



Høgskulen på Vestlandet

SYKH390 Bacheloroppgave

SYKH390-O-2024-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	26-04-2024 09:00 CEST	Termin:	2024 VÅR
Sluttdato:	10-05-2024 14:00 CEST	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 SYKH390 1 O 2024 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	120
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7643
----------------------	------

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:	46
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



BACHELOROPPGAVE

Fremme livskvalitet hos klasehodepinepasienter – en sykepleiefaglig tilnærming

Enhance Quality of Life for Cluster Headache Patients – A Nursing Approach

Kandidatnummer: 599440

Bachelor i sykepleie

Fakultet for helse og sosialvitenskap

Veileder: Cathrine Storesund

Innleveringsdato: 10.05.24

Antall ord: 7643

Sammendrag

Innledning:

Klasehodepine er en alvorlig hodepinesykdom som berører rundt 5000 personer i Norge. På grunn av de intense smerteanfallene, blir sykdommen ofte kalt «selvmordshodepine». Det viser seg at medisinsk behandling sjelden har god effekt på smertene, og helsedirektoratet og WHO understreker behovet for bedre og mer spesialisert helsetilbud for pasienter med sjeldne og kroniske hodepiner. På bakgrunn av dette, skal jeg i denne bacheloroppgaven utforske hvilke faktorer som påvirker livskvaliteten til klasehodepinepasienter og hvordan sykepleiere kan bidra til å fremme deres livskvalitet på tross av sykdommen.

Metode:

Litteraturstudie med systematisk litteratursøk i databasene CINAHL og MEDLINE, hvor 6 ulike forskningsartikler ble analysert for å belyse temaet. Inklusjons- og eksklusjonskriterier, kildekritikk og etiske vurderinger ble utført.

Resultat:

Resultatene viste at smertene ved klasehodepine har en betydelig negativ innvirkning på pasientens livskvalitet, med beskrivelser av smertens intensitet og varighet, samt følelsesmessige reaksjoner som frykt og usikkerhet. Resultatene viste også en sammenheng mellom smerte, selvmordsrisiko og redusert livskvalitet hos pasienter med klasehodepine. Resultatene ble delt opp i 2 kategorier: smertenes påvirkning på livskvalitet og psykologiske faktorer som påvirker livskvaliteten.

Konklusjon:

Sykepleierens rolle i veiledning og oppfølging for å hjelpe klasehodepinepasienter å håndtere smerte, psykologiske utfordringer og forbedre livskvaliteten anses som verdifullt. Gjennom en helhetlig tilnærming med fokus på kartlegging, helsefremmende arbeid, kognitiv atferdsterapi og aksepterings- og forpliktelsesterapi kan sykepleiere bidra til å fremme livskvalitet og håp hos pasienter med klasehodepine. Samtidig er det behov for mer forskning på området for å få mer kunnskap om virkningen av helhetlige tilnærminger til klasehodepinepasienter.

Abstract

Introduction:

Cluster headache is a severe headache disorder that affects around 5,000 people in Norway. Due to the intense pain episodes, the condition is often called "suicide headache". It turns out that medical treatment rarely has a good effect on the pain, and the Directorate of Health and WHO emphasize the need for better and more specialized health services for patients with rare and chronic headaches. Based on this, in this bachelor's thesis, I will explore the factors that affect the quality of life of patients with cluster headaches and how nurses can contribute to enhancing their quality of life despite the illness.

Method:

A literature study with a systematic literature search in the databases CINAHL and MEDLINE, where 6 different research articles were analyzed to illuminate the topic. Inclusion and exclusion criteria, source criticism, and ethical considerations were performed.

Results:

The results showed that the pain from cluster headaches has a significant negative impact on the patient's quality of life, with descriptions of the pain's intensity and duration, as well as emotional reactions such as fear and uncertainty. The results also showed a correlation between pain, the risk of suicide, and reduced quality of life in patients with cluster headaches. The results were divided into 2 categories: the impact of pain on quality of life and psychological factors affecting quality of life.

Conclusion:

The nurse's role in guidance and follow-up in helping cluster headache patients manage pain, psychological challenges, and improve quality of life is considered valuable. Through a holistic approach focusing on assessment, health-promoting work, cognitive-behavioral therapy, and acceptance and commitment therapy, nurses can help to promote quality of life and hope in patients with cluster headaches. Meanwhile, there is a need for more research in the area to gain more knowledge about the effects of holistic approaches to patients with cluster headaches.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	2
Abstract	3
1. Innledning	6
1.1. <i>Introduksjon til tema</i>	6
1.2. <i>Bakgrunn for valg av tema</i>	6
1.2.1. Sykepleiefaglig relevans.....	8
1.2.2. Smerters påvirkning på livskvalitet.....	9
1.2.3. Helhetlig tilnærming i sykepleie	10
1.2.4. Sykepleierens helsefremmende rolle	11
1.3. <i>Sykepleieteori - Joyce Travelbee</i>	12
1.4. <i>Formål og problemstilling</i>	13
1.4.1. Problemstilling	13
1.4.2. Avgrensning av problemstilling	13
2. Metode	14
2.1. <i>Litteraturstudie</i>	14
2.2. <i>Forberedelse til søkeprosessen</i>	14
2.2.1. PIO-skjema	15
2.3. <i>Søkeprosessen</i>	16
2.3.1. Beskrivende tabell av søkeprosessen i databasene	16
2.3.2. Inklusjon- og eksklusjonskriterier	20
2.4. <i>Metodekritikk</i>	21
2.4.1. Vurdering av metode	21
2.4.2. Vurdering av forskningsartikler	22
2.4.3. Etiske vurderinger	23
3. Analyse	24
4. Resultat	25
4.1. <i>Smertenes påvirkning på livskvaliteten</i>	25
4.2. <i>Psykologiske faktorer som påvirker livskvaliteten</i>	27
5. Drøfting	29

5.1.	<i>Helhetlig tilnærming i smertebehandling</i>	29
5.1.1.	Kartlegging	30
5.1.2.	Helsefremmende tilnærming.....	31
5.2.	<i>Psykologiske tilnærminger</i>	33
5.2.1.	Kognitiv Atferdsterapi (CBT)	34
5.2.2.	Aksepterings- og forpliktelsesterapi (ACT)	35
6.	Konklusjon	37
7.	Kildehenvisning	38
	Vedlegg 1 – Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie	44
	Vedlegg 2 – Sjekkliste for vurdering av prevalensstudie	50

1. Innledning

1.1. Introduksjon til tema

Se for deg følelsen av å få et sverd stukket inn i øyet som vrir rundt og rundt (Kringstad et al., 2020). Flere tusen mennesker i Norge må leve med slike intense smerteanfall (Hodepine Norge, u.å.). Disse smerteanfallene kommer fra sykdommen klasehodepine, bedre kjent som *selvmordshodepine* (Alstadhaug & Ofte, 2015, s. 1361). Uttrykket *selvmordshodepine* kommer av den psykiske belastningen smertene påfører. Dette fører ofte til selvmordstanker, og i verstefall, selvmordsforsøk (Cleveland Clinic, 2023). Det er i dag lite kunnskap om klasehodepine i helsevesenet (Ose & Krågebakk, 2021, s. 19). I tillegg er det lite kunnskap om hvordan tilstanden bør behandles i spesialisthelsetjenesten (Huseby et al., 2017, s. 34). I denne oppgaven skal jeg dykke dypere i klasehodepinepasienters verden, med formål om å undersøke hvordan sykepleiere kan bidra til å fremme deres livskvalitet til tross for sykdommen.

1.2. Bakgrunn for valg av tema

Helsedirektoratet har satt i gang et arbeid for å gi hodepinepasienter et bedre helsetilbud. Rapporten fra dette arbeidet fastslår at det er manglende kunnskap om hvordan omsorgen for hodepinepasienter praktiseres i Norge. De uttrykker videre at kvaliteten på omsorgen varierer, og at behovet for mer spesialisert helsehjelp for denne gruppen er stort. Et spesialisert og tilpasset helsetilbud for alle med kroniske og sjeldne hodepiner, og som er vanskelig å klassifisere, vil kunne sikre kvaliteten på omsorgen rundt disse pasientene (Huseby et al., 2017, s. 34). I tillegg har regjeringen vedlagt en folkehelsemelding til Stortinget om behov for økt innsats for å fremme livskvalitet hos befolkningen (Meld. St. 15 (2022-2023), s. 78-79). Verdens helseorganisasjon (WHO) arbeider kontinuerlig for optimal helse for alle, definert som «en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom eller lidelser» (FN-sambandet, 2024).

Klasehodepine er en alvorlig hodepinesykdom som omtrent 5000 personer i Norge er rammet av. Det er lite kunnskap om klasehodepine blant helsepersonell, og det kan føre til unødvendige konsekvenser for pasienter som lider av denne sykdommen (Hodepine Norge, u.å.). Smerteanfallene som oppstår, er vanligvis lokalisert bak eller rundt et øye. Ordet «klase» kommer av at anfallene som regel oppstår i puljer (klaser) på ett til åtte anfall per dag. Smertene opptrer ensidig, og et anfall kan vare fra 15 minutter og opptil 3 timer uten behandling (Løge, 2024). Det er vanlig at anfallene opptrer på samme tidspunkt av døgnet, og det er vanlig med nattlige anfall som starter et par timer etter at pasienten har sovnet (Faiz, 2021). Man deler klasehodepine inn i kronisk og episodisk, der de med den episodiske varianten har lengre opphør av smerteanfall, det har ikke pasientene med den kroniske varianten (Faiz, 2021). Smerten ved klasehodepineanfall er ekstrem, ofte beskrevet som verre enn både nyrestein og fødsel, noe som har gitt den kallenavnet selvmordshodepine (Alstadhaug & Ofte, 2015, s. 1361). På grunn av de intense smertene, kan tilstanden føre til psykiske utfordringer, økt følelse av håpløshet og betraktelig redusert livskvalitet for de som er rammet (Palmgren, 2023).

I løpet av min tid som sykepleierstudent har jeg vært ansatt på en nevrologisk avdeling. Der tilegnet jeg meg ny kunnskap om klasehodepine og ble kjent med en pasient som har kronisk klasehodepine. Denne pasienten ble innlagt på grunn av forverring av smerter, og smertelindringen fra opioider og oksygenbehandling ga lite effekt. I løpet av flere måneder ble pasienten innlagt gjentatte ganger med verre smerteintensitet og lengre varighet av smertene. Denne opplevelsen vekket min forståelse om nødvendigheten av å utforske klasehodepine mer grundig. Siden denne pasienten hadde minimal effekt av den medisinske behandlingen av sykdommen, vil jeg tro at dette kan gjelde flere som lider av klasehodepine. Derfor tenker jeg at det er viktig at sykepleiere får en større rolle i oppfølgingen og ivaretagelsen av denne pasientgruppen, ved å sette søkelys på pasientenes opplevelser bak sykdommen for å kunne bidra til å fremme livskvaliteten. Dette er noe jeg tror kan hjelpe pasienter med å håndtere sykdommen og smerten bedre, spesielt er det viktig for de som opplever at behandlingen ikke har effekt.

