



Bacheloroppgave

SAE00 Sykepleie

Komplementær behandling ved kroniske smerter

Complementary treatment for chronic pain

Randi Blokkum og Camilla Taylor Spets

Totalt antall sider inkludert forsiden: 60

Molde, 06.05.2011



Publiseringsavtale

Tittel på norsk: Komplementær behandling ved kroniske smerter

Tittel på engelsk: Complementary treatment for chronic pain

Forfatter(e): Randi Blokkum og Camilla Taylor Spets

Fagkode: SAE00

Studiepoeng: 15

Årstall: 2011

Veileder: Hans Inderhaug

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven. §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Opgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 06.05.2011

Antall ord: 11074

”Min verden”

Min verden er en annen enn din.
Smerten farger hver eneste dag,
Og trenger inn i de dype lag.
Livsgleden har trange kår.

Mitt håp er et annet enn ditt.
Å slippe plagen er min drøm.
Smerten gir meg urolig søvn.
Hva kan gi en lindrende time?

Min glede er en annen enn din.
Min glede kommer aldri alene.
Den som slåss mot smerte,
Vet hva glede er.

Du skaper glede i livet for meg.
Du kan lette min tunge byrde.
Jeg ser stjernene i dine øyne.
Jeg kan leve i smerte - for deg.

Av Halldor Skard.

(Forum for kroniske smerter 2011).

(Diktet brukes etter muntlig tillatelse via telefonsamtale
med forfatter Halldor Skard 04.05.2011).

Sammendrag

Bakgrunn:

Rundt 30 % av den voksne befolkningen i Norge rammes av kroniske smerter. Mange med kroniske smerter opplever ikke tilfredsstillende smertelindring av tradisjonell behandling. Fokuset på komplementær behandling har økt de siste årene og tilbudene er mange og varierte. Disse pasientene kan sykepleiere møte flere steder i helsevesenet.

Hensikt:

Hensikten med litteraturstudiet var å belyse hvilke effekter pasienter med kroniske smerter har av ulike komplementære behandlingsformer og hvordan sykepleiere kan bruke pasienterfaringer for å bedre praksis.

Metode:

En systematisk litteraturstudie basert på tidligere forskningsartikler. Litteraturstudiens funn baseres på 11 kvantitative og 3 kvalitative forskningsartikler.

Resultat:

Med musikk og massasje gitt som komplementær behandling oppnår personer med kroniske smerter både smertelindring og avledning. De opplever også bedre mestring, mindre depresjon, økt livskvalitet og bedre humør.

Konklusjon:

Massasje og musikk som komplementær behandling gir smertelindring til personer med kroniske smerter, men effekten er kortvarig.

Nøkkelord: Kronisk smerte, massasje, musikk, komplementær behandling, effekt.

Abstract

Background:

About 30% of the adult population in Norway are affected by chronic pain. Nurses can meet these people as patients many places in the health care system. Traditional treatment does not provide adequate pain relief to many with chronic pain. Focus on complementary treatments has increased in recent years, as has the variety of choice.

Purpose:

The purpose of our literature study was to elucidate the effect of different complementary treatments on patients with chronic pain and how nurses can use this patient experience to improve practice.

Method:

A systematic literature study based on previous research articles. Literature study findings are based on 11 quantitative and three qualitative research papers.

Results:

When music and massage is given as a complementary treatment to patients with chronic pain they experience pain relief and their thoughts are diverted away from their pain. The patients also cope better in their daily life, have less depression, have improved quality of life and are in a better mood.

Conclusion:

Massage and music as a complementary treatment for pain relief to people with chronic pain, is effective but short-lived.

Keywords: Chronic pain, massage, music, complementary treatment, effect.

Innhold

1.0 Innledning	1
1.1 Hensikt	2
1.2 Problemstillinger	2
2.0 Teoribakgrunn	3
2.1 Smerte	3
2.2 Kroniske smerter	3
2.3 Smertefysiologi	4
2.4 Komplementær behandling	5
2.4.1 Massasje	5
2.4.2 Musikkterapi	6
2.5 Livskvalitet.....	6
2.6 Joyce Travelbee.....	7
3.0 Metode	8
3.1 Datainnsamling	8
3.1.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	8
3.1.2 Søkord og PICO skjema	9
3.2 Kvalitetsvurdering og etiske hensyn	11
3.2.1 Kvalitetsvurdering.....	11
3.2.2 Etiske hensyn	12
3.3 Analyse.....	12
4.0 Resultat	14
4.1 Effekter av komplementære behandlingsformer	14
4.1.1 Massasje – god, men kortvarig effekt	14
4.1.2 Musikk – mindre fokus på smerte	15
4.1.3 Massasje og musikk – mindre depresjon, økt livskvalitet.....	16
4.2 Erfaringer med komplementære behandlingsformer	17
4.2.1 Komplementær behandling – en utprøvd metode	17
4.2.2 Behovet for smertelindring	18
5.0 Diskusjon	19
5.1 Metodediskusjon	19
5.1.1 Søkestrategi	19
5.1.2 Kvalitetsvurdering.....	21
5.1.3 Analyse.....	22
5.2 Resultatdiskusjon	23
5.2.1 Effekter av musikk og massasje på kroniske smerter	23
5.2.2 Erfaringer med musikk og massasje på kroniske smerter	28
6.0 Konklusjon	32
Litteraturliste	33

VEDLEGG:

- Vedlegg 1. PICO skjema
- Vedlegg 2. Sjekkliste
- Vedlegg 3. Oversikt over artikler

1.0 Innledning

Sykepleie til pasienter med smerter er et viktig og aktuelt tema. Rundt 30 % av den voksne befolkningen i Norge har kroniske smerter. Det er flere ulike lidelser som kan gi kroniske smerter, men de vanligste årsakene er muskel- og skjelettplager (Folkehelseinstituttet 2010). Sykepleiere bør ha kunnskap om kronisk smerte og hvilke følger det kan få for pasientene. Mennesker med kroniske smerter kan en møte flere steder i helsevesenet. Som sykepleier ser man disse pasientene over tid og observerer eventuelle forandringer og utvikling i tilstanden. Da vurderes også effekten av behandlingstiltakene som er gjort. Holdninger til andres smerte vil være avhengig av hvilken kunnskap en har om smerte og smertelindring (Almås et al. 2001).

Fra praksis har vi inntrykk av at medisiner ofte blir brukt alene som smertelindring og at komplementære behandlingsformer blir lite benyttet. Smertestillende midler er den vanligste behandlingsformen for kroniske smerter (Folkehelseinstituttet 2010). Dersom smertelindring ikke oppnås ved medikamenter, kan oppmerksomheten mot komplementære behandlingsformer øke (Myskja 2008). I utdanningen er det mye fokus på biomedisinske løsninger på smerter. Dette er et viktig område som sykepleiere må holde seg oppdatert på. Et godt kompetansenivå innen medikamentell smertelindring er viktig for å kvalitetssikre behandlingene og hindre feilbehandlinger (Bielecki og Børdahl 2008). Vi ser også med fordel at sykepleiere kunne hatt mer kunnskap om komplementære behandlingsformer. Dette for å ha mulighet til å gi pasienter med kroniske smerter et annet behandlingstilbud, dersom den tradisjonelle ikke gir ønsket smertelindring. Mange ulike former for berøring kan inkluderes i den grunnleggende sykepleien, men fortsatt blir det av noen oppfattet som alternativ behandling. Hvilket syn en har på dette kan ha sammenheng med hvilken praksiserfaring man har. I vår systematiske litteraturstudie var fokuset på massasje og musikk som komplementær behandling, fordi en ikke trenger videre kompetanse for å utøve dette (Stålesen 2008). Selv om det ikke kreves noen videre kompetanse, er det viktig at det er et godt tverrfaglig samarbeid rundt pasientene og at man vet hva man gjør og opptrer rolig for at pasienten skal få en trygg behandling. De siste årene har fokuset på komplementær behandling økt og tilbudene er mange og varierte. Det er flere og flere som forsøker ulike behandlingsmåter (Kreftforeningen 2007). Vi ønsket å finne ut hvordan sykepleiere kan bruke pasienterfaringer som grunnlag for å bedre sykepleiepraksis.

1.1 Hensikt

Hensikten med litteraturstudiet var å belyse hvilken effekt pasienter med kroniske smerter har av ulike komplementære behandlingsformer og hvordan sykepleiere kan bruke pasienterfaringer for å bedre praksis.

1.2 Problemstillinger

Hvilke effekter har pasienter med kroniske smerter av musikk og massasje som komplementær behandling?

Hvordan kan pasienterfaringer være med å bedre sykepleiepraksis?

2.0 Teoribakgrunn

I dette kapitlet presenteres smertefenomenet og dets fysiologi. Komplementære behandlingsformer som musikk og massasje blir også presentert.

2.1 Smerte

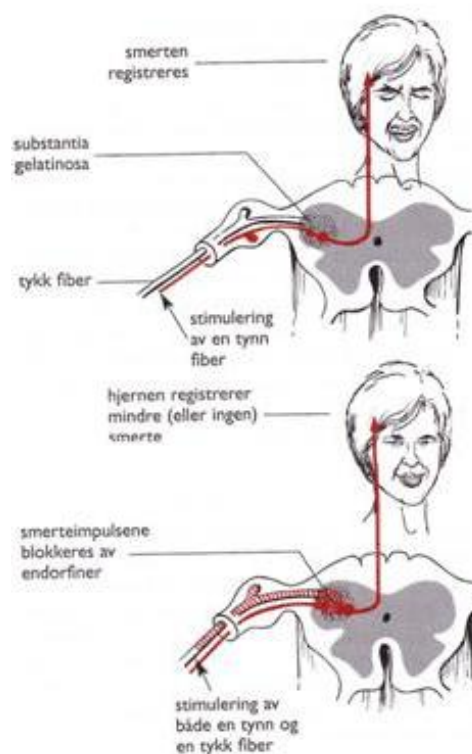
Smerte er det som personen sier at det er, og den eksisterer når personen som opplever smerte, sier at han har smerte. Følelsen av smerte er fullstendig subjektiv. Når pasienten gir uttrykk for smerte, skal helsepersonellet respondere positivt. Man må enten ha tro på pasientens utsagn om smerter, eller la tvilen komme pasienten til gode. Når pasienten har smerter er ofte årsakene både mentale og fysiske, smertene skyldes at hele kroppen reagerer (McCaffery og Beebe 1996).

2.2 Kroniske smerter

Kroniske smerter er smerter som har vart i minst tre måneder og der man ikke har håp om at den skal forsvinne. For mange kan det også være snakk om smerter som varer i årevis og enkelte har smerter gjennom hele livet. Noen ganger har smertene klare årsaker, men det kan også være vanskelig å finne årsaksfaktorene (Almås et al. 2001). Kroniske smerter er smerter som vedvarer etter normal tilhelingstid for vevsskaden (Jacobsen et al. 2009). Det kan også påføre pasienten andre problemer enn selve smerteplagen. Problemene kan være angst, depresjon, søvnløshet, tretthet, passivisering og sosial isolering (Rustøen og Stubhaug 2006). Kroniske smerter hos pasienter med antatt normal levetid kan blant annet forekomme ved muskel- og skjelettsykdommer, revmatiske sykdommer, nevrologiske sykdommer og som nevropatiske smerter etter skade og kirurgiske inngrep (Jacobsen et al. 2009). Når en har smerter over lengre tid, vil smertene etter hvert kunne erobre hele pasientens oppmerksomhet og hverdag. For enkelte kan smertene bli hovedinnholdet i livet (Holst 2008).

2.3 Smertefysiologi

Sensoriske nerver kan være omgitt av et isolerende fettlag, en myelinskjede, mens andre mangler myelin. Ledningshastigheten blir styrt av myelinlaget, jo bedre dekket en nerve er av myelin desto raskere ledes impulsene. Sensoriske nervefibre er spesialiserte, noen leder trykk, andre berøring og temperatur. Disse er myeliniserte og leder impulser raskt. De sensoriske nervefibrene er forholdsvis tykke. Smerteførende fibre er tynne, og noen av dem mangler myelinlag. Impulser fra ikke-smerteførende nervefibrer kan bremse videreføringen av smerteimpuls. Det er kjent at smertene er verst når en ikke har mulighet til å avlede oppmerksomheten fra smertene (se øverst på figur 1), og at en kan redusere smerter ved for eksempel å knipe eller gni huden. Da stimulerer man de ikke-smerteførende fibre (Almås et al. 2001).



Figur 1 (Almås et al. 2005, 68.)

I ryggmargens bakhorn ligger synapsen som kontrollerer signaloverføringen i smertebanen. I synapsen finnes det spesielle nerveceller (portceller) som hemmer overføring av nerveimpulser (transmitterfrigjøringen) og dette reduserer opplevelsen av smerte. Via sidegreiner fra de sensoriske nervefibrene kan portcellene stimuleres av enkel berøring (massasje). Dette kan også skje via nervefibrene fra hjernen ved for eksempel musikk (se nederst på figur 1) (Sand et al. 2007). Denne mekanismen kalles portcelleteorien, den hevder at stimuleringen av de tykke sensoriske nervefibrene kan lindre smerte. Alle former for berøring er eksempler på bruk av denne teorien (McCaffery og Beebe 1996).

2.4 Komplementær behandling

Myskja (2008) beskriver komplementær medisin som utfyllende, det som ikke er det ordinære, men som sammen med det primære fyller ut feltet. Det er det som fyller ut mangler i den medisinske modellen, for eksempel massasje og musikk. De som søker komplementære behandlingsformer har forskjellige motiver for å gjøre det, de velger det sjelden som en primærbehandling men som et supplement til vanlig behandling. Mange har vært til lege først, eventuelt til flere leger med plagene sine. De som søker komplementær behandling prøver dette for eventuelt å lindre symptomene, få økt livskvalitet, velvære og bedre mestring og styrke effektiviteten av den vanlige medisinske behandlingen. Den komplementære behandlingen har tidligere vært mistenkeliggjort og lite synlig, den senere tiden har denne trenden snudd og påvirker nå i noen grad den primære behandlingen. Innvirkningen av komplementære behandlinger har i helsevesenet de siste tiårene ført til mer vekt på pasientens egne ressurser (Myskja 2008). Når man benytter avledning har man fokus på andre stimuli enn selve følelsen av smerte. Sanseropplevelsen økes for å skjerme følelsen av smerte, dette gjelder opplevelser som går på hørsel, syn, berøring og bevegelse (McCaffery og Beebe 1996).

