet og pasientens opplevelse av egen situasjon og smertemestring. Kommunikasjon som utforsker pasientperspektivet fremheves som avgjørende for at pasienter som lever med kroniske smerter skal oppleve økt mestring. Ved hjelp av god kommunikasjonskompetanse kan sykepleier bidra til at pasienter oppnår håp og bedre mestring av sine kroniske smerter.

Kunnskapsbasert praksis handler om å ta faglige avgjørelser basert på blant annet forskning, erfaringer og pasientens ønsker og behov (Helsebiblioteket, 2021). Denne bacheloroppgaven viser at sykepleiere kan ta kommunikasjonsgrep som gir bedre forutsetninger for å kunne bidra til mestring hos pasienter med kroniske smerter. Som sykepleiere må vi bruke denne forskningsbaserte kunnskapen i utvikling av egen praksis, der et av målene er å understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienten (Norsk Sykepleierforbund, 2019).

Oppgaveforfatterens anbefaling er at det fremover bør gjøres mer forskningsarbeid mot hvilke andre konkrete kommunikasjonstiltak som kan hjelpe pasienter med kroniske smerter til å oppnå økt mestring.



## 6. Referanseliste

- Alhani, F., Asghari-Jafarabadi, M., Norouzadeh, R., Rahimi-Bashar, F., Vahedian-Azimi, A., Jamialahmadi, T. & Sahebkar, A. (2022). The effect of family-centered empowerment model on the quality of life of adults with chronic diseases: An updated systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 2022 (316), 140-147.  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.07.066>
- Becker, K. L. (2020). Tell me your dreams and goals: Structuring communication exchanges to improve patient-centered care with chronic pain patients. *Applied Nursing Research*, 2020(53). <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2020.151248>
- Becker, N., Bondegaard, T. A., Olsen, A. K., Sjogren, P., Bech, P., & Eriksen, J. (1997). Pain epidemiology and health related quality of life in chronic non-malignant pain patients referred to a Danish multidisciplinary pain center. *Pain*, 73(3), 393-400.  
[https://doi.org/10.1016/S0304-3959\(97\)00126-7](https://doi.org/10.1016/S0304-3959(97)00126-7)
- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R., & Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain*, 10(4), 287–333 <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2005.06.009>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (3. Utg.). Gyldendal Akademisk.
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2019, 23. mai). *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*.  
[Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag | Forskningsetikk](#)
- Eide, H., Rustøen, T., Finset, A., Eide, T., Sibbern, T. & Strand, E. B. (2009). Kommunikasjon mellom pasienter med kroniske smerter og sykepleiere. *Current Research Information System In Norway*. <https://app.cristin.no/projects/show.jsf?id=287572>
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling etikk* (3. utg.). Gyldendal Akademisk.

Eide, H., Sibbern, T., Egeland, T., Finset, A., Johannessen, T., Miaskowski, C. & Rustøen, T. (2011). Fibromyalgia Patients` Communications of Cues and Concerns Interaction Analysis of Pain Clinic Consultations. *Clinical Journal of Pain*, 27(7), 602-610.  
<https://doi.org/10.1097/AJP.0b013e3182102872>

Eidsvåg, B. (1986). *Se meg*. Bjerneidsvag.

<https://www.bjerneidsvag.no/album/dansere-i-natten/sanger/se-meg>

Eriksen, J., Jensen, M. K., Sjøgren, P., Ekholm, O., & Rasmussen, N. K. (2003). Epidemiology of chronic non-malignant pain in Denmark. *Pain*, 106(3), 221-228.

[https://doi.org/10.1016/S0304-3959\(03\)00225-2](https://doi.org/10.1016/S0304-3959(03)00225-2)

Felleskatalogen. (2022, 12. januar). *Smerter*.

<https://www.felleskatalogen.no/medisin/sykdom/smerter>

Folkehelseloven. (2011). *Lov om folkehelsearbeid* (LOV-2011-06-24-29). Lovdata.

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>

Folkehelseinstituttet. (2014). *Folkehelse rapporten 2014 – helsetilstanden i Norge* (ISBN: 978-82-8082-636-7).

<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2014/folkehelse rapport en-2014-pdf.pdf>

Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning. (2019). *Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning*. (FOR-2019-03-15-412). Lovdata.

<https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2019-03-15-412>

Forskningsetikkloven. (2017). *Lov om organisering av forskningsetisk arbeid* (LOV-2017-04-28-23). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-04-28-23>

Gammersvik, Å. & Larsen, T. B. (2018). *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis* (2. utgave). Fagbokforlaget.

Gonzalez, M. T. (2020). *Psykiske Lidelser – faglig forståelse og terapeutisk tilnærming*. Gyldendal.