1.2.1. Sykepleiefaglig relevans

Helsedirektoratet sin statusrapport om hjernesykdommer beskriver utfordringer og behov i behandlingen av hodepine som et folkehelseproblem i Norge. De med sjeldne hodepinesykdommer har spesielt stort behov for bedre helsetilbud. Disse pasientene opplever ofte å bli kasteballer mellom ulike spesialister i helsetjenesten som mangler en helhetlig behandlingsplan (Huseby et al., 2017, s. 34). Mange med psykiske og nevrologiske tilstander har behov for jevn oppfølging gjennom livet, men dagens praksis tar ikke hensyn til disse behovene (Huseby et al., 2017, s. 59). I tillegg poengteres det at spesialisthelsetjenesten ikke bare skal behandle sykdommer, men også jobbe forebyggende og fremmende for helsen gjennom en helhetlig behandlingsplan (Huseby et al., 2017, s. 85).

Hodepine Norge har intervjuet en hodepinesykepleier som jobber daglig med klasehodepinepasienter på en nevrologisk poliklinikk. Hun poengterer blant annet at pasienter med alvorlige hodepinesykdommer har behov for noen som forstår utfordringene rundt hvordan lidelsen påvirker livene deres, og med dagens mangel på tid, ressurser og sykepleiere spesialisert i hodepinesykdommer er dette et behov som blir umøtt hos mange av pasientene. Hun mener at hodepinepasienter fortjener større fokus i helsevesenet, og poengterer viktigheten av at pasientene skal få et bedre helsetilbud enn det de får i dag (Hodepine Norge, u.å.).

Helsedirektoratet (2015) opplyser om at pasienter med hodepine som begrenser livsutfoldelsen og har manglende effekt av behandling, har rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Slik type hodepine, som for eksempel klasehodepine, er en tilstand som anses å være alvorlig og helsehjelpen i spesialisthelsetjenesten anses å være nyttig for pasienten. Pasienter med klasehodepine opplever ofte at tilgjengelig behandling har dårlig dokumentert effekt. Det er i tillegg få data på hvordan pasienter opplever virkningen av en helhetlig behandlingstilnærming (Ose & Krågebakk, 2021, s. 7). På grunnlag av dette, anser jeg at det er behov for å bruke andre verktøy som kan fremme livskvalitet hos denne pasientgruppen.

1.2.2. SmerTERS påvirkning på livskvalitet

Tidligere så man på smerte kun gjennom biologiske faktorer som fysiske avvik fra kroppens normaltilstand. Dette blir kalt for den biomedisinske modellen og ble brukt for å forstå sykdom og lidelse. Dagens smerteforståelse tar utgangspunkt i den biopsykososiale modellen som belyser at menneskelige egenskaper er like viktig å ta med i betraktningen når man skal kartlegge pasienters smerte. Denne modellen legger vekt på å se mennesker i et bredere perspektiv, ved å forstå biologiske, psykologiske, sosiale og kulturelle faktorer (Kristoffersen et al., 2021b, s. 21).

For smertepasienter er det ikke bare fysiske belastninger de må leve med. Den mentale belastningen sykdommen fører med seg, som bekymringer, stress og frykt, kan også føre til smertefulle og tappende tanker. Å bli utsatt for konstante negative tanker, kan skape en ekstra byrde for pasienter med klasehodepine (Berge et al., 2019, s. 28). Flere kognitive og emosjonelle faktorer, som forventninger, oppmerksomhet, hukommelse, katastrofetenkning og depresjon, påvirker aktivitet i hjernens smertesenter. Forskning viser at negative forventninger også kan dempe effekten av smertestillende medikamenter, fordi pasientene har forventninger om at behandlingen ikke kommer til å fungere (Berge et al., 2019, s. 139).

Å ha tilbakevendende og vedvarende katastrofetanker og bekymringer, kan føre til at opplevelsen av smertene føles uoverkommelige. Da oppstår negative forventninger om det verst tenkelige, som igjen bidrar til en følelse av hjelpeløshet og isolasjon. Langvarige smerteprosesser, slik som ved klasehodepine, kan føre til psykiske utfordringer for pasientene (Berge et al., 2019, s. 40).

Smerter, spesielt langvarige, svekker sentrale aspekter av dagliglivet som er viktige for livskvaliteten hos mennesker generelt. Smerteopplevelser vil gå ut over pasienters fysiske funksjon, sosiale relasjoner og den mentale helsen (Kristoffersen et al., 2021b, s. 28). I tillegg opplever ofte smertepasienter usikkerhet om intensiteten og varigheten av smertene. Dette kan forsterke følelsen av meningsløshet og isolasjon (Kristoffersen et al., 2021b, s. 30). Med bakgrunn i den biopsykososiale modellen, som tar for seg alle aspektene som påvirkes av

smerte, er det åpenbart at langvarige smerter kan redusere livskvaliteten til pasientene betydelig (Kristoffersen et al., 2021b, s. 28).

1.2.3. Helhetlig tilnærming i sykepleie

Sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer poengterer at «sykepleieren understøtter håp, mestring og livsmot hos pasienten» og «sykepleieren ivaretar den enkelte pasients behov for helhetlig sykepleie» (Alsvåg & Aadland, 2019, s. 205-206). I sykepleie handler en helhetlig tilnærming om å kombinere fysiologiske, psykologiske og sosiale aspekter for å fremme både pasientens fysiske og psykiske helse, samt livskvalitet for å dekke deres helhetlige behov (Nasjonalt digitalt læringsarena, u.å.). Denne tilnærmingen anses som relevant i møte med klasehodepinepasienter da man ser pasienten fra et helhetlig perspektiv hvor fysiologiske og psykologiske tilstander påvirker hverandre (Berge et al., 2019, s. 21).

En utfordring i dagens helsesystem er at somatiske og psykiske helseproblemer ofte blir behandlet hver for seg (Berge et al., 2019, s. 22). Dette kan føre til begrenset effektivitet i behandling av sykdommer som trenger en helhetlig behandlingsmetode (Berge et al., 2019, s. 23). Ved klasehodepine kan psykologiske elementer forsterke fysiske smerteopplevelser og omvendt. Derfor er det et stort behov for helhetlige modeller der fysisk og psykisk helse ses i sammenheng (Berge et al., s. 23).

1.2.4. Sykepleierens helsefremmende rolle

Sykepleierens helsefremmende rolle er en sentral funksjon innen sykepleie (Kristoffersen et al., 2021b, s. 260). Sykepleiere har en rekke ansvar overfor pasientene sine, og ansvaret for å fremme helse er et sentralt punkt i de yrkesetiske retningslinjene (Norsk sykepleierforbund, 2023, s. 1). Dette ansvarsområdet anses som relevant for klasehodepinepasienter fordi sykepleiere bør veilede pasientene til mestringsstrategier for å forbedre livskvaliteten til tross for tilstedeværelsen av sykdom og smerter.

Den helsefremmende sykepleiefunksjonen handler om å styrke pasienters egne ressurser for å oppnå mestringssevne og egenomsorg (Kristoffersen et al., 2021b, s. 261). For å få til dette, er det viktig for sykepleiere å bidra til økt kunnskap og personlig kompetanse hos pasientene om hva som forbedrer den enkeltes helsetilstand (Kristoffersen et al., 2021a, s. 19). Å fokusere på brukermedvirkning for å få pasientene til å aktivt delta i sin egenomsorg, er betydelig i helsefremmende arbeid (Kristoffersen et al., 2021b, s. 261). For pasienter med klasehodepine, kan helsefremmende arbeid gjøre god nytte. Dette ved å styrke pasienters ressurser gjennom ulike tiltak som opplæring i smertehåndteringsteknikker, stressreduksjon og livsstilsendringer. Ved å ha fokus på helsefremmende arbeid, kan pasienter med klasehodepine få en helhetlig sykepleiefaglig tilnærming, og sykepleiere kan utgjøre en betydningsfull rolle i å fremme livskvaliteten til denne pasientgruppen. (Kristoffersen et al., 2021b, s. 261).

1.3. Sykepleieteori - Joyce Travelbee

Sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee presenterer sin sykepleieteori med et helhetlig syn på sykepleie der målet er å skape et menneske-til-menneske-forhold mellom sykepleier og pasient. Denne teorien beskriver viktigheten av å se på og å møte individet som et helt menneske med egne livserfaringer og behov. Med dette mener hun at pasienten ikke skal defineres som sin sykdom. For å kunne praktisere på bakgrunn av et helhetlig syn på sykepleie, kreves det at sykepleiere er opptatt av pasientens følelser og personlige historie. Da bygges det opp et forhold basert på empati og forståelse. I dette mellommenneskelige forholdet kan den syke hjelpes til å finne håp og mening, og til å mestre opplevelsen av sykdom og lidelse (Travelbee, 1999).

I Travelbees arbeid står sykepleiernes rolle til å støtte pasienter i deres ønske om et meningsfullt liv, til tross for sykdommens utfordringer, sentralt (Travelbee, 1999, s. 36). Teorien er relevant for pasienter med klasehodepine da sykepleieren skal støtte pasientene og gi dem verktøy til å fremme livskvaliteten. Travelbees teori understreker viktigheten av at sykepleieren viser denne forståelsen i pleie og behandling. Da kan sykepleieren tilby en mer empatisk og omsorgsfull tilnærming (Travelbee, 1999, s. 36).

Travelbee er opptatt av at smerte og lidelse innehar ulike dimensjoner. Hun hevder at store lidelser kan føre til apatisk likegyldighet hos smertepasienter (Travelbee, 1999, s. 99-100), og at sykepleieomsorgen må arbeide med å opprettholde håp og positive tanker om fremtiden. Håp er et sentralt tema i Travelbees teori. Håp blir sett på som en styrke som kan støtte pasienter gjennom helseutfordringer og å fremme økt livskvalitet (Travelbee, 1999, s. 117). For pasienter med klasehodepine, kan fokuset på å fremme håp bety forskjellen mellom det å bli apatisk og gi opp, til å få økt motivasjon til å mestre sykdommen.