2.4.1 Massasje

Massasje har ulik effekt, den kan være helsebringende, gi økt energi og velvære. Dette kan oppnås selv om den som gir massasjen ikke har lært spesielle teknikker. Fysisk kan massasjen føre til avspenning av musklene og stimulere til utskillelse av endorfiner og oksytocin som virker smertelindrende. Utskillelse av hormoner er en kroppslig reaksjon på berøring. Fingertuppene, håndflaten, tærne, fotsålen og leppene er de områdene med flest berøringsreseptorer, disse aktiveres ved opplevelse av positiv berøring. Ved aktivering av disse reseptorene blir utskillelsen av oksytocin fra hypofysen stimulert, dette kan forklare blant annet menneskers opplevelse av velvære i forbindelse med berøring. På det psykiske planet kan massasje bidra til at man føler seg ivaretatt, og at man opplever nærhet. (Stålesen 2008).

2.4.2 Musikkterapi

Musikkterapi er en kreativ terapi som gir god pasienttilfredshet og brukes i både aktiv og passiv (lyttende) form. Bruk av sang og musikk gir avspenning, selvinnsikt og åpner kontakt med nye muligheter. Musikken kan benyttes i bakgrunn for å skape indre bilder og mange har utbytte av å knytte musikkrytmen til pusterytmen (Myskja 2008). Musikkterapi kan være til hjelp for å uttrykke følelser som ellers er vanskelig å uttrykke (Langer 2004). Som sykepleier er det aktuelt å lære hvordan musikk og lyd kan brukes og tilbys som en naturlig del av pasientomsorgen. Ulike lyder fra naturen kan ha positive helsefremmende effekter og riktig bruk av lyd og musikk kan virke helbredende på mennesket. Musikk gir blant annet fysisk og muskulær avspenning, roer tankelivet og gir bedre søvnkvalitet. Musikken virker også aktiverende ved å øke nivået av endorfiner som fungerer smertelindrende (Johannessen 2008). Musikkterapi er en form for avledning der pasienten skjerner seg fra følelsen av smerte ved å øke andre sanseopplevelser som for eksempel hørselen (McCaffery og Beebe 1996).

2.5 Livskvalitet

Fysiske, sosiale og psykologiske sider ved livet har betydning for den enkeltes livskvalitet (Rustøen 2006). Mennesker som opplever å måtte leve med smerter i årevis vil kunne føle tap av kontroll. De vil ofte ha en opplevelse av at smertene styrer livet, dette vil gå ut over livsinnholdet som assosieres med livskvalitet (Bastøe 2008). Å være tilfreds med livet, ha selvspekt og oppleve mening med tilværelsen fører til positive vurderinger av eget liv som er avgjørende for livskvaliteten. Gode følelser som glede, engasjement og kjærlighet er også vesentlig for opplevelsen av livskvalitet (Rustøen 2006). Personer med kroniske smerter kan ha svekket helse og/eller funksjonsnivå, dette er områder som kan være viktig for livskvaliteten. Det er likevel ikke nødvendige eller tilstrekkelige betingelser for god livskvalitet eller en meningsfull tilværelse (Ulvik 2001). I likhet med smerter, er livskvalitet en subjektiv opplevelse. Det er opplevelsen av sitt eget liv som avgjør livskvaliteten. De som opplever kroniske smerter kan ha lært seg å leve med smertene. Sykepleiere må vite at disse personene kan oppleve livskvalitet fordi de har lært seg å akseptere sine plager (Rustøen 2006).

2.6 Joyce Travelbee

Sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee ser på hvert enkelt individ som en unik person som en eller annen gang i løpet av livet vil oppleve en form for lidelse. Hvordan hver enkelt opplever det å ha en lidelse vil være personlig, men alle har en evne til å finne en eller annen form for mening når de opplever lidelse, sykdom og smerte. Derfor vil disse situasjonene kunne gi anledning til personlig vekst og utvikling. Travelbee beskriver også at pasientens familie kan være betydningsfull i enkelte sammenhenger, men først og fremst er det enkeltmennesket hennes tenkning konsentrerer seg om. Håpet er viktig for hennes måte å tenke på og det er viktig for en pasient som opplever kroniske smerter. Når en støtter opp under håpet kan pasienten i større grad mestre lidelsen og bære de konsekvensene kroniske smerter gir. Når en hjelper pasienten å bevare håpet får pasienten rettet oppmerksomheten mot at fremtiden kan gi en endring til det bedre (Kristoffersen 2008).

Pasienter som opplever kroniske smerter, må ofte prøve ulike behandlinger før de blir fornøyd og finner lindring. Travelbee mener at utholdenhet er en viktig egenskap, at en viser evne til å prøve på nytt, om og om igjen. Dette for å oppnå det en håper på og da er det også viktig at håpet er realistisk. Det er viktig at sykepleiere ser pasienten i hans situasjon og ikke bare diagnosen. Noe som har stått sentralt i Travelbees tenkning er å bruke seg selv terapeutisk (Kristoffersen 2008).

3.0 Metode

I dette kapitlet presenteres arbeidsprosessen. For å besvare hensikten er det benyttet systematisk litteraturstudie. Dette studiet består av systematisk søking etter forskningsartikler og en kritisk vurdering og analyse av dem. Dette bidrar til en fordypning i forsknings- og metodekunnskaper der tema som er viktig for sykepleien skal gi ny kunnskap som kan ha betydning for utdanning og yrkesfunksjon (Johansson et al. 2010). Her gjøres det klart hvordan den nye kunnskapen vi har skaffet oss har kommet frem, dette for at andre skal kunne vurdere verdien av den. Metoden er en fremgangsmåte for å vise at kunnskapen er sann, gyldig eller holdbar (Dalland 2007). For strukturering av oppgaven er retningslinjene for Bacheloroppgave i sykepleie ved Høgskolen i Molde benyttet.

3.1 Datainnsamling

Søkingen etter forskningsartikler er gjort i databasene Ovid Medline, SveMed og Journal@Ovid. Disse databasene har artikler som omhandler medisin, helse og sykepleie. I SveMed blir det publisert nordiske artikler.

3.1.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

For å ha fokus på den nyeste forskningen innen det aktuelle temaet ble artikler fra 2005 og frem til i dag inkludert. Dette har sikret at vi har holdt oss oppdatert på det nyeste innen temaet. Fire artikler som var publisert før 2005 ble også inkludert, da de var av høy kvalitet, og var med på å besvare hensikten. Artikkene måtte være skrevet på engelsk, norsk, svensk eller dansk. Forskningen som ble inkluderte måtte omhandle personer med kroniske smerter. De inkluderte artikkene skulle omhandle komplementære behandlingsformer, spesifikt massasje og musikkterapi. Det var ønskelig å finne ut hvilke erfaringer pasienter med kroniske smerter har med disse tiltakene. Artikkene som ble inkludert var kvantitative eller kvalitative, dette ga innblikk i mangfoldet og ulike pasienterfaringer. Det var et krav at artikkene skulle være refereevurdert.

Reviewartikler og artikler som omhandlet barn, pasienter med akutte smerter og behandlingsformer som krever spesiell kompetanse ble ekskludert.

3.1.2 Søkeord og PICO skjema

For å strukturere søkeordene ble det benyttet et forenklet PICO skjema. PICO er et verktøy og brukes som et hjelpemiddel for å dele opp og strukturere problemstillingen på en hensiktsmessig måte (Nortvedt et al. 2008). Det var ikke ønskelig å sammenlikne ulike typer behandling, derfor ble C som står for comparison / sammenligne ekskludert. Skjemaet besto derfor av P: Pasient / Problem, I: Intervention / Tiltak og O: Outcome / Resultat (se vedlegg 1).

For å sikre at artiklene omhandlet massasje og musikkterapi ble både alternativ- og komplementær behandling benyttet som søkeord. Det ble først søkt på alternativ behandling, men en del funn på disse søkene omfattet behandlinger som man trenger videre kompetanse for å kunne utføre. På de søkene vi brukte komplementær behandling som søkeord, fikk vi ingen relevante treff for vår oppgave. Det ble derfor brukt mer direkte ord på behandlingene, som musikk og massasje. Søkene ble foretatt fra august 2010 til mars 2011 og ga mange treff, men ikke alle var aktuelle i forhold til vår hensikt. Abstraktet ble lest på artikler med titler som vekte oppmerksomhet. Virket abstraktet relevant for vår studie ble artiklene lest i fulltekst og grundigere gjennomgått. Noen artikler ble funnet i fulltekst og andre bestilt gjennom Bibsys. Dersom det ikke var en norsk forskningsartikkel, ble det i noen tilfeller brukt google oversetter for å få en bedre forståelse for hva artikkelen omhandlet. To av artiklene ble funnet i referanselisten til Siedlecki (2009), disse ble søkt opp manuelt. Flere artikler ble ekskludert på grunn av at de ikke ga svar på hensikten.

Oversikt over de ulike databasene som ble brukt og kombinasjon av ulike søkeord.

Søke dato	Database	Søkeord	Treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Inkluderte artikler
23.08.10	Ovid Medliner	Chronic pain and alternative therapies and relief\$	18	7	2	1 Artikkel nr. 3
13.09.10	Ovid Medliner	chronic pain, limit 2005 current, danish,english,norwegian,swedish and (alternativ* or music* or communicat*) and relief	34	8	2	1 Artikkel nr. 1
14.09.10	SveMed	alternativ\$	928	10	2	1 Artikkel nr. 2
17.09.10	Ovid Medliner	chronic pain, limit 2005 current, danish,english,norwegian,Swedish, and (alternativ* or music* or Nurse-Patient Relations or communicat* or massage or visual stimulation) and nurs*	115	6	2	1 Artikkel nr. 4
17.09.10	SveMed	smerte\$ and (alternativ\$ or massasje\$)	4	2	1	1 Artikkel nr. 5
19.01.11	Ovid Medliner	chronic pain, limit 2005 current, danish,english,norwegian,swedish and diversion\$	34	9	1	1 Artikkel nr. 6
19.01.11	Ovid Medliner	chronic pain, limit 2005 current, danish,english,norwegian,swedish and (massage\$ or music therapy\$ or therapeutic touch\$)	36	12	2	2 Artikkel nr. 7, 8
24.01.11	Ovid Medliner	chronic pain, limit 2005 current, danish,english,norwegian,swedish and massage therapy and (effect or pain relief\$ or pain control)	2	2	1	1 Artikkel nr. 9

29.01.11	Journal@ OVID	massage therapy\$ and pain control\$, limit 2005 current	69	5	1	1 Artikkel nr. 10
26.02.11	Ovid Medliner	chronic pain or long term pain, limit 2005 current, danish,english,norwegian,Swedi sh and music	9	2	1 manuelt søk etter referans eliste, 2 inkluder t.	2 Artikkel nr. 13 , 14
02.03.11	Ovid Medliner	chronic pain or long term pain, limit 2005 current, danish,english,norwegian,swedi sh and massage*	73	10	2	2 Artikkel nr. 11 , 12
		Antall artikler				14

3.2 Kvalitetsvurdering og etiske hensyn

En artikkel med god kvalitet kjennetegnes ved at problemstillingen er klart formulert og metoden og resultatet tydelig beskrevet. Resultatet må være i samsvar med problemstillingen og relevant for praksis (Nortvedt et al. 2008). For å få mennesker til å delta i studier, er det for de fleste en forutsetning at deltakelsen er anonym. De som utfører en studie må ivareta enkeltmennesker og følge de krav en er underlagt samfunnet for å behandle personopplysninger (Dalland 2007).

3.2.1 Kvalitetsvurdering

Det ble benyttet sjekklister fra nasjonalt kunnskapssenter for å sikre at artiklene var av god kvalitet. Sjekklister er utarbeidet for å lette oppgaven med kritisk å vurdere vitenskapelige artikler (Nortvedt et al. 2008). Den kvantitative sjekklisten besto av 12 spørsmål, RCT sjekklisten hadde 11 spørsmål og den kvalitative 10 spørsmål (se vedlegg 2). Svaralternativene var ja, uklart og nei. For å lette graderingen ble disse regnet om til prosent. 80 – 100 % ble satt som grad 1, grad 2 var 70 – 80 %. Artikler av grad 1 og grad 2 ble inkludert, dette sikret høy kvalitet. Artikler med lavere grad ble ekskludert.

Kjennetegnene på kvantitative og kvalitative forskningsmetoder ble benyttet for å være sikker på at riktige sjekklister ble brukt på de ulike artiklene. Hvilke forskningsmetoder artiklene var bygd på ble gjennomgått i fellesskap av forfatterne. Artiklene ble kvalitetsbedømt individuelt før funnene ble diskutert. Dersom det var uenighet eller usikkerhet på noen svaralternativer ble disse sett grundigere på og begrunnet ut fra artiklene slik at det førte til enighet.

3.2.2 Etske hensyn

Under analyseringen av artiklene ble det sett på om etiske hensyn i de ulike studiene var ivaretatt. De som gjør en undersøkelse må påta seg ansvar både for enkeltpersoner, institusjoner og samfunnet (Dalland 2007). Det var store forskjeller på hvor godt de etiske hensynene var beskrevet. I tre av studiene kom det tydelig frem at de var godkjent av etisk komité. De andre studiene ble godkjent av et styre ved institusjonen/virksomheten før den ble gjennomført og det ble gitt informasjon og innhentet samtykke fra deltakerne, både skriftlig og verbalt. I kun to av studiene var det beskrevet at deltakerne hadde mulighet til å trekke seg fra studien dersom de ikke ønsket å fullføre. Anonymisering av deltakerne ble trukket frem i de fleste studiene.