- Grønseth, R. & Jerpseth, H. (2019). *Bacheloroppgaven I sykepleie: Praktiske råd i skriveprosessen*. Fagbokforlaget.
- Halvorsen, K. (2008). *Å forske på samfunnet: en innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (5. Utg.). Cappelen Akademisk Forlag.
- Hasselström, J., Liu-Palmgren, J., & Rasjö-Wrååk, G. (2002). Prevalence of pain in general practice. *European Journal of Pain*, 6(5), 375-385.  
[https://doi.org/10.1016/S1090-3801\(02\)00025-3](https://doi.org/10.1016/S1090-3801(02)00025-3)
- Heggen, C., & Danielsen, A. (2020). Pasienters kroniske smerter kan være usynlig for sykepleiere. *Sykepleien*, 108(81840).  
<https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2020.81840>
- Helsebiblioteket. (2021, 17. september). *Kunnskapsbasert praksis*.  
[https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasertpraksis/kunnskapsbasertpraksis.no?utm\\_source=rss&utm\\_medium=rss&utm\\_campaign=matching](https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasertpraksis/kunnskapsbasertpraksis.no?utm_source=rss&utm_medium=rss&utm_campaign=matching)
- Helsebiblioteket. (2016, 3. juni). *Sjekklist*.  
<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasertpraksis/kunnskapsbasertpraksis.no/4.kritisk-vurdering/4.1-sjekklist>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell I* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.  
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Heyn, L. G. (2018). *Klinisk Kommunikasjon i Sykepleie*. Gyldendal Akademisk.
- Internasjonal Association for the Study of Pain. (2020, 16. juli). *IASP Announces Revised Definition of Pain*.  
<https://www.iasp-pain.org/publications/iasp-news/iasp-announces-revised-definition-of-pain/>
- Jonsdottir, T., Gunnarsdottir, S., Oskarsson, G. K. & Jonsdottir, H. (2016) Patients` Perception

- of Chronic-Pain Related Patient-Provider Communication in Relation to Sociodemographic Variables: A Cross-Sectional Nationwide Study. *Journal of Pain Management Nursing* 2016(5), 322-232. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2016.07.001>
- Kristoffersen, N. J., Skaug, E. A., Steindal, S. A & Grimsbø, G. H. (2016a). *Grunnleggende sykepleie – fag og profesjon* (3. utgave). Gyldendal.
- Kristoffersen N. J., Nortvedt, F., Skaug, E. A. & Grimsbø, G. H. (2016b). *Grunnleggende sykepleie – pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. Utgave). Gyldendal.
- Landmark, T., Romundstad, P., Dale, O., Borchgrevink, P. C. & Kaasa, S. (2012). Estimating the prevalence of chronic pain: validation of recall against longitudinal reporting (the HUNT pain study). *Pain*, 153(7), 1368-1373. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2012.02.004>
- Nes, R. B. (2019, 23. September). *Fakta om livskvalitet og trivsel*. Folkehelseintitutet. <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/livskvalitet-og-trivsel/livskvalitet-og-trivsel/>
- Norsk Sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Paul-Savoie, E., Bourgault, P., Potvin, S., Gosselin, E., & Lafrenaye, S. (2018). The Impact of Pain Invisibility on Patient-Centered Care and Empathetic Attitude in Chronic Pain Management. *Pain Research & Management*, 2018, 1–8. <https://doi.org/10.1155/2018/6375713>
- Pratt, H., Moroney, T. & Middleton, R. (2020). The influence of engaging authentically on nurse–patient-relationships: A scoping review. *Nursing Inquiry*, 2021(28), 1-15. <https://doi.org/10.1111/nin.12388>
- Reinar, L. M., & Jamtvedt, G. (2010). Hvordan skrive en systematisk oversikt? *Sykepleien forskning*, 2010(3), 238-246. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2010.0121>

- Rustøen, T., Wahl, A. K., Hanestad, B. R., Lerdal, A., Paul, S. & Miaskowski, C. (2004)  
Prevalence and characteristics of chronic pain in the general Norwegian population.  
*European Journal of Pain*, 8(6), 555-565.  
<https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2004.02.002>
- Rütgen, M., Seidel, E.M., Silani, G., Riečanský, I., Hummer, A., Windischberger, C., Petrovic, P  
& Lamm, C. (2015). Placebo analgesia and its opioidergic regulation suggest that  
empathy for pain is grounded in self pain. *Proceedings of the National Academy of  
Sciences*, 112(41), 638-646. <https://doi.org/10.1073/pnas.1511269112>
- Samuelsen, P.J., Svendsen, K., Wilsgaard, T., Stubhaug, A., Nielsen, C.S. & Eggen, A.E. (2016).  
Persistent analgesic use and the association with chronic pain and other risk factors  
in the population-a longitudinal study from the Tromsø Study and the Norwegian  
Prescription Database. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 72(8), 977-985.  
<https://doi.org/10.1007/s00228-016-2056-7>
- Sandvik, R. & Rustøen, T. (2020). Sykepleiere er avgjørende for god smertebehandling.  
*Sykepleien*, 108(80601). <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2020.80601>
- Støren, K. S. & Rønning, E. (2021). *Livskvalitet i Norge 2021* (ISBN: 978-82-587-1399-6).  
Statistisk sentralbyrå.  
<https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/levekar/artikler/livskvalitet-i-norge-2021>
- Søk og skriv. (2022, 26. august). *Kjeldevurdering*.  
<https://www.sokogskriv.no/kjeldebruk/kjeldevurdering.html>
- Travelbee, J. (1971). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Universitetsforlaget.