Sykepleiere kan forbedre både fysisk og psykisk smertebehandling ved å ta i bruk Travelbees kunnskap om temaet. Hennes helhetlige syn på pasientomsorg kan være avgjørende å implementere i praksis for å kunne støtte klasehodepinepasienter på veien til et bedre liv. Teorien understreker igjen viktigheten av sykepleieres rolle i å hjelpe pasienter med å finne

styrke og mening til tross for de smertefulle opplevelsene som klasehodepine gir (Travelbee, 1999).

1.4. Formål og problemstilling

Formålet med denne oppgaven er å finne ut hvilke ulike faktorer som påvirker livskvaliteten til pasienter som lider av klasehodepine. Deretter vil jeg utforske hvilke sykepleiefaglige tilnærminger som kan bidra til å fremme livskvaliteten til denne pasientgruppen. Dette vil jeg studere ved å anvende tidligere forskning og sykepleiefaglig litteratur.

1.4.1. Problemstilling

«Hvordan kan sykepleiere bidra til å fremme livskvaliteten hos pasienter med klasehodepine?»

1.4.2. Avgrensning av problemstilling

Temaet er å fremme god livskvalitet hos pasienter med klasehodepine da redusert livskvalitet er et stort problem blant denne pasientgruppen (Ose & Krågebakk, 2015, s. 25). Omfanget på oppgaven nødvendiggjør avgrensninger. Jeg velger å avgrense problemstillingen til voksne pasienter mellom 20 og 40 år fordi sykdommen debuterer vanligvis i denne aldersgruppen (Alstadhaug & Ofte, 2015, s. 1361). Jeg avgrenser det videre til sykepleiere som jobber i poliklinikk fordi poliklinikker ofte driftes av sykepleiere og fordi undersøkelser viser at sykepleieren er en ressurs i denne typen helsefremmende arbeid (Kristoffersen et al., 2021, s. 263). Problemstillingen min er åpen og mange ulike tilnærminger kan brukes for å svare på den. Jeg velger derfor å avgrense til temaer som karlegging, helsefremmende arbeid, psykologiske tilnærminger og kommunikasjon. Alle disse elementene inngår i en helhetlig tilnærming. Jeg velger å utelukke medikamentell smertelindring. Jeg tar derfor utgangspunkt i klasehodepinepasienter som ikke opplever gunstig smertelindring ved medikamentell behandling.

2. Metode

Metode er en systematisk fremgangsmåte som benyttes for å samle inn informasjon og kunnskap for å belyse problemstillingen (Thidemann, 2019, s. 74). Den forteller oss noe om hvordan vi bør gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap (Dalland, 2021, s. 53). De kvantitative metodene dreier seg om å gi data i form av målbare enheter, mens de kvalitative metodene tar sikte på å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle (Dalland, 2021, s. 54).

2.1. Litteraturstudie

I denne oppgaven bruker jeg litteraturstudie som metode. I en litteraturstudie er det resultater fra ulike forskning som er dataen. Jeg har samlet inn relevant forskning som er publisert. Dette er gjort ved å utføre ulike systematiske søk etter vitenskapelige artikler som vil bli brukt for å belyse oppgavens problemstilling. De vitenskapelige artiklene har jeg analysert grundig og evaluert kritisk for deretter å opplyse om resultatene fra forskningen i de valgte artiklene (Thidemann, 2019, s. 90-96).

2.2. Forberedelse til søkeprosessen

For å forberede meg til søkeprosessen, startet jeg med å gjennomføre innledende litteratursøk i databaser, litteratur og nettsteder for å få en oversikt over relevant forskning som kunne svare på problemstillingen min (Thidemann, 2019 s. 81). Innenfor temaet klasehodepine var det utfordrende å finne relevant litteratur som tok for seg sykepleiefaglige tilnærminger. Jeg fant imidlertid ut at det meste av forskningen er fra de senere årene, og at temaet har fått et større fokus nå enn tidligere.

2.2.1. PIO-skjema

Jeg valgte å sette problemstillingen min inn i et PIO-skjema som er en variant av PICO-skjema. PICO-skjemaet inneholder et ekstra punkt som heter «comparison». Jeg skal ikke gjøre sammenligninger i denne oppgaven. På grunn av irrelevans blir punktet «comparison» tatt bort. Elementene i PIO-skjemaet gjorde det mer oversiktlig for meg når jeg skulle gjennomføre systematiske søk (Thidemann, 2019, s. 84). Oppdeling av problemstilling og søkeord er lagt inn i PIO-skjemaet som vises i tabell 1.

Tabell 1:

	Patient (P)	Intervention (I)	Outcome (O)
	Voksne pasienter med klasehodepine	Bruke sykepleierelaterte tiltak i oppfølging og veiledning	Finne ut hvilke faktorer som påvirker livskvaliteten for å kunne finne løsninger for å fremme livskvaliteten og forebygge psykisk uhelse
Søkeord:	Cluster headache	Nursing care, nursing education, nursing	Quality of life, lifestyle changes, depression, suicide

2.3. Søkeprosessen

Et systematisk søk etter forskningslitteratur ble gjort i databasene «CINAHL» og «MEDLINE». Jeg brukte søkeordene som står nevnt i PIO-skjemaet i *tabell 1*. Søkeordene er nøye utvalgt ut ifra problemstillingen «Hvordan kan sykepleiere bidra til å fremme livskvaliteten hos pasienter med klasehodepine?». For å sikre at forskningen var relevant i henhold til dagens dato, avgrenset jeg årstallet i alle søkene, slik at det kun blir gjort funn av artikler fra 2014 til 2024. Jeg fikk ingen treff på artikler som relaterte til sykepleiernes rolle i behandlingen, men jeg fant en del forskning som omhandlet pasienters perspektiver og opplevelser av sykdommen. Disse synes jeg var relevante da forskningen tok for seg ulike faktorer som forklarer hvordan klasehodepine påvirker livskvaliteten, og hvor lite kunnskap det er om sykdommen innen helsevesenet. Nedenfor har jeg lagt inn en detaljert tabell som viser hele min søkeprosess.

2.3.1. Beskrivende tabell av søkeprosessen i databasene

Tabell 2:

Database (dato for søk)	Forfatter (år)	Tittel	Hensikt	Metode	Resultat
CINAHL (08.02.24)	Pohl, H., Gantenbein, A. R., Sandor, P. S., Schoenen, J. & Andrée, C. (2021)	The impact of the disease burden on the quality of life of cluster headache patients.	Å undersøke om belastningen mellom smerteanfall selvstendig påvirker livskvaliteten til personer som lider av klasehodepine.	Prevalensstudie	Flere aspekter av byrden mellom anfall reduserte livskvaliteten uavhengig av anfall. Blant dem var frykt for smerte, selvtilløring og privatlivsvansker.

CINAHL (08.02.24)	Freeman, E., Adair, M., Beeler, D., Casper, R., Herman, M. P., Reeves, D. & Reinsch, S. (2022)	Patient-identified burden and unmet needs in patients with cluster headache: An evidence-based qualitative literature review.	Å kvalitativt identifisere evidensbasert litteratur knyttet til daglig belastning og udekket behandling og psykososiale behov hos pasienter med klasehodepine.	Kvalitativ litteraturstudie	Livskvaliteten var redusert hos personer som lever med klasehodepine, med signifikante psykologiske, sosiale, og sosioøkonomiske byrder. Sykdomsforløpet er komplekst, der pasienter opplever at flere aspekter enn det biologiske påvirker livskvaliteten.
CINAHL (09.02.24)	Palacios-Ceña, D., Talavera, B., López-Ruiz, P., Gutiérrez-Viedma, Á., Palacios-Ceña, M., Arias, J.A., Fernández-de-las-Peñas, C. & Cuadrado, M.L. (2016)	Living with cluster headache: A qualitative study of patients' perspectives.	Å utforske synspunkter og opplevelser hos en gruppe med spanske menn som lider av klasehodepine.	Kvalitativ studie	Pasienter med klasehodepine lever ofte i frykt og usikkerhet på grunn av sykdommen. Smerteintensitet og varighet, behandling uten effekt, skepsis fra sosiale relasjoner og mangel på kunnskap hos helsepersonell spiller en viktig rolle.
CINAHL (09.02.24)	Louter, M. A., Wilbrink, L. A.,	Cluster headache and depression.	Å utforske forekomsten av depresjon hos pasienter	Prevalensstudie	Livstidsdepresjon viste nesten 3 ganger høyere risiko hos pasienter

	Haan, J., Van Zwet, E. W., Van Oosterhout, W. P. J., Zitman, F. G., Ferrari, M. D. & Terwindt, G. M. (2016)		med klasehodepine, og undersøke bestemmende faktorer for depresjon, som søvnforstyrrelser.		med klasehodepine. Pasienter med klasehodepine hadde flere søvnproblemer. Psykiske utfordringer var assosiert med aktive anfallsperioder.
CINAHL (12.02.24)	Lee, M. J., Cho, S-J., Park, J. W., Chu, M. K., Sohn, J-H., Kim, B-K., Kim, B-S., Kim, S-K., Song, T-J., Choi, Y-J., Park, K-Y., Oh, K., Ahn, J-Y., Lee, K-S., Cho, S. & Chung, C-S. (2019)	Increased suicidality in patients with cluster headache.	Å undersøke selvmordsrisiko relater til klasehodepine og faktorer knyttet til økt selvmordsrisiko hos pasienter med klasehodepine.	Kvalitativ studie	Selvmondsrisikoen var høyere under anfall sammenlignet med perioder mellom anfall. Faktorer som lengre sykdomsvarighet og høyere poengsum på screeningverktøyene «Headache Impact Test» og «Patient Health Question-9» var assosiert med økt selvmordsrisiko under anfall.
MEDLINE (20.02.24)	Torkamani, M., Ernst, L., Cheung, L. S., Lambru, G., Matharu, M. & Jahanshahi, M. (2015)	The neuropsychology of cluster headache: Cognition, mood, disability, and quality of life of patients with chronic and	Å undersøke ulike aspekter av kognitiv funksjon, inkludert intelligens, eksekutiv funksjon og hukommelse, samt humør,	Prevalensstudie	Pasienter med klasehodepine viste flere og mer alvorlige psykiske utfordringer, økt funksjonshemming og redusert livskvalitet sammenlignet med kontrollgruppen.

		episodic cluster headache	funksjonshe mning og livskvalitet hos pasienter med klasehodepin e sammenligne t med kontrollperso ner på samme alder.		
--	--	---------------------------------	---	--	--

2.3.2. Inklusjon- og eksklusjonskriterier

Før søkeprosessen, opprettet jeg inklusjons- og eksklusjonskriterier. Det hjalp meg å velge ut relevante forskningsartikler som omhandlet voksne pasienter med klasehodepine, og deres opplevelser av sykdommen. Dette for å finne ulike områder som sykepleiere kan bistå i for å fremme livskvaliteten til pasienter som lider av klasehodepine. Tabell 3, som er vist nedenfor, viser til kriteriene. Inklusjonskriteriene sikrer relevans til problemstillingen, kvalitetssikring og etiske vurderinger. Eksklusjonskriteriene ekskluderer artikler som ikke inneholder det jeg har valgt å inkludere i forskningsartiklene.