3.3 Analyse

”Analyse er et granskningsarbeid der utfordringen ligger i å finne ut hva materialet har å fortelle” (Dalland 2007, 122). Artiklene som hadde blitt lest og var av god kvalitet ble fordelt mellom oss og lest gjennom på nytt. Det var under hele prosessen fokus på hensikt og problemstillinger. Resultater i artiklene som var med på å besvare hensikten ble skrevet ned. Tolkningen av artikler skal forklare hva innholdet betyr. Måten man tolker artiklene på, varierer fra person til person. For å få tak i ulike sider som belyses i artiklene kan helheten deles opp i flere enheter eller deler (Dalland 2007). Forfatterne skrev ned og diskuterte tekstutdragene som kunne være med å besvare hensikt og problemstillinger. For å få oversikt over funnene og kunne vurdere disse var det nødvendig med en systematisering. Opplysningene som ble funnet måtte sorteres på en slik måte at de var med på å gi svar på hensikt og problemstilling (Dalland 2007). Det ble funnet fem tema som kunne beskrive disse tekstutdragene. Tekstutdragene som var med på å besvare

hensikt og problemstillinger ble gjennomgått og markert med farge opp i mot riktig tema. Orange viste effekten av behandlingsformene, blå erfaringer og meninger, rosa viste hvilken sammenheng behandlingsformene ble benyttet i, grønn hvilke typer som ble benyttet og rød videre anbefalt forskning på området. Tekstutdragene som hadde samme farge ble samlet på et dokument for å få bedre oversikt over funnene. Fargekodene ble brukt for å få en bedre oversikt over likheter og ulikheter i funnene, samt for å kunne besvare våre problemstillinger. De ulike fargekodene presenteres videre under hovedkapitlene erfaringer og effekter av massasje og musikk som komplementær behandling.

4.0 Resultat

I dette kapitlet presenteres de ulike funnene. For å besvare hensikten og problemstillingene er det benyttet to hovedkapitler. Disse er delt inn i flere underkapitler. Kapitlene heter effekter av komplementære behandlingsformer og erfaringer med komplementære behandlingsformer. Oversikt over inkluderte artikler, deres hensikt og hovedfunn er lagt ved (se vedlegg 3).

4.1 Effekter av komplementære behandlingsformer

I alle artiklene kom det frem at musikk og massasje har en positiv effekt på kroniske smerter. Varigheten og ulike effekter av musikk og massasje som komplementær behandling presenteres i tre underkapitler.

4.1.1 Massasje – god, men kortvarig effekt

I studiene til Cardenas og Jensen (2005), Plews-Ogan et al. (2005), Kutner et al. (2008) og Hasson et al. (2004) viste det seg at massasje hadde god smertelindring i perioden like etter behandlingen, men at denne effekten avtar etter uker. Hensikten til Cardenas og Jensen (2005) var å finne ut hvilke smertelindringsmetoder som blir brukt av pasienter med kroniske smerter og hvor lang effekt metodene har. Av de som hadde prøvd massasje som behandling var det 56,7 % som følte lindring i timer, mens 25 % opplevde at de hadde smertelindring over flere dager, og 5 % hadde fortsatt virkning i uker. I studien kom det frem at massasje var en av de mest smertelindrende behandlingsformen, som på en skala fra 0-10(0 = ingen smertelindring, og 10 = full smertelindring) ga en lindring på 6. Når man ser disse resultatene opp imot studien til Plews-Ogan et al. (2005) som blant annet studerte hvilken effekt massasje har på smerter sammenlignet med standardbehandling blant de med kroniske smerter kan en se likheter. Massasje viste seg også i denne studien å ha en positiv effekt på smerterelatert ubehag, men den avtok over tid og viste en drastisk nedgang i effekt etter fire uker. Standardbehandlingen så ikke ut til å avta like mye i effekt. Kutner et al. (2008) evaluerte i sin studie effekten av massasje som smerte- og symptomlindring og bedret livskvalitet hos personer med kreft. Funnene viste at massasje var assosiert med forbedring i smertelindring rett etter behandlingen, men at det er mangel på langvarig effekt. Dette ser en også i studien til Hasson et al. (2004) der hensikten var å

finne mulige effekter av massasje sammenliknet med å lytte til avslappende musikk som tiltak hos personer med diffuse og kroniske muskel- og skjelettsmerter. Ved oppfølging tre måneder etter behandlingen var avsluttet viste det seg at den positive effekten av massasje på smertene under behandlingen hadde gått tilbake til utgangspunktet. Mangelen på langvarige effekter på smerte, kan skyldes at behandlingen bare var kortvarig. Det kommer frem at det er behov for studier som tar sikte på lengre behandling og oppfølginger for å kunne se på langsiktige virkninger av massasje. Fleming et al. (2007) beskrev bruken og selvrapportert effekt av seks komplementære behandlingsformer, blant annet massasje som var den mest brukte. Her kommer det frem at 220 av 248 av de som hadde mottatt massasje i løpet av det siste året opplevde smertelindring.

4.1.2 Musikk – mindre fokus på smerte

McCaffery og Freeman (2003) og Siedlecki og Good (2006) vurderte i sine studier effekten av musikk gitt til personer med kroniske smerter. I RCT- studien til McCaffery og Freeman (2003) ble det sett på betydningen av musikk som en sykepleieintervensjon til eldre med kroniske smerter grunnet slitasjegikt. Det viste seg at det å lytte til musikk var en effektiv intervensjon for å redusere kroniske smerter. I løpet av behandlingen ble det foretatt tre registreringer av smerte, der det viste seg at de som lyttet til musikk hadde mindre smerter enn kontrollgruppen. Kontrollgruppen hadde de samme smertene gjennom hele undersøkelsen. Blant deltakerne i musikk gruppen var det en nedgang i smerteintensitet gjennom hele behandlingsforløpet. Siedlecki og Good (2006) vurderte effekten av musikk på personer med kroniske ikke- ondartede smerter. Gruppene i studien skrev dagbok. Også i denne studien rapporterte deltakerne som lyttet til musikk en reduksjon i smerter, mens kontrollgruppen opplevde en liten økning av smerter fra før oppstart av behandlingen til behandlingens slutt.

I studien til Elomaa, Williams og Kalso (2009) var hensikten å evaluere effekten av oppmerksomhetsstrategier i behandling av kroniske smerter. Deltakerne i studien rapporterte at når de klarte å fokusere på for eksempel musikken i omgivelsen, ble ofte smertene redusert eller ikke like mye i fokus. Tse, Pun og Benzie (2004) ville finne ut hvilke tiltak eldre mennesker med kroniske smerter benytter for smertelindring. Det kom frem at flere valgte å lytte til fjernsyn, radio eller musikk for å involvere flere sanser og at det hjalp dem i å mestre smertene. En av deltakerne beskrev det slik ”I watched television

to put my mind off the pain...very effective and useful” (Tse, Pun og Benzie 2004, 318). Også i studien til Siedlecki og Good (2006) kom det frem at musikk ble valgt for å slappe av og for å bli distraheret fra smertene.

4.1.3 Massasje og musikk – mindre depresjon, økt livskvalitet

Alexandersson et al. (2003) har i sin studie belyst hvordan personalet opplever å bruke taktil massasje og hvilken effekt det har på pasientene. Det viste seg at det ikke bare fungerte smertelindrende, men at det også var et redskap for nærvær og kontakt. Når en var til stede hos pasienten kunne uro og angst lindres og føre til økt velbefinnende og trygghet. Massasjeens innvirkning på humøret kom frem i studien til Kutner et al. (2008). Den viste seg å ha en umiddelbar positiv effekt på humøret. Massasjen viste seg å ha en statistisk signifikant forbedring i smerte og livskvalitet over tid til tross for at bruk av smertestillende medikamenter ikke ble økt. Hasson et al. (2004) beskriver at de som mottok massasje opplevde at den hadde god innvirkning på smerteopplevelse og energioverskudd sammenlignet med de som lyttet til avslapningsmusikk alene. I forhold til disse funnene påpeker forfatterne at en ikke vet om den som utfører massasjen kan ha innvirkning på smertelindringen deltakerne opplever, en vet ikke om det er selve massasjen som gir lindring eller om det er kontakten med en annen person.

I studien til Nilsen og Elstad (2008) var hensikten å undersøke hvordan mennesker håndterer langvarige smerter og hvilke erfaringer de har med hva som lindrer eller forverrer. Noen av deltakerne uttrykker skepsis til komplementær behandling, men sier likevel at de er ”villig til å prøve alt” (Nilsen og Elstad 2008, 58). Felles for det som hadde blitt prøvd var at det lindret noe, for en kortere tid. En av deltakerne sier ”man må bruke tid på å sette seg inn i hva som finnes. Man vil prøve alt, men først skolemedisin.” (Nilsen og Elstad 2008, 58). Deltakerne var i en situasjon hvor tradisjonelle behandlingstilbud gav liten lindring, og komplementær behandling bare kortvarig effekt. I studien til Elomma, Williams og Kalso (2009) viste det seg at deltakerne i etterkant av prosjektet var bedre rustet til å håndtere smertene, hadde endrede holdninger til smertene, fått bedre søvn og redusert stress. Siedlecki og Good (2006) sin studie viser også at deltakerne følte at musikk hjalp dem å mestre smertene sine og at disse kunne tenke seg å fortsette å benytte musikk som smertelindring. Funnene i studien utvider kunnskap ved å vise at ulike typer musikk ikke bare reduserer smerteintensitet, men reduserer også frekvensen av depressive

symptomer og oppfatninger av smerterelaterte funksjonshemminger hos pasienter med kroniske ikke-ondartede smerter.

4.2 Erfaringer med komplementære behandlingsformer

I dette kapitlet presenteres hvor ofte komplementære behandlingsformer blir brukt, hvem som benytter disse og i hvilke sammenhenger de blir benyttet.

4.2.1 Komplementær behandling – en utprøvd metode

Det kom frem i flere studier at komplementær behandling viste seg å være utprøvd blant de som lider av kroniske smerter. Dette belyses i studiene til Ho, Jones og Gan (2009), Rosenberg et al. (2008), Cardenas og Jensen (2005), Tse, Pun og Benzie (2004), Konvicka et al. (2008) og Fleming et al. (2007). Bruken av komplementære behandlingsformer for smertekontroll ved kroniske smerter ble studert av Ho, Jones og Gan (2009). De studerte bruken hos 92 pasienter i en smerteklinikk. 75 av deltakerne i undersøkelsen hadde brukt eller brukte komplementære behandlingsformer. I studien til Rosenberg et al. (2008) ønsket de å finne ut hvilke holdninger pasienter med kroniske smerter i primærhelsetjenesten hadde til komplementære behandlingsformer, og om bruken var assosiert med bedre smertekontroll. 463 personer med kroniske smerter deltok, omtrent halvparten rapporterte nåværende eller tidligere bruk av en eller annen form for komplementær behandling for smertelindring. Cardenas og Jensen (2005) har gjort en studie der det viser seg at 85 av de 117 deltakerne hadde benyttet en form for komplementær behandling. I studien til Tse, Pun og Benzie (2004) var hensikten å finne ut hvilke tiltak eldre mennesker med kroniske smerter benyttet for smertelindring og hvilken effekt de opplevde av reseptfrie tiltak. Det kom frem at de fleste av de 44 deltakerne kun brukte reseptfrie tiltak. 58 % opplevde at reseptfrie tiltak var veldig effektive som smertelindring. Konvicka et al. (2008) hadde som hensikt å få en oversikt over hvor mange i smerteklinikken som benyttet komplementære behandlingsformer for kroniske smerter. 168 av de 425 (cirka 40 %) deltakerne rapporterte at de hadde brukt eller brukte minst en type av komplementær / alternativ behandling. Også i studien til Fleming et al. (2007) rapporterte 404 av 908 (cirka 40 %) deltakere at de hadde brukt komplementær behandling i løpet av det siste året. Den behandlingsformen som var mest brukt på å behandle kroniske smerter hos deltakerne var massasje terapi, det hadde blitt brukt av 27,3 % (110/404).

4.2.2 Behovet for smertelindring

I studien til Ho, Jones og Gan (2009) kom det frem at en fjerdedel av deltakerne brukte komplementære behandlingsformer fordi de ville ha bedre kontroll over behandlingen av sine smerter. Om lag 25 % brukte komplementære behandlingsformer enten fordi de følte det var tryggere enn standardbehandling eller fordi det ga dem bedre smertelindring. Det kom også fram at 63 % var fornøyde med den komplementære behandlingen. I studien til Rosenberg et al. (2008) var over halvparten av de som brukte komplementære behandlingsformer enige eller sterkt enige i at ikke-tradisjonelle tiltak hjalp deres smerter. Mens de resterende var uenige eller sterkt uenige. 13 % av de 463 deltakerne ville valgt å fortsette med bruk av den komplementære behandlingen fremfor tradisjonell behandling hvis de måtte velge. 26 % mente at den komplementære behandlingen var tryggere enn medisiner foreskrevet av deres lege, mens 14 % mente at den komplementære behandlingen fjernet den kroniske smerten. I studien til Alexandersson et al. (2003) understreket deltakerne viktigheten av at massasje blir gitt som et komplement til legemiddel, særlig for smertelindring. Både i studien til Fleming et al. (2007) og Siedlecki og Good (2006) kom det frem at de fleste deltakerne bruker flere medikamenter for å lindre smertene sine.

Resultat i studien til Konvicka et al. (2008) viser at det er en aksept for bruk av komplementære og alternative behandlingsformer blant pasienter med kroniske smerter, og at de har behov for å finne en behandling som gir smertelindring. Det viser seg i studien til Siedlecki og Good (2006) at musikk er et enkelt, trygt og billig smertelindrende tiltak som sykepleiere kan lære pasienter å bruke. Sykepleierne kan hjelpe pasientene til å finne musikk de liker slik at de kan bruke det som en selvadministrerende komplementær behandling. Studien til Alexandersson et al. (2003) beskriver at deltakerne som var sykepleiere som utførte massasje, så viktigheten av at massasje skjedde på pasientens premisser, med respekt for hva pasientene ønsket. Deltakerne mente det var viktig å spørre pasienten først, og der pasientene ikke kunne gi verbalt uttrykk var det derfor viktig å være oppmerksom på signalene pasienten ga siden massasjen kan utløse sterke følelser.