## 7. Vedlegg

Vedlegg 1 – PICO-skjema:

	Søkeord
P - Populasjon	Sykepleier
I - Interesseområde	Kommunikasjon & mestring
Co - Kontekst	Pasient med kroniske smerter

## Vedlegg 2 – Vurderingsskjema for artikler:

Sjekkliste	
Forfatter	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aktuell faglig utdanning</li> <li>- Har tilstrekkelig forskningsbakgrunn</li> <li>- Aktuell arbeidsplass (høgskole/forskningsinstitusjoner)</li> <li>- Har skrevet mer om samme tema</li> </ul>
Vitenskapelig artikkel	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fagfellevurdert</li> <li>- Objektiv framstilling</li> <li>- Ingen interessekonflikter</li> <li>- Bekrefter tidligere kunnskap</li> <li>- Redelige og strukturerte argumenter</li> <li>- Skrevet på lesbart språk</li> <li>- IMRAD struktur</li> <li>- Godt abstrakt</li> <li>- Troverdige tidsskrift</li> </ul>
Referanser i artikkelen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ryddig og strukturert litteraturliste</li> <li>- Bruker troverdige kilder</li> <li>- Inneholder ikke påstander som ikke underbygges med kilde</li> </ul>
Annet	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Faglig språk</li> <li>- Innholdet er fortsatt aktuelt</li> <li>- Resultatet gir ny innsikt i temaet</li> <li>- Vurder primærkilde/sekundærkilde</li> </ul>

## Vedlegg 3 – Sjekkliste for vurdering av studier

Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

*Eksempel på ferdig utfylt skjema ved Jonsdottir et al. (2016).*

### Del A: Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:**

- Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?
- Hvorfor ville de finne svar på det?
- Er problemstillingen relevant?

**Kommentar:** Både problemstilling og hensikt kommer klart frem, og er relevant.

2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:**

- Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

**Kommentar:** Ja.

3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

Ja –  Nei –  Uklart



**Tips:**

- Er valg av forskningsdesign begrunnet? Har forfatterne diskutert hvordan de bestemte hvilken metode de skulle bruke?

**Kommentar:** Ja.

#### 4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** Når man bruker for eksempel strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?
- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?
- Er det diskusjon omkring utvalget, for eksempel hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (for eksempel kjønn, alder, sosioøkonomisk status)?

**Kommentar:** Det er gjort godt rede for hvem som ble valgt ut som informanter, hvordan de ble valgt og hvorfor, samt diskutert fordeler og ulemper med dette.

#### 5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** Datainnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.

- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?
- Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? For eksempel intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende

eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse, og er det begrunnet hvorfor disse metodene ble valgt?

- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, for eksempel beskrivelse av intervjuguide?
- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?
- Går det klart frem hvilken form dataene har (for eksempel lydopptak, video, notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

**Kommentar:**

6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:**

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
  - a. utforming av problemstilling
  - b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting
  - c. analyse og hvilke funn som presenteres
- På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

**Kommentar:** Denne forskningen er fra Island. Forskerne drøfter blant annet hvordan dette kan bidra til feilkilder både for dem som forskere og informantene. De forklarer at befolkningen på Island er kjent for å være ganske like, og det kan føre til lite mangfold av informanter.

7. Er etiske forhold vurdert?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:**

- Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?

- Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan for eksempel være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.
- Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

**Kommentar:**

8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt, for eksempel grounded theory, fenomenologisk analyse, etc.?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført, for eksempel de ulike trinnene i analysen?
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data, for eksempel sitater og kategoriene som forskerne har kommet frem til?
- Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene? I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

**Kommentar:**

9. Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?

Ja –  Nei –  Uklart

**Del B: Hva er resultatene?**

1. Er funnene klart presentert?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares.

- Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?
- Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter?
- Har forskerne diskutert funnenes troverdighet (for eksempel triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

**Kommentar:**

## Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

### 1. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

**Tips:** Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene være overførbare eller gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.

- Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de for eksempel funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?
- Har studien avdekket behov for ny forskning?
- Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?

**Kommentar:** Forskerne forklarer på en kritisk måte hvordan deres studie kan bidra til bedre praksis, hvordan resultatene kan brukes andre steder, og hvorfor mer forskning på temaet er en nødvendighet.