Tabell 3:

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Artikler jeg har tilgang til	Artikler jeg ikke har tilgang til
Artikler som er mindre enn 10 år gamle	Artikler som er over 10 år gamle
Artikler som inneholder ulike pasientperspektiver	Artikler som handler om medikamentell eller kirurgisk behandling
Artikler som handler om voksne med klasehodepine	Artikler som handler om andre typer hodepine og artikler som handler om barn
Artikler som kan bidra til å svare på min problemstilling	Artikler som ikke er relevant for å svare på min problemstilling
Artikler som er kvalitative, litteraturstudier, tverrsnittstudier og kohortstudier	Fagartikler, kommentarer, ikke-empirisk forskning, diskusjoner
Artikler som holder personinformasjon konfidensielt	Artikler som utgir personinformasjon om personene som er en del av forskningen

2.4. Metodekritikk

2.4.1. *Vurdering av metode*

Fordelene ved å bruke litteraturstudie som metode, er at litteraturstudier kan være mer tidseffektive enn annen primærforskning fordi litteraturstudier bruker allerede eksisterende forskning og data. I tillegg finner man ofte mange forskjellige artikler om samme tema, der resultatene av de forskjellige kan sammenlignes, som igjen gjør at troverdigheten til forskningen blir større. En grundig litteraturstudie kan også avdekke områder som ikke har blitt tilstrekkelig utforsket tidligere, noe som kan veilede fremtidig forskning (Thidemann, 2019, s. 78).

Utfordringene ved å bruke litteraturstudie som metode, er at det kan være begrenset tilgang til forskning om enkelte tema, noe som kan påvirke undersøkelsens rekkevidde og dybde. I tillegg kan kvaliteten og troverdigheten til kildene variere, og det er viktig å kritisk vurdere kildene man finner før man velger å bruke dem. Det er også viktig å vite hvilken informasjon som er gyldig og hva som er foreldet. Forskningsfeltet utvikler seg raskt, og det kan være en utfordring å sørge for at litteraturstudien er oppdatert (Dallas, 2021, s. 139-158).

En svakhet ved mitt valg av litteraturstudie som metode, er at det kun ble analysert 6 artikler på grunn av oppgaverammens begrensninger. Dette kan resultere i at relevante kilder for å svare på problemstillingen har blitt holdt utenfor, noe som kan ha påvirket resultatene i oppgaven. For å kunne svare godt på problemstillingen til tross for denne svakheten, har jeg funnet artikler som inneholder mye informasjon som er relevant for problemstillingen. En annen svakhet med metoden litteraturstudie til mitt tema, er mangelen på sykepleiefaglig forskning. For å likevel kunne ha gode forutsetninger for å svare på problemstillingen, valgte jeg forskning som handler om pasientperspektiver. Da kunne jeg ut ifra disse resultatene komme med forslag til hvilke sykepleierelaterte behov som bør dekkes hos pasienter med klasehodepine.

2.4.2. Vurdering av forskningsartikler

Kildekritikk er viktig å gjennomføre når jeg finner forskning jeg anser som relevant. Før jeg kan bruke artiklene jeg har funnet, må jeg også forsikre meg om at de er pålitelige (Dalland, 2021, s. 63). Kildekritikk betyr både å vurdere og karakterisere den litteraturen jeg har funnet. I tillegg må jeg kunne redegjør for hvilke kriterier jeg har benyttet under utvelgelsen (Dalland, 2021, s. 152). Mange av artiklene jeg fant ble ikke brukt på bakgrunn av inklusjon- og eksklusjonskriteriene jeg hadde valgt. Jeg satt igjen med ni artikler som kunne vært relevante, men jeg valgte bort de artiklene som kun omhandlet ett tema fordi de ikke kunne sammenlignes på en adekvat måte med de andre artiklene.

For å vurdere relevansen til forskningsartiklene, svarte jeg på spørsmål hentet fra Dalland (2021):

- Forteller kilden noe om de spørsmålene du stiller i oppgaven?
- Hva betyr det kilden forteller?
- Hvordan ser du for deg at du kan bruke kilden i oppgaven din?
- Har du sjekket kvaliteten på kilden?

Kildene jeg valgte å benytte, fortalte mye om spørsmålet jeg stiller i oppgaven, selv om de ikke svarte direkte på problemstillingen. Ved å svare på pasientperspektiver, opplevelser og utfordringer, ga forskningsartiklene meg et godt utgangspunkt for å kunne diskutere mulige sykepleierelaterte tiltak for å fremme livskvalitet hos pasienter med klasehodepine. Med utgangspunkt i resultatene fra forskningen, presenterte jeg relevante forslag til hvordan sykepleiere i poliklinikk kan bidra med å fremme livskvaliteten til pasienter med klasehodepine.

Da jeg leste gjennom forskningsartiklene, var jeg kritisk til to av artiklene på bakgrunn av at den ene er spansk og studien inkluderte kun menn med klasehodepine. Den andre forskningsartikkelen er koreansk, noe som kan gjøre den mindre gyldig på grunn av mulige kulturelle forskjeller. Helsebiblioteket (2019) har utarbeidet sjekklister som gjør det lettere å kritisk vurdere den metodiske kvaliteten i vitenskapelige artikler. For å kritisk vurdere den

metodiske kvaliteten i forskningsartiklene jeg har valgt, brukte jeg to ulike sjekklister fra Helsebiblioteket (2019). Jeg valgte å bruke sjekklisten for kvalitativ studie og sjekklisten for prevalensstudie. Sjekklisten for kvalitative studier har en maks poengsum på 9 poeng (se vedlegg 1), og sjekklisten for prevalensstudie har en maks poengsum på 11 poeng (se vedlegg 2).

Av forskningsartiklene som brukte kvalitativ metode, fikk to av artiklene 8 av 9 poeng. Den ene artikkelen mistet ett poeng på punkt 3 (se vedlegg 1), og den andre artikkelen mistet ett poeng på punkt 7 (se vedlegg 1). Den tredje artikkelen som brukte kvalitativ metode, fikk 9 av 9 poeng. Av forskningsartiklene som brukte prevalensstudie som metode, fikk en av artiklene 9 av 11 poeng. Artikkelen mistet ett poeng på punkt 4 og ett poeng på punkt 5 (se vedlegg 2). Den andre artikkelen fikk 10 av 11 poeng, og mistet poeng på punkt 5 (se vedlegg 2). Den siste artikkelen fikk 11 av 11 poeng. Ut ifra disse poengsummene anser jeg forskningsartiklene som pålitelige, og jeg valgte også å bruke de to artiklene jeg var kritisk til etter å ha brukt sjekklistene for å kontrollere påliteligheten.

2.4.3. Etiske vurderinger

Forskningsetikk handler om å vurdere forskning opp mot samfunnets normer og verdier. Vurderingen omfatter alle sider ved forskning, fra planlegging og valg av problemstilling til hvilke metoder som skal brukes, samt hvordan resultatene kan tenkes anvendt og rapporteres. Forskningsetikk handler ikke minst om å ivareta personvernet og sikre at de som deltar i forskningen, ikke blir påført skade eller unødvendige belastninger (Dalland, 2021, s. 172).

Pasientenes personvern er beskyttet i alle forskningsartiklene som er analysert i denne litteraturstudien. Det er også bekreftet at alle deltakerne i de ulike studiene har informert om samtykke til å delta på forhånd, i tillegg til at deltakernes ønske om å trekke seg fra studien har blitt respektert. Alle forskningsarbeidene som er inkludert i litteraturstudien har blitt gjennomført i samsvar med etiske retningslinjer og har blitt godkjent av etiske komiteer.

På bakgrunn av at jeg har erfart pasienter med klasehodepine før, har det vært en prioritering å holde meg objektiv, upartisk og ærlig i min tolkning av forskningsresultatene. Oppgaven er utført i samsvar med Høgskulen på Vestlandet sin standard for kildebruk og referering, for å ikke stjele andres arbeid.

3. Analyse

Å analysere handler om å utforske en del som et satt sammen av flere deler (Dalland, 2021, s. 22). I denne oppgaven handler analyse om å studere resultatdelen i ulike forskningsartikler, for så å lage en egen tolkning av de ulike forskningsartiklene. Det er viktig at analysens innhold er objektivt og faktabasert (Dalland, 2021, s. 94).

For å analysere resultatene i mine valgte forskningsartikler, sorterte jeg resultatene fra alle artiklene i et eget dokument og skrev dem ut, da jeg synes det er lettere å arbeide med tekst i papirform. Resultatene delte jeg inn i tre overordnede tema og brukte deretter tre forskjellige fargekoder til hvert tema for å sortere de ulike resultatene slik at de passet til mine hovedtema. Målet med analysen min var å få mitt eget resultat ut ifra de 6 ulike forskningsartiklene jeg har valgt å studere.

Temaene jeg vil undersøke i resultatdelen min er hvordan smertene til klasehodepinepasienter påvirker livskvaliteten, hvilke psykologiske faktorer som blir påvirket av sykdommen og hvordan disse er med på å påvirke livskvaliteten. Disse temaene vil bli belyst i neste kapittel.

4. Resultat

4.1. Smertenes påvirkning på livskvaliteten

Lee et al. (2019), Palacios-Ceña et al. (2016) og Pohl et al. (2016) gir en god beskrivelse om hvordan smerter påvirker livskvaliteten til pasienter med klasehodepine. Palacios-Ceña et al. (2016) brukte pasientenes opplevelser, perspektiver og beskrivelser av sykdommen for å komme frem til resultatene sine. Lee et al. (2019) fokuserte på å måle selvmordsrisikoen hos pasienter med klasehodepine ved å stille ulike spørsmål på en spørreundersøkelse. Pohl et al. (2021) fokuserte på å sammenligne livskvaliteten til pasienter både i aktiv sykdomsfase og til pasienter med smerteopphold (Pohl et al., 2021).

Palacios-Ceña et al. (2016) rapporterer pasientbeskrivelser om smerten som uforutsigbar, altoppslukende, ubeskrivelig, nådeløs, uunngåelig, uutholdelig, paralyserende, tortur, og kontinuerlig lidelse. Pasientene rapporterte også om følelser som frykt og usikkerhet knyttet til uforutsigbarheten av anfall, og beskriver at de har mistet kontroll over eget liv fordi sykdommen har tatt over (Palacios-Ceña et al., 2016). Smerten overgår all annen aktivitet og etterlater pasientene isolerte og ensomme (Palacios-Ceña et al., 2016).