5.0 Diskusjon

I dette kapitlet diskuteres metode og resultat, hvordan prosessen har vært og styrker og svakheter ved fremgangsmåten. Funnene knyttes opp mot hensikt, problemstillinger, teori og praksis.

5.1 Metodediskusjon

Fra startfasen med Bacheloroppgaven har fokuset vært på kroniske smerter, dette interesserte oss siden vi hadde møtt pasienter på ulike praksissteder som hadde en smerteproblematikk. Flere av disse opplevde ikke tilfredsstillende smertelindring, noe som kan føre til usikkerhet både blant pasientene og personalet. Interessen for å se på andre metoder som kunne gi smertelindring ble på bakgrunn av dette forsterket. I starten av studien ble pensumlitteratur og annen faglitteratur som omhandlet temaet smerte og smertebehandling gjennomgått og lest. Dette førte til bedre forståelse av smerteproblematikken og behovet for smertelindringsmetoder. Pensum- og faglitteraturen som er benyttet belyste at mange pasienter med kroniske smerter ikke opplever tilfredsstillende smertelindring av medikamentell behandling. Faglitteratur som omhandlet alternative - og komplementære behandlingsmetoder ble lest for å få en bedre forståelse rundt feltet. Videre i prosessen ble det oppdaget at disse to begrepene omfattet et stort område. For å kunne gjennomføre studien måtte det gjøres en avgrensning. Massasje og musikkterapi ble da hovedfokus siden det kan utøves av sykepleiere uten spesiell opplæring. Vi bestemte oss derfor for å finne ut hvilke erfaringer personer med kroniske smerter har med musikk og massasje som komplementær behandling, og hvilken effekt tiltakene har.

5.1.1 Søkestrategi

Det ble gjennomført prøvesøk for å se hvor mye publisert forskning som fantes på det valgte temaet. Det viste seg å være mye forskning på området, noe som ga oss bekreftelse på at studien var gjennomførbar. For å strukturere søkene ble søkeordene satt inn i et forenklet PICO skjema. Siden det ikke var ønsket å sammenligne noen behandlinger ble det benyttet et PIO skjema. Skjemaet har vært til god hjelp under søkingen for å holde fokus på hensikten. Det ble funnet nye ord i artiklene, noen av disse ble benyttet i videre søking. Den største usikkerheten var hvilke ord som var best å bruke som benevnelse på

behandlingen. Det ble først søkt på alternativ behandling, men en del funn på disse søkene omfattet behandlinger som man trenger videre kompetanse for å kunne utføre. Noen av de alternative behandlingene blir ikke utført i kombinasjon med den tradisjonelle, og ble derfor utenfor vårt fokusområde. På bakgrunn av dette ble massasje og musikk samt komplementær behandling brukt som søkeord. Det var ei utfordring at alternativ- og komplementær behandling ble brukt om hverandre i enkelte artikler. Usikkerheten med søkeordene kan være årsaken til at det ble vanskelig å finne relevante artikler fra starten. I ettertid tenker vi at det kunne vært en fordel å jobbe mer med søkeord før søkingen startet. Lite kjennskap til de ulike søkemotorene førte til at det ble brukt en del tid på å få satt sammen best mulige søk. Etter flere søk var det enklere å finne aktuelle artikler.

Veiledningen fra bibliotekets ansatte har vært til god hjelp når det gjelder valg av ord og sammensetningen av dem. En begrensning i funnene kan være at det kun er benyttet databaser som har vært nevnt i undervisningen. Vi mener de databasene vi har brukt som omhandlet helse, sykepleie og medisin har fanget opp den forskningen vi var ute etter. En annen begrensning kan være at det ikke ble fokusert på hvilket land forskningen er foretatt i. Det er inkludert forskning fra Amerika, Hong Kong og de tre nordiske landene Norge, Sverige og Finland. Det kan være visse forskjeller på hvor mye kronisk smerte er utbredt i andre land og at det blir gitt støtte til helsetjenester på ulike nivåer i ulike land. Dette kan ha innvirkning på det å velge komplementær behandling. Ut i fra hensikten med studiet får vi frem hvilke erfaringer og effekter pasienter har av behandlingsmetodene. Siden smerter er en subjektiv opplevelse kan det være forskjeller på smerteopplevelsen både innad i landene og mellom landene. Derfor ble det ikke satt noen eksklusjonskriterier som begrenset forskningen til spesifikke land. Grunnen til at det ikke er valgt spesifikke steder (sykehjem, sykehus og lignende) hvor behandlingene er foretatt, er fordi en kan møte personer med kroniske smerter hvor som helst i helsevesenet. Hadde denne begrensningen blitt satt kan det ha redusert funnene. Det eneste eksklusjonskriteriet som ble satt i forhold til alder er at barn ble ekskludert. Artikkene som ble inkludert dreide seg om personer over 18 år. Det ble gjort søk som var spesifikke på akkurat det området vi ønsket å finne ut av, disse ga få eller ingen treff. Flere eksklusjonskriterier ville derfor gjort det vanskelig å finne tilstrekkelig med relevante artikler.

I søkene som ble foretatt var det først og fremst overskriftene som skapte interessen og dersom disse var relevante ble abstrakt lest der disse var tilgjengelige. Dette kan ha ført til at relevante artikler kan ha blitt oversett, dersom tittel og abstrakt ikke virket nok relevant.

Det ble lest mange artikler som viste seg å ikke være relevant nok for vår hensikt, dette kan komme av at søkene i starten ikke var konkrete nok i forhold til hensikten. Det har vært problemer med å finne forskning på musikk som behandling av kroniske smerter. Vi tror musikkterapi har blitt et større forskningsområde, men erfarte i studiet at forskning på musikkterapi knyttet spesielt til kroniske smerter er lite publisert. I artikkelen til Siedlecki (2009), som ikke ble inkludert kom det tydelig frem at det var lite publisert forskning på dette området. I denne artikkelen var det nevnt to publiserte forskinger på bruk av musikk som tiltak på kroniske smerter. Referanselisten i artikkelen viste til tittel og forfatter, disse artiklene ble funnet ved manuelt søk. Det er en styrke at de andre artiklene er funnet gjennom søk i databaser. Gjennom hele prosessen ble det tatt vare på oversikt over søkestrategien.

5.1.2 Kvalitetsvurdering

For å kvalitetsbedømme artiklene som var relevante ble det brukt sjekklister fra kunnskapssenteret, disse ga svar på både styrker og svakheter. Sjekklister for kvalitativ forskning, prevalensstudie og RCT studie ble benyttet. Hvilke sjekklister som passet til de ulike artiklene ble diskutert. En styrke i oppgaven er at artiklene ble lest og kvalitetsbedømt individuelt, før de ble gått gjennom sammen. Funnene som var gjort ble diskutert. Sjansen for at noen resultater skulle bli oversett var mindre ved at prosessen ble gjennomført på en slik måte. Artiklene kan ha blitt vurdert til feil kvalitet siden forfatterne hadde liten erfaring med bruk av sjekklisene. Noen av spørsmålene var uklare, men da ble hjelpespørsmålene benyttet. Dersom det var uenighet ble svarene begrunnet ut fra funn i artiklene. De fleste artiklene var skrevet på engelsk, dette kan ha ført til at noe av innholdet ikke ble riktig tolket. Google oversetter ble benyttet for å få en lettere forståelse av artiklenes innhold. Det ble erfart at artiklene kunne miste noe av sammenhengen ved å bruke denne metoden. Betydningene av ulike setninger har blitt diskutert frem til enighet.

En svakhet i studiet er at det er funnet få kvalitative forskningsartikler som sier noe om pasienterfaringer. Dette er en svakhet siden det i hensikten blir fokusert på pasientperspektivet. I den kvalitative forskningen får en svar på hvordan tiltakene oppleves, hva som gjør at et tiltak virker og hvorfor (Nortvedt et al. 2008). I vår litteraturstudie er tre kvalitative artikler inkludert, disse belyser pasient erfaringer. Elleve inkluderte artikler er kvantitative, seks av disse er tverrsnittsstudier som forteller noe om

forekomst og hvor mange som har et helseproblem. De resterende fem er RCT studier og sier noe om effekt av tiltak. Det hadde vært en fordel med tanke på vår hensikt å ha flere kvalitative artikler, siden de sier noe om pasienters erfaringer og holdninger (Nortvedt et al. 2008). Forfatterne mener likevel at opplevelser og effekter rundt musikk- og massasje brukt som en komplementær behandling, kommer frem i dette utvalget av artikler. Fire artikler er eldre enn det som ble satt som inklusjonskriterie, som var 2005. Disse artiklene er fra 2003 og 2004, og ble inkludert på grunn av at de var med på å gi svar på studiet. To av dem var kvalitative, noe som styrket funnene i forhold til pasienters erfaringer.

5.1.3 Analyse

Det kan ha vært en svakhet at artiklene ble fordelt da tolkningen av ulike tekstutdrag ble gjort. Fordelingen førte til at noen av resultatene ble oversett. Dette viste seg når resultatdelen skulle skrives. Da ble det oppdaget at noen av tekstutdragene var ufullstendige og at enkelte momenter hadde falt bort. Artiklene måtte derfor ses gjennom på nytt. Ekstraarbeidet har bedret forståelsen av artiklene og dermed styrket resultatet. Alle tekstutdrag som ble funnet gjennom denne prosessen ble diskutert. Dette var viktig siden funnene kan tolkes på ulike måter (Dalland 2007). Gjennom å diskutere funnene fikk vi avklart hva som var med på å gi svar på hensikten og problemstillingene. Dette bidro til at granskningsarbeidet som ble gjort var en styrke for å finne ut hva artiklene hadde å fortelle. Fargekodene som ble knyttet til de ulike temaene var et godt hjelpemiddel. Ved å samle de tekstutdragene som hadde samme farge på et dokument, ble oversikten over funnene som ga svar på hensikten og problemstillingene bedre (Dalland 2007). Når funnene skulle presenteres i resultatkapitlet ble det oppdaget at noen av de fem temaene gikk inn i hverandre. Det ble på bakgrunn av dette laget to hovedkapitler med flere underkapitler. En svakhet i analysen er at vi har lite erfaring med å tolke tabeller i artikler. Det kan ha vært tabeller som belyste enkelte funn som ikke ble tolket riktig. Men gjennom å lese tekst og se på tabellene sammen mener vi at dette samsvarer og at det ikke er gjort store og vesentlige feiltolkninger. Funnene i de ulike artiklene har støttet opp under hverandre.

5.2 Resultatdiskusjon

På bakgrunn av hensikt og problemstillinger presenteres to hovedkapitler med flere underkapitler i resultatdiskusjonen.

5.2.1 Effekter av musikk og massasje på kroniske smerter

Funnene viser at massasje gir opplevelse av nærhet og omsorg og at musikken distraherer hjernenes signaler om smerte. Sykepleiere har en viktig oppgave i å opprettholde håpet til personer som har gått med smerter over tid og legge til rette for at smertelindringens varighet skal økes. Både musikk og massasje som komplementær behandling har positiv effekt på kroniske smerter.

Lindringens varighet kan være avhengig av behandlingstiden

Kroniske smerter er smerter som har vart i tre måneder eller mer (Almås et al. 2001). I flere av studiene kom det frem at de fleste deltakerne hadde hatt smerter i årevis. For mange av disse er behandlingstilbudet og mulighetene til å få en effektiv smertebehandling ofte begrenset (Nortvedt og Nortvedt 2001). Mennesker som har hatt problemer med smerter i flere år er mer åpne og nysgjerrige for å prøve ut nye behandlingsmetoder i håp om at det kan bidra til å lindre deres smerter. I studien til Nilsen og Elstad (2008) sa noen av deltakerne som hadde slitt med smerter fra tre til tretti år at de var villige til å prøve alt. Deltakerne var i en situasjon hvor tradisjonelle behandlingstilbud gav liten lindring, og komplementær behandling bare kortvarig effekt. I studiene til Cardenas og Jensen (2005), Plews-Ogan et al. (2005), Kutner et al. (2008) og Hasson et al. (2004) viste det seg at massasje hadde god smertelindring i perioden like etter behandlingen, men at effekten avtok etter en stund. Med tanke på at behandlingene i studiene bare ble utført i korte perioder, kan det være at den korte effekten har noe med behandlingstiden å gjøre. Mennesker som har gått med smerter over lang tid kan ha behov for lengre behandling for å oppnå smertelindring som vedvarer. Funnene viser at det er behov for nye studier som tar sikte på lengre behandlinger og oppfølginger for å kunne se på langsiktige virkninger av massasje. Cardenas og Jensen (2005) viser i sin studie at det er behov for videre forskning for å finne den beste kombinasjonen av smertebehandlingsmetoder som kan gi smertelindring i lange perioder. Det kom ikke frem i noen av studiene hva som var årsaken til at massasje ga følelse av smertelindring. I McCaffery og BeeBe (2001) står det at massasje fører til avslappede muskler og bedret sirkulasjon som igjen fører til redusert

smerte. Opplevelsen av smertelindring ved massasje kan også forklares med portcelleteorien. I ryggmargen finnes en synapse, denne har spesielle nerveceller som kalles portceller. Portcellene hemmer overføringen av smerteimpulser ved å blokkere signaloverføringen, slik at smerteopplevelsen reduseres (Sand et al. 2007). Tryggheten personer opplever av behagelig berøring kan være en positiv og ønsket kontrast til smertene (McCaffery og BeeBe 2001). Sykepleierne som utførte massasjen i studien til Alexandersson et al. (2003) mener personer med kroniske smerter kan ha nytte av massasje som komplementær behandlingsform, dersom det foregår på pasientens premisser.