Lee et al. (2019) setter søkelys på den intense smerten ved klasehodepine, der resultatene viser at smerteintensitet og varighet gir økt selvmordsrisiko. Studien fant også at selvmordsrisiko er mye høyere under perioder med smerteanfall enn i de smertefrie periodene. Resultatene viser en direkte forbindelse mellom fysisk smerte og psykisk helsebelastning og bekrefter smertens negative innvirkning på livskvalitet (Lee, et al., 2019).

Pohl et al. (2021) presenterer resultater som viser at pasienter med klasehodepine har betydelig lavere livskvalitet sammenlignet med gjennomsnittet i befolkningen, der pasienter som opplever større anfallsfrekvens og pasienter som har kronisk klasehodepine i tillegg opplever generelt lavere livskvalitet enn andre pasienter med klasehodepine. Disse funnene beskriver en klar sammenheng mellom smerteintensitet, anfallsfrekvens og redusert livskvalitet (Pohl et al., 2021).

Det faktum at klasehodepine er en smertetilstand som påvirker pasientenes livskvalitet, kommer tydelig fram i forskningen til Lee et al. (2019); Palacios-Ceña et al. (2016); Pohl et al. (2016). I studien til Palacios-Ceña et al. (2016) blir pasientopplevelsene beskrevet, og beskrivelsene gir et tydelig innblikk i hvordan smertene har en negativ effekt på flere aspekter i livet, som sosialisering, aktivitet, arbeidsliv og den psykiske helsen. Til forskjell, måler Pohl et al. (2016) livskvalitet gjennom et standardisert verktøy, noe som gjør at man ikke får en dypere forståelse om hvilke aspekter av livet som påvirkes, men det gir en direkte måling av livskvalitet hos pasienter med ulike smerteopplevelser.

I studiene til Palacios-Ceña et al. (2016) og Pohl et al. (2016), får man et pasientperspektiv som beskriver hvordan opplevelsen og påvirkningen klasehodepine har for pasientens livskvalitet. Hvordan smerteintensitet og varighet øker pasientens selvmordsrisiko blir lagt fram i studien til Lee et al. (2019). Dette er den eneste artikkelen som drar fram selvmordsrisiko hos klasehodepinepasienter og hvordan smerteforløpet påvirker denne risikoen (Lee et al., 2019). Ved å se på de forskjellige artiklene, får man et bredere perspektiv på hvordan smertene påvirker pasientene og deres liv (Lee et al., 2019; Palacios-Ceña et al., 2016; Pohl et al., 2016).

4.2. Psykologiske faktorer som påvirker livskvaliteten

Freeman et al. (2022), Lee et al. (2019), Louter et al. (2016), Palacios-Ceña et al. (2016) og Torkamani et al. (2015) tar for seg ulike psykiske faktorer som oppstår hos pasienter som lider av klasehodepine og viser til resultater om at klasehodepinepasienter har økt risiko for å oppleve psykiske utfordringer enn gjennomsnittsbefolkningen.

Palacios-Ceña et al. (2016) rapporterer om at klasehodepine ofte er fulgt av psykiske utfordringer. Her beskriver pasientene sykdommen som å ikke leve eller at livet renner ut gjennom fingrene. Pasientene opplever frykt, uro, fortvilelse, hjelpeløshet, maktesløshet og frustrasjon mellom smerteanfallene på grunn av uforutsigbarheten av sykdommen (Palacios-Ceña et al., 2016). Torkamani et al. (2015) utforsker også psykiske utfordringer blant pasienter med klasehodepine og hvordan disse utfordringene påvirker livskvaliteten. Resultatene viser at pasienter med både den kroniske og den episodiske varianten opplever flere psykiske utfordringer sammenlignet med kontrollgruppen i studien (Torkamani et al., 2015).

Freeman et al. (2022) peker på demoralisering, uttrykt som mangel på livsglede og tap av identitet, som vanlige psykiske utfordringer hos pasienter med klasehodepine. Mangel på livsglede, tap av identitet og generell demoralisering er direkte knyttet til økt selvmordsrisiko (Freeman et al., 2022). Med bakgrunn i dette opplyser Freeman et al. (2022) at selvmordsrisiko er en svært bekymringsfull psykisk konsekvens som kan oppstå hos denne pasientgruppen.

Forholdet mellom klasehodepine og økt selvmordsrisiko blir tydeliggjort i studien til Lee et al. (2019). Pasientenes selvmordstanker og selvmordsatferd peker på en sterk håpløshet blant de som opplever klasehodepine (Lee et al., 2019). Resultatene til Lee et al. (2019) viser hvordan pasientene når et kritisk nivå av håpløshet under smerteanfall. Louter et al. (2016) beskriver også en følelse av håpløshet på grunn av klasehodepine. Depressive symptomer kan virke som en forsterker av mangelen på håp om framtiden (Louter et al., 2016).

Temaer som går igjen i forskningsartiklene er: frykt, håpløshet, uro, fortvilelse, hjelpeløshet, maktesløshet og frustrasjon (Freeman et al., 2022; Lee et al., 2019; Louter et al., 2016; Palacios-Ceña et al., 2016; Torkamani et al., 2015). De generelle psykiske utfordringene klasehodepinepasienter opplever blir satt søkelys på i forskningen til Palacios-Ceña et al. (2016) og Torkamani et al. (2015). Mer spesifikt peker Freeman et al. (2022) på demoralisering, mangel på livsglede og tap av identitet. Slike faktorer er knyttet direkte til selvmordsrisiko, ifølge Lee et al (2019). Selvmordsrisiko og håpløshet kommer fram som sentrale utfordringer (Freeman et al., 2022; Lee et al., 2019). Samtidig vektlegger Louter et al. (2016) de depressive symptomene som påvirker den psykiske belastningen.

Sammenlagt gir forskningsartiklene en bred forståelse av de psykiske utfordringene som kommer med klasehodepine. De forskjellige temaene som blant annet demoralisering, tap av identitet, håpløshet og depressive symptomer, viser den psykiske påkjenningen pasienter med klasehodepine står ovenfor (Freeman et al., 2022; Lee et al., 2019; Louter et al., 2016; Palacios-Ceña et al., 2016; Torkamani et al., 2015).

5. Drøfting

5.1. Helhetlig tilnærming i smertebehandling

Hvordan mennesker reagerer på smerte blir påvirket av smertens årsak, varighet og intensitet (Travelbee, 1999, s. 113). Palacios-Ceña et al. (2016), Lee et al. (2019) og Pohl et al. (2021) viser at klasehodepinepasienter lider av sterke og uforutsigbare smerteanfall, noe som negativt virker inn på livskvaliteten. Pohl et al. (2021) opplyser om at verre smerteintensitet og anfallsfrekvens medfører forverret livskvalitet.

Jensen og Sjøgren (2009) argumenterer for at smerter kan utvikle stressfaktorer som psykiske utfordringer, spesielt ved kroniske smerter. Stressfaktorene fra smertene forsterker smertene mer, og slik dannes det onde sirkler mellom fysiske smerter og psykiske utfordringer (Jensen & Sjøgren, 2009, s. 61). Med bakgrunn i denne teorien, kan det antas at sykepleierens rolle i å tilby en mer helhetlig tilnærming i sykepleie vil være nødvendig for at pasientene skal kunne oppleve økt livskvalitet til tross for smertene. Dette støttes opp av den biopsykososiale smertemodellen. Denne modellen tar utgangspunkt i en helhetlig tilnærming i møte med smertepasienter, og belyser viktigheten av å se pasienten i sin helhet for å forstå og møte pasienter med langvarige smerter (Helse Nord, 2023).

5.1.1. Kartlegging

Palacios-Ceña et al. (2016) beskriver at klasehodepinepasienter føler på frykt og usikkerhet, noe som gjør at sykdommen tar kontroll over livet deres. Pohl et al. (2021) legger til at uforutsigbarheten av anfall også fører til følelser av maktesløshet. Frykten i seg selv kan, ifølge Berge et al. (2019), forårsake verre smerteopplevelse (s. 146). For å hjelpe til med å redusere disse følelsene, er det viktig at sykepleiere får innsikt i den enkelte pasient sine behov (Travelbee, 1999, s. 141). Jensen og Sjøgren (2009) sitt argument om at smerter er en personlig opplevelse, støtter denne påstanden (s. 59).

I følge Travelbee (1999) er observasjon og kommunikasjon essensielt for å oppdage pasientenes behov, og sykepleie som bygger på empati og sympati er nødvendig for å skape et godt forhold til pasientene for å forstå de individuelle følgene smerter har på pasientenes mentale og fysiske helse (s. 142). Videre utdyper Berge et al. (2019) at for å utvikle mestring for smertehåndtering hos pasientene, er det å oppnå en kompleks forståelse av hvordan smerter driver pasientenes funksjon og livskvalitet, av stor betydning (s. 27).

Hodepinedagbok kan være et viktig hjelpemiddel i kartleggingen, da det vil hjelpe både pasienten og sykepleieren til å observere klasehodepinen i tillegg til å identifisere smerteanfallenes triggere og mønstre (Aalberg, 2023). For at klasehodepinepasienter skal kunne oppnå bedre forståelse og kontroll av sykdommen, er kartlegging med hodepinedagbok en viktig faktor (Mayo Clinic, 2023). Aalberg (2023) argumenterer for viktigheten av å føre hodepinedagbok og at det kan bidra til å fremme livskvaliteten.

Til tross for at hodepinedagbok trolig vil redusere pasientenes følelser av usikkerhet og maktesløshet, tenker jeg at den er best egnet til å undersøke smertesymptomene og ikke de andre faktorene som blir påvirket av klasehodepine. Mine tanker baserer seg på Aalberg (2023) sin beskrivelse av hva som er viktig å kartlegge i dagboken, som intensitet, hyppighet, varighet, andre fysiske symptomer og medikamentell behandling. På grunnlag av Travelbee (1999) sin teori som poengterer nødvendigheten av å se hele mennesket bak pasienten, og ikke bare symptomene (s. 143-144), kan det være betydningsfullt å kombinere

hodepinedagboken med andre kartleggingsverktøy for å oppnå en helhetlig forståelse av pasientenes hverdag og samlet livskvalitet.