Opplevelse av smertelindring ved bruk av ulike sanser

I studiene til McCaffery og Freeman (2003), Siedlecki og Good (2006), Elomaa, Williams og Kalso (2009) og Tse, Pun og Benzie (2004) viste det seg at musikk har en positiv effekt på kroniske smerter. Når personer med kroniske smerter bevisst bruker ulike sanser, som for eksempel hørselen, kan dette redusere oppmerksomheten mot smertene. Denne mekanismen kommer av at hjernen ikke greier å konsentrere seg fullt ut om flere ting på samme tid (Almås et al. 2001). Dette samsvarer med funnene i studien til Eduardo Garza (2011) der det viste seg at musikk var effektivt til å døyve smerte fordi det distraherer hjernen (NRK vitenskap – og – teknologi 2011). Flere av deltakerne i studien til Tse, Pun og Benzie (2004) valgte å lytte til musikk for å involvere flere sanser, det hjalp dem til å mestre smertene. Dette er en form for avledning, den erstatter ikke annen smertebehandling men øker effekten av den. Om en slik intervensjon har virkning eller ikke kommer an på om pasienten er i stand til å tenke på noe annet enn det som gjør vondt. Det blir vanskeligere for andre stimuli å oppta oppmerksomheten til pasienten jo sterkere smertene er (Almås et al. 2001). I studien til Elomaa, Williams og Kalso (2009) viste det seg at deltakerne opplevde smertereduksjon eller at smertene ikke ble like mye i fokus når de greide å fokusere på musikken i omgivelsene. Pasientens forventninger til smertebehandlingen vil ha innvirkning på opplevelsen av smerte. Smerteopplevelsen vil forsterkes hvis pasienten har negative forventninger til behandlingen, eller et pessimistisk syn på smertens årsak og utvikling (Sand et al. 2007).

Sykepleiere har en viktig oppgave når det gjelder å hjelpe pasienten til å utnytte de ulike sansene. Det kan være å hjelpe pasienten til å finne musikk han liker, og til å komme seg ut i naturen å oppleve lyden av fugler og vann. Å benytte musikk som et komplement til

annen smertebehandling kan gi pasienten bedre smertelindring. Myskja (2008) skriver at komplementær medisin blant annet brukes for å styrke effektiviteten av vanlig medisinsk behandling. Sykepleiere må derfor samarbeide med pasienten i forhold til medikamenter som bør ligge i bunnen før man eventuelt prøver musikk som en komplementær behandling. Sterke smerter kan oppta alt fokus hos pasienten og dermed gjøre det vanskelig å konsentrere seg om musikken (Almås et al. 2001). Har sykepleier gitt analgetika på forhånd for å redusere pasientens smerter blir det lettere å konsentrere seg om musikken. Deltakerne i studien til McCaffery og Freeman (2003) kunne benytte ikke-narkotiske analgetika. Det kom ikke fram om det var sammenheng mellom bruken av medikamenter og opplevelsen av lindring ved musikk som komplementær behandling. En enkelt behandling, eller et enkelt tiltak kan sjelden gjøre en pasient med kroniske smerter smertefri. Behandlingen må ofte være sammensatt av flere tiltak. Massasje og musikk må derfor ses på som et supplement til den medikamentelle behandlingen (Almås et al. 2001). I studien til Siedlecki og Good (2006) brukte alle deltakerne medisinsk- eller kirurgisk smertebehandling. Det viste seg at deltakerne som brukte musikk som komplement til den andre behandlingen, opplevde smertereduksjon. Dette viser at musikk kan øke effekten av tradisjonell smertebehandling. Eduardo Garza (2011) foretok en studie der det viste seg at behagelig musikk kunne virke smertelindrende på gikt- og kreftpasienter. På bakgrunn av sin studie mener han at musikken bør bli en del av den offisielle behandlingen og at den kan være med å redusere bruken av smertestillende medisiner (NRK vitenskap – og – teknologi 2011).

Å opprettholde håpet – en nødvendig del i smertelindringen

Personer med kroniske smerter kan utvikle flere plager enn selve smerten. Langvarige smerter fører til nedsatt fysisk funksjonsevne og kan føre til arbeidsledighet og isolasjon. Mennesker med kroniske smerter er derfor mer disponert for å utvikle angst, depresjon, trøtthet og redusert livskvalitet (Rustøen og Stubhaug 2006). Personalet som har brukt taktil massasje på pasienter forteller i studien til Alexandersson et al. (2003) at de opplevde at pasienters angst og uro ble lindret når de var til stede hos pasienten og at dette førte til økt velbefinnende og trygghet. I studien til Siedlecki og Good (2006) ble kunnskap om musikk som en intervensjon utvidet når den viste at det ikke bare reduserte smerteintensiteten, men også frekvensen av depressive symptomer. Dette viser at smerte og psyke henger sammen. Grunnen til at mange med kroniske smerter opplever depresjon henger sammen med opplevelsen av håpløshet. De har kommet inn i en smertetilstand som

er vanskelig å komme seg ut av. Troen på at en skal bli smertefri og frisk er ikke tilstede. Kroniske smerter er omfattende og gir store utfordringer til pasienten, pårørende og sykepleierne (Lohne 2006). Studiene til Alexandersson et al. (2003), Kutner et al. (2008), Hasson et al. (2004), Elomaa, Williams og Kalso (2009) og Siedlecki og Good (2006) viste at massasje og musikk hadde positive innvirkninger på de nevnte tilleggsproblemene smertene kan føre med seg. Selv om en ikke har tro på at musikk og massasje skal hjelpe på selve smerten, bør man være åpen for å prøve, i håp om at det skal hjelpe på eventuelle tilleggsproblemer.

Mennesker som har vært plaget med kroniske smerter i årevis vil ha et ønske om å være smertefri. Denne målsetningen er ikke nødvendigvis realistisk. Personer med kroniske smerter må sette seg kortsiktige, små mål for at de skal kunne være gjennomførbare og at håpet skal opprettholdes. Det kan være å få fokuset bort fra smertene for en periode. Halldor Skard formidler i sitt dikt "Min verden" at drømmen for en person med smerter er å slippe plagene, men målet er å få lindring for en kortere stund. Blir målene for store og langsiktige kan man føle at man ikke har mulighet til å nå målet. Dette vil føre til at man ikke får en mestringsfølelse. Dersom man ikke når målene en setter seg, vil en kunne miste håpet om at situasjonen skal bli bedre. Sykepleiere har en viktig oppgave når det gjelder å hjelpe pasienten til å sette realistiske mål. Det å ha realistiske mål er i følge Travelbee nødvendig for å ha håpet rettet mot fremtiden og bedring av situasjonen. Travelbee mener at sykepleiere kan hjelpe pasienten til å opprettholde håpet ved å sette realistiske mål. Da vil pasientene kunne mestre lidelsen i større grad og ved å ha fokus på fremtiden vil situasjonen bli utholdelig (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2008). Ved å tro på pasientens uttrykk for smerte, skaper sykepleiere et tillitsforhold til pasienten og bidrar til å opprettholde håpet om smertelindring. Smertelindringen kan reduseres hvis sykepleiere ikke registrerer pasientens uttrykk for smerte eller tviler på pasientens utsagn (Almås et al. 2001). Det kommer frem i studien til Tse, Pun og Benzie (2004) og Siedlecki og Good (2006) at deltakerne med kroniske smerter opplevde at musikk hjalp dem til å mestre sine smerter. Det er en stor utfordring og skulle mestre det å leve med smerte over tid. Hvordan hvert enkelt individ mestrer sine smerter, avhenger av erfaringer en har med seg. For å mestre tar en i bruk ulike strategier for å føle kontroll og mening i ulike situasjoner (Reitan 2006). Menneskets oppfatning av sykdom og lidelse, vil være avhengig av den kulturen personen er en del av, mener Travelbee (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2008).

Behovet for nærhet og omsorg

I studien til Aleksandersson et al. (2003) viste det seg at taktil massasje ikke bare virket smertelindrende, men også var nyttig for å skape nærhet og kontakt. Dagens samfunn er mer og mer hektisk, folk har mindre tid til å ta vare på seg selv. Samfunnets krav kan føre til at enkeltpersoner setter sine egne behov i andre rekke. Tall fra Folkehelseinstituttet (2010) viser at omtrent 30 % av den voksne norske befolkningen sliter med kroniske smerter. Ofte er det aktuelt å kombinere medikamentell og ikke- medikamentell behandling til mennesker med kroniske smerter. Hvilken behandling som blir valgt avhenger av situasjonens helhet. Behandlingens mål er ikke bare å lindre smertene, men også bedre livskvaliteten og funksjonsnivået til pasienten (Rustøen og Stubhaug 2006). Mennesker med kroniske smerter prøver ofte komplementære behandlingsmetoder når tradisjonell behandling ikke gir tilstrekkelig lindring. Denne type behandling kan gi håp, smertelindring og muligheten til selv å gjøre noe med plagene (Myskja 2008). De som prøver komplementære behandlingsformer er ofte mennesker med kroniske smerter som er vanskelig å smertedekke. Dette bør tas i betraktning når en vurderer effekten av tiltakene (Rustøen og Stubhaug 2006). I den forskningen vi har undersøkt viste det seg at de aller fleste opplevde en eller annen form for smertelindring. Dette mener vi kan være et viktig funn, siden deltakerne var mennesker med kroniske smerter.

Følelsen av å bli ivaretatt i et hektisk samfunn kan bli undervurdert. I en travel arbeidshverdag kan det være utfordrende å ivareta hver enkelt pasients grunnleggende - og individuelle behov. I utdanningen er det mye fokus på hvordan sykepleiere kan hjelpe pasienten til å få dekt grunnleggende – og individuelle behov. Ute i praksisfeltet er det ikke like mye fokus på dette, men mer på den enkeltes diagnose. Pasienter med kroniske smerter har ofte mange andre omfattende plager som følge av smertene, deriblant depresjon. Sykepleiere som skal behandle en pasient med kroniske smerter må huske at det kan være like viktig å behandle andre symptomer før selve smerten. For å oppnå smertelindring til pasienter med kroniske smerter er det noen ganger viktig å behandle en eventuell depresjon først (Almås et al. 2001).

Sykehusavdelinger har blitt mer spesialiserte, dette fører til at de enkelte avdelingene konsentrerer seg om sitt fagfelt. Det kreves bedre samarbeid mellom de ulike spesialitetene for at pasienten skal få tilfredsstillende sykepleie. For pasientene kan spesialiseringen oppleves positivt og/eller negativt. Spesialiseringen fører til sterkere faglig kompetanse

noe som gir bedre kvalitet på pasientbehandlingen, men de grunnleggende behovene kan bli satt i andre rekke. Det kan oppleves at sykehusene har som mål å ”produsere” flest mulig ferdigbehandlede pasienter. Det er viktig at pasientenes behov for nærhet og omsorg ikke blir glemt. De fleste pasienter setter pris på å få konsentrert oppmerksomhet en stund, og å oppleve nærhet (Stålesen 2008). Dette kan oppnås ved å benytte massasje som et smertelindrende tiltak til pasienter med kroniske smerter. Massasje kan påvirke både det fysiske og psykososiale hos et menneske. Den kroppslige reaksjonen av berøring fører til utskillelse av endorfiner og oksytocin som virker smertelindrende. Massasjen bidrar også til at man føler seg ivaretatt og opplever nærhet (Stålesen 2008). Hasson et al. (2004) understreker at de i deres studie ikke visste om det var selve massasjen eller om den som utførte massasjen kan ha hatt innvirkning på smertelindringen deltakerne opplevde. Funnene i denne artikkelen førte til at vi undersøkte de andre inkluderte artiklene nærmere. Det ble sett på om de hadde gjort funn som tydet på at den som utførte massasjen kunne ha innvirkning på lindringen. Dette kom ikke frem i noen av de andre artiklene. På bakgrunn av dette kunne det vært interessant å funnet forskning der massasjen ikke ble utført av en person, men av for eksempel en massasjestol. Dette for å få sett om den som utfører massasjen har stor innvirkning på opplevelsen av smertelindring.

5.2.2 Erfaringer med musikk og massasje på kroniske smerter

Smerteopplevelse og livskvalitet er fullstendig subjektiv og interessen for komplementære behandlingsformer er økende.

Smerte – en subjektiv opplevelse

Et problem til personer med kroniske smerter kan være at smertene ikke er synlige og at årsaken ikke er funnet. Sykepleiere ser ikke alltid at det er en person med kroniske smerter en har foran seg. Dette fører til at pasienter kan oppleve å ikke bli trodd. Når personer med kroniske smerter opplever at de ikke blir trodd, kan dette føles verre enn selve smerten. Det er viktig at sykepleiere lytter til pasienten, det er kun den enkelte som kjenner sine smerter. En må være bevisst på at smerteopplevelsen ofte er større enn hva hver enkelt kan greie å sette ord på. En grundig utredning av pasienter med kroniske smerter er viktig for at de skal føle at de blir tatt på alvor. Dette kan bidra til økt motivasjon for andre behandlingsmetoder som kan lindre smerter når de ikke kan fjernes (Almås et al. 2001). I praksis har en av oss møtt en pasient med kroniske smerter som har blitt utredet for

smertene i lengre tid. Usikkerhet blant personalet var merkbar. Det var ikke gjort noen spesielle funn som tilsa at pasienten skulle ha smerter. Personalet spurte seg selv flere ganger hvor reelle smertene egentlig var, de måtte minne seg selv på at det kun er pasienten selv som kjenner sin smerte. I disse situasjonene er det viktig at behandlingsteamet rundt pasienten har et tett samarbeid. Behandlingsmøter kan sikre at personalgruppen forholder seg likt til smerteproblematikken.