Det viser seg at kartleggingsverktøyene «Cluster Headache Impact Questionnaire (CHIQ)» og «Cluster Headache Quality of life scale (CHQ)» kan være nyttige for å oppnå dette (Abu Bakar et al., 2016; Kamm et al., 2022). Begge verktøyene tar for seg flere faktorer som påvirker klasehodepinepasienters liv. Samtidig måler CHIQ den generelle funksjonshemmingen ved klasehodepine på ene siden, mens CHQ måler livskvaliteten på den andre siden (Abu Bakar et al., 2016; Kamm et al., 2022). Både Abu Bakar et al. (2016) og Kamm et al. (2022) anser begge verktøyene å være pålitelige. Samtidig legger de til at mer forskning er nødvendig for å forbedre bruken av dem i praksis.

5.1.2. Helsefremmende tilnærming

Palacios-Ceña et al. (2016) beskriver at klasehodepine dominerer og begrenser pasientenes liv. Dette åpner da for en diskusjon om behandlingsmålet bør være å fremme livskvaliteten. På den ene siden burde behandlingsmålet være smertelindring og reduksjon av anfall, noe Mayo Clinic (2023) understreker. På den andre siden opplyser Ose og Krågebakk (2021) om at eksisterende behandlinger sjeldent oppnår ønsket resultat (s. 7). Dette gjenspeiles i pasientperspektivene fra studien til Palacios-Ceña et al. (2016), der halvparten av pasientene tviler på langvarig effekt. Den begrensede tilgangen til effektive behandlinger resulterer i en betydelig byrde for pasientene (Grinberg et al., 2021). Selv om man kan forbedre pasientens funksjonsnivå gjennom å redusere anfallsintensitet eller varighet, er det pasientens subjektive livskvalitet som vil være avgjørende (Hodepine Norge, u.å.).

Et sykepleieperspektiv skal være helhetlig, man skal se på sykdommen som en del av den menneskelige opplevelsen (Travelbee, 1999, s. 35-37). Travelbee (1999) foreslår å gå inn med et mål om å finne mening og verdi i livet med sykdommen fremfor å gå inn med et kurativt mål (s. 35-37). Tilsvarende, poengterer Berge et al. (2019) at en langsiktig hjelpestrategi er nødvendig når sykdom ikke kan helbredes, og at ved somatisk sykdom gjelder det å forebygge psykiske plager da disse plagene stjeler motstandskraften pasientene

trenger for å ta vare på livet, identiteten og selvfølelsen (s. 23). Derfor må tiltakene fokusere på å styrke pasientenes evne til å leve med sykdom (Berge et al., 2019, s. 23).

Et slik skifte i hvordan man tilnærmer seg sykdom kan passe godt for pasienter med klasehodepine, da smertebehandling ofte er mislykket (Ose & Krågebakk, 2021, s. 7). Derfor kan det tenkes at en helhetlig tilnærming med fokus på helsefremmende arbeid kan være avgjørende i behandlingen av klasehodepinepasienter for å forbedre pasientens livskvalitet.

Ved å bruke en helsefremmende tilnærming, kan sykepleiere bistå pasienter i å bruke egne ressurser for å ta tilbake kontroll over livet sitt. Kristoffersen et al. (2021) mener sykepleiere burde ta utgangspunkt i forhold og faktorer som kan bidra til å fremme pasientens mestringsressurser (s. 261). Ifølge Amundsen (2023) bør sykepleiere respektere pasientenes ressursutgangspunkt og se på smerte med et helhetlig blikk for å forbedre deres egenomsorg og smertehåndtering.

Undervisning og opplæring framstår som svært sentrale temaer innenfor helsefremmende arbeid (Kristoffersen et al., 2021, s. 262). I motsetning mener Travelbee (1999) at helsefremmende arbeid handler i større grad om å hjelpe pasienter til å finne mening i sykdommen sin og de helsebevarende tiltakene som blir utført (s. 258). Dette kan derimot framstå som svært krevende for klasehodepinepasienter da smerten de opplever dominerer hele deres hverdag (Grinberg et al., 2021).

5.2. Psykologiske tilnærminger

Klasehodepine er en sykdom som ikke bare er krevende fysisk for pasientene, men også psykiske symptomer som demoralisering, frykt og håpløshet er vanlige symptomer ved klasehodepine (Freeman et al., 2022; Palacios-Ceña et al., 2016). Disse resultatene demonstrerer nødvendigheten av å se på psykologiske tilnærminger som en del av behandlingen hos klasehodepinepasienter. I dette kapittelet skal vi undersøke om metoder som kognitiv atferdsterapi (CBT) og aksepterings- og forpliktelsesterapi (ACT), kan bidra til å fremme livskvaliteten hos klasehodepinepasienter.

Forskning viser at pasienter med klasehodepine stadig opplever følelser som frykt, uro og maktesløshet (Freeman et al., 2022; Lee et al., 2019; Louter et al., 2016; Palacios-Ceña et al., 2016; Torkamani et al., 2015). Freeman et al. (2022) opplyser om at demoralisering er en vanlig psykisk utfordring hos pasienter med klasehodepine, og at selvmordsrisikoen øker ved generell demoralisering. Også Koo et al. (2021) poengterer at demoralisering kan være en viktig risikofaktor for selvmordstanker hos denne pasientgruppen, og at det er mer sannsynlig at forklaringen er demoralisering enn depresjon alene.

Ifølge Jensen og Sjøgren (2009) har pasienter med kroniske smerter ofte ulike psykologiske utfordringer som følge av smerteopplevelsen (s. 62). Dette demonstrerer også behovet for større søkelys på psykologiske tilnærminger for klasehodepinepasienter. Samtidig er det lite forskning som har utforsket psykologiske behandlinger for å fremme livskvaliteten hos pasienter med klasehodepine, ifølge Grinberg et al. (2021). Derfor er det heller ingen nåværende anbefalinger til psykologiske tilnærminger for å behandle denne pasientgruppen (Grinberg et al., 2021). Ut fra egne erfaringer med pasienter, tenker jeg likevel at det kan være til hjelp, spesielt etter å ha studert sammenhengen mellom smerter og psykiske utfordringer i denne oppgaven.

5.2.1. Kognitiv Atferdsterapi (CBT)

Ifølge Gonzales (2020) viste smertepasienter som fikk kognitiv atferdsterapi, reduserte nivåer av både angst og depressivitet, samtidig som de oppnådde en bedre smertelindring (s. 378). Dagbladet har intervjuet en person med klasehodepine som beskriver så intense smerter at han mister realitetsfølelsen og ender opp med selvskading i desperasjon (Lofthus, 2021). Det som reddet han var en smerteklinikk som veiledet han i kognitiv atferdsterapi og hvordan han bruker det i hverdagen, noe som har hjulpet han til å kunne leve et noenlunde normalt liv (Lofthus, 2021).

Sykepleiere kan veilede klasehodepinepasienter i å gjenkjenne og endre skadelige tanker og handlingsmønstre gjennom kognitiv atferdsterapi for å unngå forverring av smertene (Gonzales, 2020, s. 378). Pasienter som føler på sterk frykt knyttet til neste smerteanfall, kan ha bruk for kognitiv justering der målet er å tilegne seg mer realistiske og hensiktsmessige tanker istedenfor katastrofetanker (Gonzales, 2020, s. 378). Denne tilnærmingen kan potensielt redusere følelser som forsterker smerteopplevelser som frykt og hjelpeløshet, noe klasehodepinepasienter ofte føler på (Palacios-Ceña et al., 2016). Kognitiv atferdsterapi er den eneste psykologiske terapiformen som har god dokumentasjon på smertepasienter (Jacobsen & Jacobsen, 2018, sitert i Karlsen, 2020).

Utfordringen med denne tilnæringsmetoden, som sykepleiere må være bevisst på i møte med klasehodepinepasienter, er at pasienter som opplever intense smerter vil kunne føle seg misforstått, og at sykepleieren underdriver pasientens opplevelse av smerte ved å foreslå psykologisk behandling (Jensen & Sjøgren, 2009, s. 65). Derfor er god kommunikasjon, og å vise sensitivitet, essensielt for at sykepleieren kan bygge tillit og vise forståelse overfor pasienten (Jensen & Sjøgren, 2009, s. 69). Travelbee (1999) fastslår at det å vektlegge betydningen av psykologiske tilnærminger ikke betyr at den fysiske behandlingen skal glemmes (s. 123). Dette er svært viktig å huske på da klasehodepinepasienter først og fremst har en somatisk sykdom, og hvis somatisk behandling har effekt, vil dette åpenbart være det beste for pasientens livskvalitet. Hvis sykepleieren er lite oppmerksom på pasientens velvære eller fysiske behov, blir pasientens håp fratatt (Travelbee, 1999, s. 124).

5.2.2. Aksepterings- og forpliktelsesterapi (ACT)

Håpløshet er et tema som går igjen i pasientbeskrivelsene knyttet til smerteanfall (Palacios-Ceña et al., 2016). Ifølge Travelbee (1999) har ikke pasienter som mangler håp kapasitet til å tenke på fremtiden sin, og klarer derfor ikke å mestre utfordringer fordi de ikke tror på at behandling er mulig (s. 122). Samtidig poengterer Travelbee (1999) at håpløshet kommer av å ha opplevd håp for så å ha mistet håpet en gang i livet (s. 123). Med andre ord, ingen mennesker er født med en følelse av håpløshet (Travelbee, 1999, s. 122).

Personer med klasehodepine opplever trolig håpløshet da de har opplevd intens fysisk og mental lidelse over lang tid uten å få tilstrekkelig hjelp som gir optimal smertelindring (Travelbee, 1999, s. 123). Avhengighet av andre er sterkt knyttet til håp, og kunnskapen om tilgjengelig hjelp kan bidra til å fremme håpet hos pasienter med klasehodepine (Travelbee, 1999, s. 118). I følge Travelbee (1999) er sykepleierens oppgave å bistå de som føler håpløshet ved å hjelpe dem med å gjenopprette håpet i deres situasjon (s. 123). Berge et al. (2019) poengterer viktigheten av å få det beste ut av livet og hverdagen samtidig som man gir sykdommen akkurat nok oppmerksomhet til at man tar hensyn til den (s. 27). Mental styrke, utholdenhet og hele friskehistorien er vesentlig for prognose og livskvalitet ved somatisk sykdom (Berge et al., 2019, s. 27)

Ifølge Grinberg et al. (2021), kan aksepterings- og forpliktelsesterapi (ACT) gi håp for pasienter med klasehodepine, noe som gjør det nødvendig med mer forskning som undersøker potensielle fordeler av behandlingen for denne pasientgruppen. ACT kan hjelpe pasienter til å leve et liv som er drevet av deres verdier og ikke av deres smerter (Grinberg et al., 2021). Dette gjøres ved å fremme aksept og engasjement i aktiviteter som er verdifull for pasienten (Berge et al., 2019, s. 158). Målet med terapiformen er at pasienten skal akseptere at smerten er til stede, men ikke la den få all oppmerksomheten (Berge et al., 2019, s. 158) Ved å flytte fokuset fra smertelindring til forbedring av livskvalitet og engasjement, vil en slik tilnærming være fordelaktig ovenfor demoraliserte pasienter (Berge et al., 2019, s. 158).