I studien til McCaffrey og Freeman (2003) har de gjort funn som kan styrke forståelsen for at smerte er en subjektiv opplevelse. Musikk viste seg å kunne bli brukt som en intervensjon for å forstå mennesket som en helhet. Travelbee sin teori om menneskesyn sier at en skal forholde seg til ethvert menneske som en unik person. Hver enkelt er et enestående og uerstattelig menneske (Kristoffersen 2008). Alle har grunnleggende behov, men hvordan disse kommer til uttrykk er individuelt (Mathisen 2006). Dette må sykepleiere ta hensyn til i møte med personer med kroniske smerter. Pasienter vi har møtt i praksis har hjulpet oss til å se hvor viktig det er og ikke bare tenke diagnose, men se hele mennesket, dets grunnleggende – og individuelle behov. Siden opplevelsen av smerter er subjektiv, kan det være en utfordring å drive med forskning på dette området. Den subjektive opplevelsen vil bli uttrykt forskjellig hos hvert enkelt individ selv om nivået av smerte kan være den samme. Opplevelsen av smerte henger sammen med bakgrunnen til hver enkelt, hvordan vi har blitt oppdratt og lært oss å takle smertene. Dette viser seg i boka til Almås et al. (2001) der det beskrives at opplevelsen av smerte er så sammensatt at det er naturlig at det er individuelle forskjeller. Uskrevne normer i familie og nærmiljø er med å påvirke en persons atferd. Som barn lærer man hva som er akseptabel atferd ved smerter, hva som er akseptabelt vil varierer fra familie til familie. Dette fører til at smerteatferd varierer blant mennesker. Det vil også påvirke hvordan sykepleiere oppfatter pasientens smerter. ”Sykepleieren tolker andres smerter ut fra egen erfaring og eget skjønn, på samme måte som pasientens reaksjon er avhengig av hans tidligere erfaringer” (Almås et al. 2001, 66). Kroniske smerter er omfattende og vanskelig å tolke. Sykepleierens tolkning av pasientens situasjon baseres på tidligere erfaringer og skjønn, det er viktig med et team rundt pasienten som samarbeider godt. Tolkning som blir gjort av sykepleiere med ulik bakgrunn fører til en bedre og tryggere forståelse av pasientens smerter, dette legger grunnlaget for en individuell og tilrettelagt behandling.

Livskvalitet

I sykepleiepraksis er fokuset på velvære og livskvalitet økende. Årsaker til dette er at flere blir eldre og må leve med kroniske sykdommer. Når en lider av en kronisk sykdom vil målet være at pasienten har det så godt som mulig og opplever god livskvalitet til tross for de plagene han måtte ha. Livskvaliteten henger sammen med den enkeltes opplevelse av sitt eget liv. Fysiske, sosiale og psykologiske sider av livet har betydning for livskvaliteten. Hinderet for ikke å ha livskvalitet kan ligge på et av disse områdene, ved kroniske smerter mener vi det kan ramme alle de ulike aspektene. En pasient kan ha god livskvalitet selv om han har en del plager. Pasientene kan ha lært seg å leve med situasjonen og akseptert sine plager (Rustøen 2008). Resultatene i studien til Kutner et al. (2008) viste at deltakerne som mottok massasje hadde en statistisk signifikant forbedring i livskvalitet over tid, dette til tross for at bruk av smertestillende medikamenter ikke ble økt. Massasjen viste seg å ha en umiddelbar effekt på humøret i denne studien, dette kan ha en positiv innvirkning på pasientens livskvalitet. Mange sykepleiere kan ha vansker med å forstå pasienten sin livskvalitet. Dette har sammenheng med at sykepleiere kun ser pasientene i perioder, der de kanskje uttrykker mye smerter eller ubehag, mens pasienten selv vektlegger mer de smertefrie periodene og kan glede seg over det når smerten er verst. Diktet til Halldor Skard sier noe om hvordan gleden hos det enkelte individ kan være forskjellig ut i fra hvilken livssituasjon man er i. I våre praksisperioder har vi tatt oss tid til å bruke stellesituasjoner til fotinnsføring med lett massasje. Flere pasienter har uttrykt at dette var behagelig og vi observerte at det fungerte som en avkobling fra hverdagen og at de fikk tankene og fokuset over på noe annet. Funnene viser at massasje har effekt på humør, depresjon og smerter. Det er synd at tidspress og lav bemanning gjør at slike tiltak ofte blir bortprioritert.

Økt interesse for nye behandlingsformer

Komplementær behandling viste seg å være prøvd av mange med kroniske smerter. I studien til Ho, Jones og Gan (2009), Rosenberg et al. (2008), Cardenas og Jensen (2005), Tse, Pun og Benzie (2004), Konvicka et al. (2008) og Fleming et al. (2007) rapporterte over 40 % av deltakerne tidligere eller nåværende bruk av en komplementær behandlingsform. Pasienter som benytter ikke- medikamentelle behandlingstilbud tar større del i sin egen smertebehandling og opplever økt kontroll (Rustøen og Stubhaug 2006). I studien til Ho, Jones og Gan (2009) brukte en fjerdedel av deltakerne komplementær behandling fordi de ville ha bedre kontroll over behandlingen av smertene

sine eller fordi det ga dem bedre smertelindring. En fjerdedel av deltakerne i studien til Rosenberg et al. (2008) og Ho, Jones og Gan (2009) rapporterte at komplementær behandling var tryggere enn tradisjonell behandling. Disse funnene styrkes av teorien til Myskja (2008) som mener mange med kroniske smerter prøver en form for komplementær behandling, ofte fordi tradisjonell behandling ikke gir tilstrekkelig smertelindring. Dette viser at nye behandlingsmetoder stadig trekkes inn som et komplement til den tradisjonelle behandlingen. Likevel er det fortsatt avstand mellom den tradisjonelle - og den komplementære behandlingen. Dette kan komme av at kunnskapen rundt feltet er så variert og at det fortsatt er skepsis til å øke fokus rundt komplementær behandling. I praksis har en av oss fått et innblikk i at ulike faggrupper samarbeider om å tilby pasientene en kombinasjon av komplementær og tradisjonell behandling. Det er behov for at flere sykepleiere kan benytte enkle komplementære behandlingsmetoder som en del av smertebehandlingen. Dette kan være musikk og massasje. I forhold til den økende bruken burde det vært mer fokus på dette under sykepleier utdanningen. Dette kan gjøre det lettere for sykepleiere å ta i bruk enkle tiltak i møte med pasienter som har kroniske smerter.

Komplementære behandlingsformer som musikk og massasje ser ut til å bli brukt på bakgrunn av de positive opplevelsene folk har med behandlingene. Dette kan bidra til bedret sykepleiepraksis ved at behandlingsmetodene blir en naturlig del av hverdagen, som for eksempel i stellesituasjoner dersom pasienten selv ønsker det. Publisert forskning på området viser positiv effekt av denne type behandling. Det kan styrke motivasjonen hos sykepleiere for å prøve ut behandlingene til pasienter som ikke opplever smertelindring ved tradisjonell behandling. Ved å høre om pasienters positive erfaringer av musikk og massasje, vil interessen blant sykepleiere kunne bli større rundt dette temaet. Åpenheten blant sykepleiere om å få mer kunnskap til å kunne utføre disse behandlingsformene vil kunne føre til at de blir mer akseptert som en del av den tradisjonelle behandlingen.

6.0 Konklusjon

Hensikten med litteraturstudiet var å belyse hvilken effekt pasienter med kroniske smerter har av massasje og musikk som komplementær behandling og hvordan sykepleiere kan bruke pasienterfaringer for å bedre praksis.

Kroniske smerter er et stort helseproblem og mange oppnår ikke fullstendig smertelindring av den tradisjonelle behandlingen. Både massasje og musikk som komplementær behandling virker smertelindrende til pasienter med kroniske smerter, men effekten er kortvarig. Smerter er en fullstendig subjektiv opplevelse og sykepleiere må ta pasientene sine opplevelser av smerte på alvor. Smertene kan bli hovedfokuset i livet til personer som opplever kroniske smerter. Smerteproblematikken må tas på alvor og vi mener det bør bli en sykepleieoppgave å kunne utføre enkle komplementære tiltak som musikk og massasje for å lindre smerte, dersom pasienten ønsker det.

Deltakerne i studiene opplevde smertelindring av massasje og musikk. Andre effekter som ble rapportert var bedre smertekontroll, bedre søvn, økt livskvalitet, mindre angst og depresjoner. I sykepleiepraksis kan disse positive pasienterfaringene legge grunnlag for mer åpenhet og større interesse blant sykepleierne, når det gjelder musikk og massasje som komplementær behandling ved kroniske smerter. Vi mener det bør legges mer vekt på disse to komplementære behandlingsformene i sykepleieutdanningen.

Vi ser med fordel at det blir publisert mer forskning på musikk som komplementær behandling ved kroniske smerter. Det hadde også vært interessant med videre forskning på om den som utfører massasjen har innvirkning på smertelindringen deltakerne opplever. Det bør forskes videre på langtidseffekter av musikk og massasje som et komplement til tradisjonell behandling ved kroniske smerter. Videre forskning på dette området vil kunne være med på å styrke sikkerhet og kompetanse rundt bruk av massasje og musikk i behandlingen til personer med kroniske smerter. Bedre dokumentert effekt vil også kunne fremme samarbeidet mellom komplementær- og tradisjonell behandling.

Litteraturliste

Alexandersson, Miriam, Carina Dehlen, Inger Johansson, Inger Petersson og Ann Langius-Eklöf. 2003. Taktil massage som komplement i omvårdnadsarbetet i palliativ vård. *Vård i Norden*. 27 – 30.

Almås, Hallbjørg, Eva Valand, John Aksel Bilicz og Helene Berntzen. 2001. Sykepleie til pasienter med smerter. I *Klinisk sykepleie 1*. Red. H. Almås, 65 – 114. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Bastøe, Liv- Karin Halvorsen. 2008. Reaksjoner og strategier i bearbeiding av sykdom og skade. I *Sykepleieboken 1*. Red. T.E. Mekki og S. Pedersen, 27 - 54. Oslo: Akribe AS.

Bielecki, Thomas og Bente Børdahl. 2008. *Legemiddelhåndtering*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Cardenas, Diana D. og Mark. P. Jensen. 2005. Treatments for Chronic Pain in Persons With Spinal Cord Injury. *The Journal of Spinal Cord Medicine*. 109 – 117.

Dalland, Olav. 2007. *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 4. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Dysvik, Elin. 2001. Kronisk smerte. I *Å leve med kronisk sykdom*. Red. E. Gjengedal og B.R. Hanestad, 53 - 64. Oslo: Cappelens Forlag A.S.

Elomaa, Minna M., Amanda C. de C. Williams og Eija A. Kalso. 2009. Attention management as a treatment for chronic pain. *European Journal of Pain*. 1062 – 1067.

Fleming, Sara, David P. Rabago, Marlon P. Mundt og Michael F. Fleming. 2007. CAM therapies among primary care patients using opioid therapy for chronic pain. *BMC Complementary and Alternative Medicine*.

Folkehelseinstituttet. *Tema: Smerte. Norge på smertetoppen i Europa.* Publisert 07.05.2010, oppdatert 15.12.2010.

http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5565&MainArea_5661=5565:0:15,5191:1:0:0:::0:0&MainLeft_5565=5544:84203::1:5569:4:::0:0 (Lest 03.02.2011.)

Folkehelseinstituttet. *Tema: Smerte. Smerter – fakta og forekomst av kroniske smerter.* Publisert 28.04.2010, oppdatert 15.12.2010.

http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainArea_5661&MainArea_5661=5631:0:15,5192:1:0:0:::0:0 (Lest 03.02.2011.)

Forum for kroniske smerter. *Tema: småprat – dikt av Halldor Skard.*

<http://sunshine35446.yuku.com/topic/16067> (Lest mars 2011.)

(Tillatelse for bruk av dikt er gitt av forfatter Halldor Skard via telefon 04.05.2011.)

Hasson, Dan, Bengt Arnetz, Lena Jelveus og Bo Edelstam. 2004. A Randomized Clinical Trial of the Treatment Effects of Massage Compared to Relaxation Tape Recordings on Diffuse Long-Term Pain. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 17 – 24.

Ho, Kok-Yuen, Lisa Jones og Tong J. Gan. 2009. The effect of cultural background on the usage of complementary and alternative medicine for chronic pain management. *Journal of Pain physician*. 685 – 688.

Holst, Inger Johanne. 2008. Bevissthet. I *Sykepleieboken 1*. Red. T.E. Mekki og S. Pedersen, 321 – 335. Oslo: Akribe AS.

Jacobsen, Dag, Sverre Erik Kjeldsen, Baard Ingvaldsen, Trond Buanes og Olav Røise. 2009. *Sykdomslære. Indremedisin, kirurgi og anestesi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Johannesen, Berit. 2008. *Komplementær og alternativ behandling, en grunnbok for sykepleiere*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Johansson, Ingela, Else Lykkeslett, Ragnhild Michaelsen og Torill Skrondal. 2010. *Retningslinjer for Bacheloroppgave i sykepleie*. Molde.

Konvicka, James J., Tricia A. Meyer, Andrew J. McDavid og Charles R. Roberson. 2008. Complementary/Alternative medicine use among chronic pain clinic patients. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*. 17 – 23.

Kreftforeningen. *Tema: Forskning innen komplementær og alternativ behandling*. Publisert 2007.

www.kreftforeningen.no (Lest 12.02.2011.)

Kristoffersen, Nina Jahren. 2008. Teoretiske perspektiver på sykepleie. I *Grunnleggende sykepleie*. Bind 4. Red. N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt og E.A. Skaug, 13 - 99. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kunnskapsbasert praksis. *Tema: Litteratursøk – Lage søkestrategi*.

www.kunnskapsbasertpraksis.no (Lest september 2010 og 16.02.2011.)

Kutner, Jean S, Marlaine C. Smith, Lisa Corbin, Linnea Hemphill, Kathryn Benton, Karen Mellis, Brenda Beaty, Sue Felton, Traci. E Yamashita, Lucinda L. Bryant og Diana L. Fairclough. 2008. Massage therapy versus simple touch to improve pain and mood in patients with advanced cancer. *American College and Physicians*. 369 - 380.

Langer, Jerk W. 2004. *Alternativ behandling, metoder og virkninger*. Oslo: Cappelen Forlag AS.

Lohne, Vibeke. 2006. Håp og håpløshet. I *Sykepleieboken 2, Teoretisk- metodisk grunnlag for klinisk sykepleie*. Red. U. Knutstad og B.K. Nielsen, 181 - 198. Oslo: Akribe AS.

Mathisen, Jorunn. 2006. Hva er sykepleie? Virginia Hendersons svar. I *Sykepleieboken 2, Teoretisk- metodisk grunnlag for klinisk sykepleie*. Red. U. Knutstad og B.K. Nielsen, 21 - 38. Oslo: Akribe AS.

McCaffery, Margo og Alexandra Beebe. 1996. *Smarter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

McCaffery, Ruth og Edward Freeman. 2003. Effect of music on chronic osteoarthritis pain in older people. *Journal of Advanced Nursing*. 517 – 524.

Myskja, Audun. 2008. *På vei mot en integrert medisin*. Bergen: Fagbokforlaget.

Nilsen, Gudrun og Ingunn Elstad. 2008. Å sitte på altanen barføttes i snøen. Individuelle strategier for håndtering av langvarige smerter. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*. 49 – 64.

Nortvedt, Monica W., Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt og Liv Merete Reinar. 2008. *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.

Nortvedt, Finn og Per Nortvedt. 2001. *Smerte – fenomen og forståelse*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

NRK. *Tema: Vitenskap – og – teknologi. Musikk er smertestillende medisin*.

Publisert 28.03.2011.

<http://www.nrk.no/vitenskap-og-teknologi/1.7568163> (Lest 30.03.2011.)

Plewa-Ogan, Margaret, Justine E. Owens, Matthew Goodman, Pamela Wolfe og John Schorling. 2005. A pilot study evaluating mindfulness based stress reduction and massage for the management of chronic pain. *Journal of general internal medicine*. 1136 – 1138.

Reitan, Anne Marie. 2006. Mestring. I *Sykepleieboken 2, Teoretisk- metodisk grunnlag for klinisk sykepleie*. Red. U. Knutstad og B.K. Nielsen, 155 - 179. Oslo: Akribe AS.

Rosenberg, Eric I., Ingina Geano, Ian Chen, Alex J. Mechaber, Jo An Wood, Charles J. Faselis, James Kurz, Madhu Menon, Jane O`Rorke, Mukta Panda, Mark Pasanen, Lisa Staton, Diane Calleson og Sam Cykert. 2008. Complementary and Alternative Medicine Use by Primary Care Patients with Chronic Pain. *Pain Medicine*. 1065 – 1072.

Rustøen, Tone. 2006. Livskvalitet og velvære. I *Sykepleieboken 2, Teoretisk- metodisk grunnlag for klinisk sykepleie*. Red. U. Knutstad og B.K. Nielsen, 129 - 154. Oslo: Akribe AS.

Rustøen, Tone og Audun Stubhaug. 2006. Smerter. I *Sykepleieboken 2, Teoretisk- metodisk grunnlag for klinisk sykepleie*. Red. U. Knutstad og B.K. Nielsen, 199 - 242. Oslo: Akribe AS.

Sand, Olav, Øystein V. Sjaastad, Egil Haug og Jan G. Bjålie. 2007. *Menneskekroppen. Fysiologi og anatomi*. 2. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Siedlecki, Sandra L. 2009. Racial Variation in Response to Music in a Sample of African-American and Caucasian Chronic Pain Patients. *Pain Management Nursing*, 14 – 21.

Siedleckie, Sandra L. og Marion Good. 2006. Effect of music on power, pain, depression and disability. *Journal of Advanced Nursing*. 553 – 562.

Stålesen, Eli. 2008. Aromaterapi. I *Komplementær og alternativ behandling, en grunnbok for sykepleiere*. Red. B. Johannesen, 178 – 199. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Tse, Mimi, Sandra Pun og Iris Benzie. 2004. Pain Relief strategies used by older people with chronic pain: an exploratory survey for planning patient - centered intervention. *Journal of clinical nursing*. 315 – 320.

Ulvik, Bjørg. 2001. Helse og Livskvalitet. I *Å leve med kronisk sykdom*. Red. E. Gjengedal og B.R. Hanestad, 27 – 36. Oslo: Cappelens Forlag A.S.

Vedlegg 1 PIO skjema

P	I	O
chronic pain long term pain pain\$	alternative therapies music* communicat* massage\$ visual stimulation nurs* diversion\$ therapeutic touch\$	pain relief\$ effect pain control

SJEKKLISTE FOR Å VURDERE KVALITATIV FORSKNING

FØLGENDE FORHOLD MÅ VURDERES:

*Kan vi stole på resultatene?
Hva forteller resultatene?
Kan resultatene være til hjelp i min praksis?*

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

Referanser:

1. Critical Appraisal Skills Programme. www.phru.org.uk/~casp
2. Greenhalgh T, Taylor R. Papers that go beyond numbers. *BMJ* 1997; 7110 (315)
3. Seers K. Qualitative research. In *Evidence- Based Practice. A Primer for Health Care Professionals*. Churchill Livingstone, Edinburgh 1999
4. Malterud K. The art and science of clinical knowledge: evidence beyond measures and numbers. *Lancet* 2001;358:397-400.

INNLEDENDE SPØRSMÅL

<p>1. Er formålet med studien tydelig?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Går det klart fram hva som blir studert? • Er dette en interessant eller relevant problemstilling? 	<p>Ja</p> <p>O</p>	<p>Uklart</p> <p>O</p>	<p>Nei</p> <p>O</p>
<p>2. Er en kvalitativ tilnærming hensiktsmessig?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Har problemstillingen som mål å forstå og fortolke, eller beskrive fenomen eller subjektive erfaringer eller synspunkter? 	<p>Ja</p> <p>O</p>	<p>Uklart</p> <p>O</p>	<p>Nei</p> <p>O</p>

KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE?

<p>3. Er det tilfredsstillende beskrevet hvordan og hvorfor utvalget ble valgt?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <p><i>I 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.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Finnes det en beskrivelse og en overbevisende legitimering av utvalget som blir gjort? • Er det gjort rede for hvem/hva som ble valgt ut og hvorfor? • Er det gjort rede for hvor mange som ble valgt og hvorfor? • Er det gjort rede for hvorfor noen valgte ikke å delta? 	<p>Kommentar:</p>
<p>4. Var datainnsamlingen tilstrekkelig for å gi et helhetlig bilde av fenomenet?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <p><i>Datainnsamlingen må være omfattende nok både i bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Går det klart fram hvilke metoder som ble valgt for å samle data? For eksempel feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), dokumentanalyse. • Er metoden som ble valgt den beste for å belyse problemstillingen? 	<p>Kommentar:</p>

<p>5. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?</p> <p><i>TIPS:</i> <i>Forskningsresultatene blir nødvendigvis påvirket av perspektivet til forskeren. I tillegg vil konteksten som datainnsamlingen foregår innenfor påvirke resultatene.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Har forskeren gjort rede for konteksten som datainnsamlingen foregikk innenfor?</i> • <i>Har forskeren gjort rede for sitt teoretiske ståsted og sin faglige bakgrunn?</i> 	<p>Kommentar:</p>
<p>6. Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?</p> <p><i>TIPS:</i> <i>En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data og kategoriene som forskeren har kommet fram til?</i> 	<p>Kommentar:</p>
<p>7. Er det blitt gjort forsøk på å underbygge data (funnene)?</p> <p><i>TIPS:</i> <i>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 å få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilde gir helt likt uttrykk. Imidlertid bør slike forskjeller forklares tilfredsstillende.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge data?</i> 	<p>Kommentar:</p>
<p>8. Er etiske forhold vurdert ?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Ble studien forklart for deltagerne?</i> • <i>Ble studien forelagt Etisk komite?</i> 	<p>Kommentar:</p>

HVA ER RESULTATENE?

<p>8. Kommer det klart fram hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?</p> <ul style="list-style-type: none">• <i>Kan du oppsummere hovedfunnene?</i>• <i>Ble funnene diskutert i lys av det opprinnelige formålet med studien?</i>	<p>Kommentar:</p>
---	--------------------------

KAN RESULTATENE BRUKES I MIN PRAKSIS?

<p>9. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?</p> <p><i>TIPS:</i> <i>Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. Isteden kan resultatene gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.</i></p> <ul style="list-style-type: none">• <i>Kan resultatene hjelpe meg til bedre å forstå sammenhengen jeg arbeider i?</i>• <i>Drøft hvordan funnene kan utvide eksisterende kunnskap og forståelse?</i>	<p>Kommentar:</p>
---	--------------------------

SJEKKLISTE FOR VURDERING AV EN RANDOMISERT KONTROLLERT STUDIE (RCT)

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 de ulike punktene.

Referanser:

- Guyatt G, Rennie D. The Evidence-Based Medicine Working Group. Users' Guides to the medical literature. JAMA & Archives Journals, AMA Press, 2002.
- Critical Appraisal Skills Programme.
<http://www.phru.nhs.uk/Pages/PHD/CASP.htm>

INNLEDENDE SPØRSMÅL

1. Er formålet med studien klart formulert?	Ja O	Uklart O	Nei O
2. Er en randomisert kontrollert studie et velegnet design for å besvare spørsmålet?	Ja O	Uklart O	Nei O

KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE

3. Ble utvalget fordelt til de ulike gruppene ved bruk av tilfredsstillende randomiseringsprosedyre?	Ja O	Uklart O	Nei O
<p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Randomiseringsprosedyren bør være beskrevet • Randomiseringsprosedyren er tilfredsstillende dersom den er skjult for den som fordeler (eks lukkede konvolutter, dataprogram, tabeller etc) • Se om gruppene er like ved oppstart av studien (etter randomisering) med hensyn til f.eks alder, kjønn, sosial klasse, smerter, funksjon 			
4. Ble gruppene behandlet likt bortsett fra tiltaket som evalueres?	Ja O	Uklart O	Nei O
<p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Eventuelle tilleggstiltak bør unngås eller være like i gruppene som sammenlignes. • For å unngå forskjellsbehandling, er det beskrevet om tiltakene ble gjennomført i forhold til en protokoll ? 			
5. Ble deltakere, helsepersonell og utfallsmåler blindet mht. gruppetilhørighet?	Ja O	Uklart O	Nei O
<p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Det er ikke alltid mulig å blinde deltagere (pasienten) og helsepersonell (de som gir tiltaket) – men man bør vurdere om blinding var mulig. • Subjektive utfallsmål (f. eks. smerte eller funksjon) har økt risiko for bias, hvis ikke blinding. • Den som måler utfallet kan som regel blindes. 			

KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE forts.

<p>6. Ble alle deltakerne gjort rede for ved slutten av studien?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Var det stort frafall, - og er frafallet likt fordelt i gruppene?</i> • <i>Er grunner for frafall beskrevet?</i> • <i>Er frafallet tatt hensyn til i analysen?</i> • <i>Ble alle deltakerne i studien analysert i den gruppen de ble randomisert til (intention to treat)?</i> 	<p>Ja</p> <p>O</p>	<p>Uklart</p> <p>O</p>	<p>Nei</p> <p>O</p>
--	----------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------------

HVA FORTELLER RESULTATENE?

<p>7. Hva er resultatene?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Kan du oppsummere resultatene for de viktigste utfallene i en setning?</i> • <i>Hva er effektestimater for de ulike utfallsmålene? Kan gis som gjennomsnitt (mean), middelvei (median), prosent, RR, NNT etc..</i> • <i>Er det en viktig forskjell?</i> 	
<p>8. Hvor presise er resultatene?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Er det oppgitt p-verdi?</i> • <i>Se på bredden av konfidensintervallet i forhold til minimal viktig effekt</i> 	

KAN RESULTATENE VÆRE TIL HJELP I MIN PRAKSIS ?

<p>9. Kan resultatene overføres til praksis?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Er personene som er inkludert i denne studien representative for de du møter i egen praksis? • Er tiltaket detaljert nok beskrevet og gjennomførbart? • Er det sannsynlig at tiltaket kan påvirke utfallet?(Vurder for eksempel dose, varighet) • Er tiltaket akseptabelt for brukerne? 	<p>Ja</p> <p>O</p>	<p>Uklart</p> <p>O</p>	<p>Nei</p> <p>O</p>
<p>10. Ble alle viktige utfallsmål vurdert i denne studien?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tenk på om utfallsmålene er relevante dersom du er en pasient, pårørende, politiker, ekspert eller kliniker • Ble utfallene målt med pålitelige målemetoder? 	<p>Ja</p> <p>O</p>	<p>Uklart</p> <p>O</p>	<p>Nei</p> <p>O</p>
<p>11. Bør praksis endres som en følge av resultatene i denne studien?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Er nytten av tiltaket verdt kostnadene og eventuelle bivirkninger? • Støttes resultatene i en systematisk oversikt? 	<p>Ja</p> <p>O</p>	<p>Uklart</p> <p>O</p>	<p>Nei</p> <p>O</p>

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 <input type="radio"/>	Uklart <input type="radio"/>	Nei <input type="radio"/>
2. Er en prevalensstudie en velegnet metode for å besvare problemstillingen / spørsmålet?	Ja <input type="radio"/>	Uklart <input type="radio"/>	Nei <input type="radio"/>

KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE

3. Er <u>befolkningen</u> (populasjonen) som utvalget er tatt fra, klart definert? <i>TIPS:</i> - 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?	Ja <input type="radio"/>	Uklart <input type="radio"/>	Nei <input type="radio"/>
4. Ble <u>utvalget</u> inkludert i studien på en tilfredsstillende måte? <i>TIPS:</i> - 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?	Ja <input type="radio"/>	Uklart <input type="radio"/>	Nei <input type="radio"/>

<p>5. Er det gjort rede for om <u>respondentene</u> skiller seg fra dem som ikke har respondert?</p> <p><i>TIPS: Ikke-respondenter er frafall i utvalget.</i></p>	<p>Ja <input type="radio"/></p>	<p>Uklart <input type="radio"/></p>	<p>Nei <input type="radio"/></p>
<p>6. Er svarprosenten høy nok?</p> <p><i>TIPS: 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 <input type="radio"/></p>	<p>Uklart <input type="radio"/></p>	<p>Nei <input type="radio"/></p>
<p>7. Bruker studien <u>målemetoder</u> som er pålitelige (valide) for det man ønsker å måle?</p> <p><i>TIPS: Er det brukt spørreskjemaer som er valide, testet og anvendt i tidligere studier? Ble spørreskjemaet pilottestet, evt validert?</i></p>	<p>Ja <input type="radio"/></p>	<p>Uklart <input type="radio"/></p>	<p>Nei <input type="radio"/></p>
<p>8. Er <u>datainnsamlingen</u> standardisert?</p> <p><i>TIPS: Er datainnsamlingen identisk for alle utvalgte individer? Alle avvik fra en standard kan gi skjevhet når dataene samles inn.(F.eks intervjuetoder og personer) Sikres ved opplæring av intervjuer, veiledning, metode for å sikre data fra respondenter, spørreundersøkelsens utforming (avkryssing, Liker- skala etc) Standardiserte og valide målemetoder ved tester</i></p>	<p>Ja <input type="radio"/></p>	<p>Uklart <input type="radio"/></p>	<p>Nei <input type="radio"/></p>
<p>9. Er <u>dataanalysen</u> standardisert?</p> <p><i>TIPS: Analysen skal kunne skille individuelle forskjeller som er reelle fra forskjeller som er tilfeldige. Se på hvordan "åpne spørsmål" er behandlet. Er analysering av data gjort av to uavhengige personer?</i></p>	<p>Ja <input type="radio"/></p>	<p>Uklart <input type="radio"/></p>	<p>Nei <input type="radio"/></p>

HVA FORTELLER RESULTATENE?