I følge Grazi et al. (2019) er ACT nyttig for personer med hyppige episodiske migreaneanfall. Terapiformen resulterte også i færre dager med hodepine, noe som er et overraskende funn

da fokuset ved ACT er å veilede pasientene til å leve et verdifullt liv tross smertene, og ikke på smertelindring (Grazzi et al., 2019; Grindberg et al., 2021). Det kan forklares ved at frykt og verstefallstenkning gjør at smertene får mer oppmerksomhet, som gjør at smerteanfallene blir hyppigere, men ved ACT lærer man å flytte oppmerksomheten vekk fra smertene, noe som kan antas å gi motsatt effekt, altså reduserte smerteanfall (Berge et al., 2019, s. 158-159).

Hughes et al. (2017) mener at ACT kan egne seg som et alternativ i behandling av kroniske smerter, da det ble funnet betydningsfulle virkninger for smerteakseptering, psykologisk fleksibilitet, funksjon, angst og depresjon i deres forskning. Samtidig fant de at disse virkningene reduserte ved oppfølging (Hughes et al., 2017). Disse funnene understreker at det er behov for mer forskning for å bekrefte funnene og forbedre forståelsen rundt virkningen av ACT på pasienter med kroniske smerter. Grinberg et al. (2021) undersøkte ACT mer spesifikt rettet mot klasehodepine, og konkluderte med at terapiformen kan være lovende for å fremme livskvaliteten til denne pasientgruppen. Samtidig poengterer de at det ikke finnes forskning direkte knyttet til klasehodepine.

Med utgangspunkt i teorien til Travelbee (1999), vil pasienter med klasehodepine mestre sykdommen sin over lang tid om de lærer seg å akseptere den (s. 110). Samtidig påpeker Travelbee at akseptasjon er den minst vanlige reaksjonen ved sykdom og lidelse (s. 109). Dette kan mulig gjøre ACT utfordrende for pasientene, da den vanligste reaksjonen på lidelse trolig springer ut av en manglende akseptasjon (Travelbee, 1999, s. 104).

Når den syke ikke aksepterer sykdommen, kan det, i følge Travelbee (1999) få store konsekvenser ved at pasienten kanskje ikke makter å arbeide målrettet med akseptasjons- og forpliktelsesterapi (s. 239). Samtidig kan ikke-aksepterende pasienter gå inn i en fase av ekstrem lidelse hvis de ikke får hjelp. Hvis pasientene ikke får hjelp til å akseptere sin sykdom, kan de inntre i en apatisk likegyldighet, der de mister viljen til å leve (Travelbee, 1999, s. 239) Dette demonstreres i resultatene til Freeman et al. (2022), som viser at pasienter med klasehodepine, og spesielt de med den kroniske varianten, har økt selvmordsrisiko. Derfor tenker jeg at en helhetlig tilnærming som ikke bare fokuserer på de fysiske symptomene, er kritisk i behandlingen av klasehodepine.

6. Konklusjon

I løpet av denne litteraturstudien har jeg utforsket hvordan sykepleiere som jobber i poliklinikk, kan bidra med å fremme livskvaliteten til pasienter med klasehodepine. Det kommer frem at pasienter opplever intense, uforutsigbare smerter som fører til frykt, usikkerhet og tap av kontroll, noe som negativt påvirker pasientenes livskvalitet betraktelig. Sykepleiere spiller derfor en viktig rolle i behandlingen til klasehodepinepasienter gjennom helhetlige tilnærminger og psykologiske tilnærminger som god kartlegging, empatisk og sympatisk kommunikasjon, helsefremmende arbeid, kognitiv atferdsterapi og aksepterings- og forpliktelsesterapi. Slike tilnærminger kan bidra til å skape meningsfulle relasjoner og fremme håp hos pasientene.

Samtidig er det ingen studier eller annen litteratur som beviser effekten av helhetlige og psykologiske tilnærminger til pasienter med klasehodepine, og det er nødvendig med videre forskning for å oppnå bedre forståelse om hvordan sykepleiere kan spille en rolle i behandlingen til klasehodepinepasienter for å bidra til å fremme livskvaliteten. Selv om det er behov for mer forskning, er det tydelig at sykepleierens rolle i å respektere pasientenes lidelse, forstå deres behov og tilby en empatisk støtte er betydningsfull for å sikre god omsorg og velvære for denne pasientgruppen. For alle pasienter som lider av klasehodepine og ikke får den hjelpen de trenger, er det avgjørende å fortsette å utvikle sykepleietiltak for å fremme livskvaliteten til også denne delen av befolkningen.

7. Kildehenvisning

- Aalberg, K. (2023, 6. juni). *Kartlegg din hodepine med hodepinedagbok*. Ullevål kiropraktorklinikk. <https://www.ullevalkiropraktor.no/hodepinekalender/>.
- Abu Bakar, N., Torkamani, M., Tanprawate, S., Lamburu, G., Matharu, M. & Jahanshahi, M. (2016). The development and validation of the Cluster Headache Quality of life scale (CHQ). *The Journal of Headache and Pain*, 17, 1-9. <https://doi.org/10.1186/s10194-016-0674-1>.
- Alstadhaug, K. B. & Ofte, H. K. (2015). Klasehodepine. *Tidsskrift Norsk Legeforening*, 135(15), 1361-1364. <https://tidsskriftet.no/sites/default/files/pdf2015--1361-4.pdf>.
- Alvsvåg, H. & Aadland, E. (2019). *Profesjonsetikk i sjukepleie*. Det norske samlaget.
- Amundsen, B. (2023, 7. mars). *Folk med kroniske smerter kan få det bedre*. Forskning.no. <https://www.forskning.no/smertelindring/folk-med-kroniske-smerter-kan-fa-det-bedre/2162624>.
- Berge, T., Fjerstad, E., Hyldmo, I. & Lang, N. (2019). *Håndbok i klinisk helsepsykologi: for deg som behandler pasienter med somatisk sykdom og skade*. Fagbokforlaget.
- Cleveland Clinic (2023, 22. desember). *Cluster Headaches*. <https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/5003-cluster-headaches>.
- Dalland. (2021). *Metode og oppgaveskriving*. (7. utg). Gyldendal Norsk Forlag.
- Faiz, K. W. (2021, 7. oktober). Klasehodepine. I *Store medisinske leksikon*. <https://sml.snl.no/klasehodepine>.

FN-sambandet. (2024, 6. februar). *Verdens Helseorganisasjon (WHO)*.

<https://fn.no/om-fn/fns-organisasjoner-fond-og-programmer/verdens-helseorganisasjon-who>.

Freeman, E., Adair, M., Beeler, D., Casper, R., Herman, M. P., Reeves, D. & Reinsch, S. (2022).

Patient-identified burden and unmet needs in patients with cluster headache: An evidence-based qualitative literature review. *Cephalalgia Reports*, 5, 1-17.

<https://doi.org/10.1177/25158163221096866>.

Gonzales, M. T. (Red.). (2020). *Psykiske lidelser - faglig forståelse og terapeutisk tilnærming: sykepleiefaglige og flerfaglige perspektiver*. Gyldendal.

Grazzi, L., Bernstein, C., Raggi, A., Sansone, E., Grignani, E., Searl, M. & Rizzoli, P. (2019). ACT for migraine: effect of acceptance and commitment therapy (ACT) for high-frequency episodic migraine without aura: preliminary data of a phase-II, multicentric, randomized, open-label study. *Neurological Sciences*, 40(1), 191-192.

<https://doi.org/10.1007/s10072-019-03802-w>.

Grinberg, A. S., Best, R. D., Min, K. M., Schindler, E. A. D., Koo, B. B., Sico, J. J. & Seng, E. K.

(2021). Cluster Headache: Clinical Characteristics and Opportunities to Enhance Quality of Life. *Current Pain and Headache Reports* 25(10), 1-6.

<https://doi.org/10.1007/s11916-021-00979-8>.

Helsebiblioteket. (2021, 17. september). *Kunnskapsbasert praksis: Sjekklistor*.

<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#4kritisk-vurdering-41-sjekklistor>.

Helsedirektoratet. (2015, 24. september). *Tilstander for nevrologi: Hodepine*.

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/prioriteringsveiledere/nevrologi/tilstander-for-nevrologi/hodepine#hodepine-med-begrensning-av-livsutfoldelsen-veiledende-frist-12-uker>.

Helse Nord. (2023). *Helhetlig smerteforståelse*. Hentet 8. mai fra

https://smerte.helsekompetanse.no/helhetli_smerteforstaelse/.

Hughes, L. S., Clark, J., Colclough, J. A., Dale, E. & McMillian, D. (2017). Acceptance and Commitment

Therapy (ACT) for Chronic Pain: A Systematic Review and Meta-Analyses. *The Clinical Journal of Pain*, 33(6), 522-568. <https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000425>.

Huseby, I., Eldøen, G. & Gjerstad, L. (2017). *Statusrapport hjerneehelse*. (IS-2588).

Helsedirektoratet. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/statusrapport-hjerneehelse/Statusrapport%20hjerneehelse.pdf/_attachment/inline/7d59bc61-6239-4d06-9aa6-987ee4454850:288b5a0f60e635edcfc3a872158af2cbd37eb6dc/Statusrapport%20hjerneehelse.pdf.

Hodepine Norge. (u.å.). *Godt besøkt medlemsmøte om klasehodepine*. Hentet 15. april 2024 fra <https://hodepinenorge.no/godt-besokt-medlemsmote-om-klasehodepine-2/>.

Hodepine Norge. (u.å.). *Møt Marit, hodepinesykepleier på nevrologisk poliklinikk*. Hentet 16. april fra <https://hodepinenorge.no/mot-marit-hodepinesykepleier-pa-nevrologisk-poliklinikk/>.

Inger-Johanne Thidemann. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg). Universitetsforlaget.

Karlsen, P. J. (Red.). (2020, 2. november). *Hva hjelper mot stress, smerter og dårlig søvn?*. Psykologisk. <https://psykologisk.no/2019/02/hva-hjelper-mot-stress-smerter-og-sovnevansker/>.

Jensen, N-H. & Sjøgren, P. (2009). *Praktisk klinisk smertebehandling: Smerter ved cancer og kroniske ikke-maligne tilstande*. (5. utg.). Munksgaard Danmark.