<p>10. Hva er resultatet i denne studien?</p> <p><i>TIPS:</i> Hva er hovedkonklusjonen? Kan du oppsummere resultatene i én setning?</p> <p>Kan resultatene skyldes tilfeldigheter? <i>Presenterer studien resultatene med konfidensintervall for statistiske estimater? Er det oppgitt p-verdier?</i></p>	
---	--

KAN RESULTATENE VÆRE TIL HJELP I MIN PRAKSIS

<p>11. Kan resultatene overføres til praksis?</p>	<p>Ja</p> <p><input type="radio"/></p>	<p>Uklart</p> <p><input type="radio"/></p>	<p>Nei</p> <p><input type="radio"/></p>
<p>12. Sammenfaller resultatene i denne studien med resultatene i andre tilgjengelige studier?</p> <p><i>TIPS:</i> Prevalensstudier gjøres for å bekrefte en eksisterende teori eller kunnskap, ikke for å lage en ny teori! Eksisterende kunnskap kommer fra kliniske og epidemiologiske studier som fokuserer på etiologi, prognose og effekt av tiltak.</p>	<p>Ja</p> <p><input type="radio"/></p>	<p>Uklart</p> <p><input type="radio"/></p>	<p>Nei</p> <p><input type="radio"/></p>

Vedlegg 3 Oversikt skjema artikler

Forfatter År Land Tidsskrift	Tittel	Hensikt	Metode	Utvalg	Hovedfunn	Kvalitet
1. Diana. D. Cardenas, Mark P. Jensen. 2005 USA Journal of Spinal Cord Medicine	Treatments for Chronic Pain in Persons With Spinal Cord Injury	Å finne ut hvilke smertelindringsmetod er som er brukt av pasienter med kroniske smerter som følge av ryggmargsskade og hvor lang effekt metodene har	Kvantita tiv	117 med kroniske smerter. 21 – 79 år.	Mange pasienter med kroniske smerter finner ikke tilfredsstillende smertelindring ved tradisjonell behandling og alternative metoder bør bli et alternativ for disse pasientene	Grad 2
2. Miriam Alexandersson, Carina Dehlen, Inger Johansson, Inger Petersson, Ann Langius-Eklöf. 2003 Sverige Vård i Norden	Taktil massage som komplement i omvårdnadsar betet i palliativ vård	Belyse hvordan personalet opplever å bruke taktil massasje i det kliniske arbeidet på en hospice avdeling og hvilken effekt det har på pasientene	Kvalitati v	10 sykepleiere som utførte massasje på 103 pasienter. 19 – 89 år.	Det viste seg at denne metoden styrker innholdet i sykepleien. Det kom frem at hindringen for bruken var mangel på tid. Taktil massasje er en måte å være mer sammen med pasientene på og gi mer fysisk kontakt enn bare nødvendig pleie	Grad 1
3. Mimi Tse, Sandra Pun, Iris Benzie. 2004 Hong Kong Journal of clinical nursing	Pain relief strategies used by older people with chronic pain: an exploratory survey for planning patient- centered intervention	Finne ut hvilke tiltak elder mennesker med kroniske smerter benytter for smertelindring. Hvor ofte de brukte og hvilke effekt de opplevde av reseptfrie tiltak	Kvalitati v	44 eldre mennesker, 37 damer og 7 menn ved et sykehjem. 65 – 82 år.	Det kom frem at forekomsten av smerte var høy blant deltakerne i denne studien. Selv om de tok ansvar i sin egen smertelindring og brukte reseptfrie tiltak så følte de at de hadde kontroll over sine egne smerte.	Grad 1
4. Eric I. Rosenberg, Inginia Genao, Ian Chen, Alex J. Mechaber, Jo Ann Wood, Charles. J. Faselis, James Kurz, Madhu Menon, Jane O'Rorke, Mukta Panda, Mark Pasanen, Lisa Staton, Diane Calleson, Sam Cykert. 2008 USA Pain medicine	Complementa ry and Alternative Medicine Use by Primary Care Patients with Chronic Pain.	Finne ut hvilken holdning pasienter med kroniske smerter i primærhelsetjenesten har til komplementær og alternativ medisin og om bruken er assosiert med bedre smertekontroll	Kvantita tiv	486 deltok, 23 ble ekskludert. Medianalder 53 år.	Komplementær og alternativ medisin var populært blant pasienter med kroniske smerter i primærhelsetjenesten. Hvis deltakerne kunne velge mellom tradisjonell behandling og komplementær og alternativ medisin ville de fleste valgt komplementær og alternativ medisin for smertelindring.	Grad 1

5. Gudrun Nilsen, Ingunn Elstad. 2008 Norge Nordisk tidsskrift for helseforskning	Å sitte på altanen barføttes i snøen. Individuelle strategier for håndtering av langvarige smerter.	Undersøke hvordan mennesker håndterer langvarige smerter, samt undersøke hvilke erfaringer smertepasienter har med hva som lindrer eller forverrer.	Kvalitati v	10 menn og 10 kvinner med langvarige smerter ved en smertepolikl inikk. 26 – 63 år.	Personene i studien gjør en betydelig egeninnsats og har et engasjement for å håndtere situasjonen og komme seg videre i en situasjon der tradisjonelle behandlingstilbud gav liten lindring og komplementær behandling bare kortvarig effekt. Mange etterlyser støtte og veiledning der de bor, dette er en utfordring for helsepersonell i møte med smertepasienter.	Grad 1
6. Minna M.Elomaa, Amanda C. de C. Williams, Eija A. Kalso. 2009 Finland European Journal of Pain	Attention management as a treatment for chronic pain.	Evaluere effekten av oppmerksomhetsstrate gier i behandling av kroniske smerter.	Kvantita tiv	40 deltakere, 17 deltok i alle økter av behandlinge n. På en tverrfaglig smerteklinik k.	Resultatet viser at oppmerksomhetsstrategier i behandling av kroniske smerter kan redusere smerterelatert angst på kort sikt.	Grad 2
7. James J. Konvicka, Tricia A. Meyer, Andrew J. Mc.David, Charles R. Roberson. 2008 USA Journal of PeriAnesthesia Nursing.	Complementa ry/Alternative medicine use among chronic pain clinic patient.	Få oversikt over hvor mange i smerteklinikken som benytter komplementære og alternative behandlingsformer.	Kvantita tiv.	425 ved en smerteklinik k, der de som deltok hadde benyttet en CAM behandlings form. 18 år →	Komplementær og alternativ behandling har økt i popularitet de siste tiårene. I overkant av en fjerdedel rapporterte hjelp av minst en CAM. En av de mest brukte behandlingsformene var massasjeterapi, som de yngre foretrakk.	Grad 1
8. Margaret Plews- Ogan, Justine. E. Owens, Matthew Goodman, Pamela Wolfe, John Schorling. 2005 USA Journal of general internal medicine.	A pilot study evaluating mindfulness based stress reduction and massage for the management of chronic pain.	Studere hvilken effekt MBSR og massasje har på smerter og humør sammenlignet med standardbehandling blant de med kroniske smerter.	RCT. Kvantita tiv.	30 voksne pasienter med kroniske skjelett- og muskelsmer ter. 23 kvinner, 7 menn.	Ved kroniske smerter i muskler og skjelett viser det seg i denne studien at MBSR kan være mer effektivt og vare lengre for den mentale helsen som humøret, mens massasje kan være mer effektivt for å redusere smerte.	Grad 1
9. Kok-Yuen Ho, Lisa Jones, Tong J. Gan. 2009 USA Pais physican.	The effect of cultural background on the usage of complementa ry and alternative medicine for chronic pain management.	Finne ut forskjeller ved bruk av CAM for smertekontroll ved kroniske smerter i ulike etniske grupper.	Kvantita tiv.	92 pasienter som søkte behandling i smerteklinik k, diagnostiser t med kronisk smerte. 34 menn, 58 kvinner. 18 år →	Studien viser at bruken av CAM er høy hos pasienter med kroniske smerter. Mest brukte formen var massasje.	Grad 1

<p>10. Jean. S Kutner, Marlaine C. Smith, Lisa Corbin, Linnea Hemphill, Kathryn Benton, Karen Mellis, Brenda Beaty, Sue Felton, Traci E. Yamashita, Lucinda L. Bryant, Diane L. Fairclough. 2008 USA Clinical medicine.</p>	<p>Massage therapy versus simple touch to improve pain and mood in patients with advanced cancer.</p>	<p>Evaluere effekten av massasje som smerte- og symptomlindring og bedret livskvalitet hos personer med kreft.</p>	<p>RCT. Kvantita tiv.</p>	<p>380 voksne med kreft som hadde smerter, fleste fra en hospiceavde ling.</p>	<p>Massasje kan ha umiddelbar effekt på smerter og humør blant pasienter med kreft. Men det er mangel på vedvarende effekter og observerte forbedringer, derfor bør det også rettes oppmerksomhet mot enkel berøring.</p>	<p>Grad 1</p>
<p>11. Sara Fleming, David P. Rabago, Marlon P. Mundt, Michael F. Fleming. 2007 USA BMC complementary and alternative medicine.</p>	<p>CAM therapies among primary care patients using opioid therapy for chronic pain.</p>	<p>Beskrive bruken og selvrapportert effekt av seks komplementære behandlingsformer, blant annet massasje terapi.</p>	<p>Kvantita tiv.</p>	<p>1009, svar fra 908 benyttet i analysen. Pasienter som brukte opioider som primærbeha ndling for kroniske smerter. 18-81år.</p>	<p>Komplementær behandling er mye brukt av pasienter som får opioider for kroniske smerter. Det er behov for å undersøker om bruk av opioider kan reduseres ved å innføre slik behandling.</p>	<p>Grad 1</p>
<p>12. Dan Hasson, Bengt Arnetz, Lena Jelveus, Bo Edelstam. 2004. Psychotherapy and Psychosomatics.</p>	<p>A Randomized Clinical Trial of the Treatment Effects of Massage Compared to Relaxation Tape Racordings on Diffuse Long- Term Pain.</p>	<p>Finne ut mulige effekter av massasje sammenliknet med å lytte til avslappende kassetter hos personer med diffuse og kroniske muskel- og skjelettsmerter.</p>	<p>RCT. Kvantita tiv.</p>	<p>129, 117 fullførte. Pasienter i primærhelse tjenesten som lider av langsiktige muskel- og skjelettsmer ter.</p>	<p>Massasje er gunstig for å dempe diffuse muskel symptomer. Det ble registrert positive effekter kun under behandlingen med massasje. Mangelen på langvarige effekter på smerte, kan ha med at behandlingen bare var kortvarig. Det er behov for studier som tar sikte på lengre behandling og oppfølginger for å kunne se langsiktige virkninger.</p>	<p>Grad 2</p>

<p>13. Sandra L. Siedliecki, Marion Good. 2006. Journal of Advanced Nursing.</p>	<p>Effect of music on power, pain, depression and disability.</p>	<p>Vurdere effekten av musikk på styrke, smerte, depresjon og funksjonshemming og sammenligne effekten av standard musikk og mønster musikk med en kontrollgruppe.</p>	<p>RCT. Kvantitativ.</p>	<p>64, 60 fullførte. Personer med kroniske ikke-ondartede smerter. 26 – 64 år.</p>	<p>Sykepleiere kan lære pasienter hvordan de kan bruke musikk til å forsterke effekten av analgetika, redusere smerte, depresjon og funksjonshemming og fremme en følelse av styrke. Musikk er en trygg, billig og enkel intervensjon som sykepleiere kan lære pasientene å bruke. Sykepleiere kan hjelpe hver enkelt pasient med kroniske ikke-ondartede smerter med å finne musikk de liker for at de skal kunne bruke det som en selvadministrerende komplementær behandling.</p>	<p>Grad 1</p>
<p>14. Ruth McCaffery, Edward Freeman. 2003. Journal of Advanced Nursing.</p>	<p>Effect of music on chronic osteoarthritis pain in older people.</p>	<p>Vurdere betydningen av musikk som en sykepleieintervensjon på kroniske smerter hos eldre grunnet slitasjegikt.</p>	<p>RCT. Kvantitativ.</p>	<p>66 eldre som lider av kroniske smerter pga. slitasjegikt. 65 år →.</p>	<p>Å lytte til musikk var en effektiv sykepleieintervensjon for å redusere kroniske smerter hos eldre med slitasjegikt. Å lytte til musikk reduserte ikke smerter bare ved hver test, men det var lindring over de neste 14 dagene lyttingen pågikk.</p>	<p>Grad 1</p>