Kamm, K., Straube, A. & Ruscheweyh, R. (2022). Cluster Headache Impact Questionnaire (CHIQ) - a short measure of cluster headache related disability. *The Journal of Headache and Pain*, 23, 1-10. <https://doi.org/10.1186/s10194-022-01406-y>.

Kringstad, K., Jørnholt, M. & Krüger, F. J. (2020, 6. april). Ofre for hodepinehelvete fikk beskjed om å levere sitt viktigste hjelpemiddel. *NRK*.

https://www.nrk.no/trondelag/ofre-for-klasehodepine_selvmordshodepine-fikk-beskjed-om-a-levere-oksygenkolben-er-er-avhengige-av-1.14972184.

Kristoffersen, N. J., Skaug, E.-A., Steindal, S. A. & Grimsbø, G. H. (Red.). (2021a). *Grunnleggende sykepleie* (Bd. 1). Gyldendal.

Kristoffersen, N. J., Skaug, E.-A., Steindal, S. A. & Grimsbø, G. H. (Red.). (2021b). *Grunnleggende sykepleie* (Bd. 3). Gyldendal.

Koo, B. B., Bayoumi, A., Albanna, A., Abusuliman, M., Burrone, L., Sicuti, J. J. & Schindler, A. E. D. (2021). Demoralization predicts suicidality in patients with cluster headache. *The Journal of Headache and Pain*, 22, 1-10. <https://doi.org/10.1186/s10194-021-01241-7>.

Lee, M. J., Cho, S.-J., Park, J. W., Chu, M. K., Sohn, J.-H., Kim, B.-K., Kim, B.-S., Kim, S.-K., Song, T.-J., Choi, Y.-J., Park, K.-Y., Oh, K., Ahn, J.-Y., Lee, K.-S., Cho, S. & Chung, C.-S. (2019). Increased Suicidality in patients with cluster headache. *Cephalalgia*, 39 (10), 1249-1256. <https://doi.org/10.1177/0333102419845660>.

Lofthus, E. (2021, 29. September). *Clusterhodepine gir ekstreme anfall, som er vanskelig for andre å forstå*. Lommelegen. <https://lommelegen.dagbladet.no/nervesystemet/migrene/artikkel/clusterhodepine-gir-ekstreme-anfall-som-er-vanskelig-for-andre-a-forsta/74256111>.

Louter, M. A., Wilbrink, L. A., Haan, J., Van Zwet, E. W., Van Oosterhout, W. P. J., Zitman, F.

- G., Ferrari, M. D. & Terwindt, G. M. (2016). Cluster headache and depression. *Neurology*, 87(18), 1899-1906. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000003282>.
- Løgen, I. (2024, 13. mars). *Klasehodepine*. Norsk Elektronisk Legehåndbok. <https://legehandboka.no/handboken/kliniske-kapitler/nevrologi/tilstander-og-sykdommer/hodepiner/klase-hodepine>.
- Mayo Clinic. (2023, 26. august). *Cluster headache: Diagnosis & treatment*. <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/cluster-headache/diagnosis-treatment/drc-20352084>.
- Meld. St. 15 (2022-2023). *Folkehelsemeldinga: Nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseforskjellar*. Det kongelige helse- og omsorgsdepartement. <https://www.regjeringen.no/contentassets/918eb71926fc44c8802fe3c2e0b9a75a/nn-no/pdfs/stm202220230015000dddpdfs.pdf>.
- Nasjonal digital læringsarena. (u.å.). *Helsefremmende arbeid (HS-HEA vg2): Helhetlig omsorg og pleie*. Hentet 8. mai fra <https://ndla.no/nb/subject:1:1b7155ae-9670-4972-b438-fd1375875ac1/topic:1:ed2d993f-1220-4b12-8463-5369bc59f84f/>.
- Norsk sykepleierforbund. (2023, mai). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. https://www.nsf.no/sites/default/files/2024-01/nsf-1361841-v1-ny_pdf_til_nettsidene_-_yrkesetiske_retningslinjer_for_sykepleiere.pdf.
- Ose, I. B. & Krågebakk, O. E. (2021). *Sykdomsbyrde og påvirkning av livskvalitet ved kronisk klasehodepine - et pasientperspektiv: Utforming av et sykdomsspesifikt livskvalitetsskjema for klasehodepinepasienter*. [Hovedoppgave i Medisin Profesjonsstudium, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.] NTNU Open. <https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/bitstream/handle/11250/2824776/no.ntnu%3Ainspera%3A71607394%3A11204576.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Palacios-Ceña, D., Talavera, B., López-Ruiz, P., Gutiérrez-Viedma, Á., Palacios-Ceña, M., Arias, J.A., Fernández-de-las-Peñas, C. & Cuadrado, M.L. (2016). Living With Cluster Headache: A Qualitative Study of Patients' Perspectives. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 56(7), 1171-1182. <https://doi.org/10.1111/head.12886>.

Palmgren, G. (2023, 18. januar). *Klyngehodepine er forbundet med høy multimorbiditet*. *Nevrologisk Tidsskrift*. <https://nevrologisktidsskrift.no/sykdommer/migrene-hodepine/102-klyngehodepine-er-forbundet-med-hoy-multimorbiditet.html>.

Pohl, H., Gantenbein, A. R., Sandor, P. S., Schoenen, J. & Andréé, C. (2021). The impact of the disease burden on the quality of life of cluster headache patients. *Cephalalgia Reports*, 4, 1-5. <https://doi.org/10.1177/25158163211029909>.

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Universitetsforlaget.

Torkamani, M., Ernst, L., Cheung, L. S., Lambru, G., Matharu, M. & Jahanshahi, M. (2015). The Neuropsychology of Cluster Headache: Cognition, Mood, Disability, and Quality of Life of Patients With Chronic and Episodic Cluster Headache. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 55(2), 287-300. <https://doi.org/10.1111/head.12486>.

Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

Hvordan brukes sjekklisten?

Sjekklisten består av tre deler:

- A: Innledende vurdering
- B: Hva forteller resultatene?
- C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du underspørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «nei» eller «uklart». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

Om sjekklisten

Sjekklisten er inspirert av: Critical Appraisal Skills Programme (2018). *CASP checklist: 10 questions to help you make sense of qualitative research*. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/> Hentet: 15.10.2020.

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se

www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?

Send e-post til Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no.

Kritisk vurdering av:

Freeman, E., Adair, M., Beeler, D., Casper, R., Herman, M. P., Reeves, D. & Reinsch, S. (2022). Patient-identified burden and unmet needs in patients with cluster headache: An evidence-based qualitative literature review. *Cephalalgia Reports*, 5, 1-17.
<https://doi.org/10.1177/25158163221096866>.

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:

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:

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:

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:

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:

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:

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?

9. 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?

10. 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:

SJEKKLISTE FOR VURDERING AV PREVALENSSTUDIE

(Tverrsnittstudie, spørreundersøkelse, survey)

FØLGENDE FORHOLD MÅ VURDERES:

Kan vi stole på resultatene?

Hva forteller resultatene?

Kan resultatene være til hjelp i praksis?

Under de fleste spørsmålene finner du tips som kan være til hjelp når du skal svare på spørsmålene.

Basert på EBMH Notebook. Guidelines for evaluating prevalence studies. May 1998, Vol 1, No 2 pp 37-9. URL:

[http://www.psychiatry.ox.ac.uk/cebmh/journal/contents/1\(2\)/37-9.html](http://www.psychiatry.ox.ac.uk/cebmh/journal/contents/1(2)/37-9.html)

Cathryn Thomas, Sheila Greenfield and Yvonne Carter. Questionnaire design. Chapter 6 in "Research Methods in Primary Care" (1997) Oxford: Radcliffe Medical Press.

INNLEDENDE SPØRSMÅL

1. Er problemstillingen i studien klart formulert?	Ja X	Uklart O	Nei O
2. Er en prevalensstudie en velegnet metode for å besvare problemstillingen / spørsmålet?	Ja X	Uklart O	Nei O

KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE

<p>3. Er <u>befolkningen</u> (populasjonen) som utvalget er tatt fra, klart definert? <i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Er det gitt opplysninger om befolkningsgruppen som alder, kjønn, språk, etnisk tilhørighet og sosio-økonomiske forhold? - Er det gjort rede for subgrupper i befolkningen som ikke dekkes av studien? 	<p style="text-align: center;"> Ja <input checked="" type="radio"/> </p> <p style="text-align: center;"> Uklart <input type="radio"/> </p> <p style="text-align: center;"> Nei <input type="radio"/> </p>
<p>4. Ble <u>utvalget</u> inkludert i studien på en tilfredsstillende måte?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - En god studie inkluderer et utvalg som nøyaktig representerer en definert befolkningsgruppe. Dette sikres ved bruk av statistiske utvalgsmetoder og ved en vurdering av respondentenes karakteristika - Var utvalget representativt for en definert befolkningsgruppe? 	<p style="text-align: center;"> Ja <input checked="" type="radio"/> </p> <p style="text-align: center;"> Uklart <input type="radio"/> </p> <p style="text-align: center;"> Nei <input type="radio"/> </p>
<p>5. Er det gjort rede for om <u>respondentene</u> skiller seg fra dem som ikke har respondert?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <p><i>Ikke-respondenter er frafall i utvalget.</i></p>	<p style="text-align: center;"> Ja <input checked="" type="radio"/> </p> <p style="text-align: center;"> Uklart <input type="radio"/> </p> <p style="text-align: center;"> Nei <input type="radio"/> </p>

<p>6. Er svarprosenten høy nok?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <p><i>I spørreundersøkelser er det vanligvis OK med en svarprosent på >70, så lenge forfatterne viser at respondenter og ikke-respondenter har like karakteristika som befolkningen de er utvalgt fra.</i></p>	<p>Ja X</p> <p>Uklart O</p> <p>Nei O</p>
<p>7. Bruker studien <u>målemetoder</u> som er pålitelige (valide) for det man ønsker å måle?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <p><i>Er det brukt spørreskjemaer som er valide, testet og anvendt i tidligere studier?</i></p> <p><i>Ble spørreskjemaet pilottestet, evt validert?</i></p>	<p>Ja X</p> <p>Uklart O</p> <p>Nei O</p>

HVA FORTELLER RESULTATENE?

10. Hva er resultatet i denne studien?

TIPS:

Hva er hovedkonklusjonen?

Kan du oppsummere resultatene i én setning?

Kan resultatene skyldes tilfeldigheter?

*Presenterer studien resultatene med konfidensintervall
for statistiske estimater?*

Er det oppgitt p-verdier?

