



Bacheloroppgave

SAE00 Sykepleie

Smertelindring til kreftpasienter

Pain management to cancer patients

May-Britt Berland Reitan og Marielle Rostille

Totalt antall sider inkludert forsiden: 62

Molde, 18.11.2011



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/ dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. <u>Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.</u>	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se <u>Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver</u>	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens <u>retningslinjer for behandling av saker om fusk</u>	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av <u>kilder og referanser på biblioteket sine nettsider</u>	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

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.

Oppgaver 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)?
(Båndleggingsavtale må fylles ut)

ja nei

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

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

ja nei

Dato: 02.11.2011

Antall ord: 13 026

Sammendrag

Bakgrunn

Kreft er den vanligste årsaken til at mennesker dør, etter hjerte- og karsykdommer, og disse pasientene møter vi gjerne over alt i helsevesenet. Underbehandling av smerter hos kreftpasienter forekommer og det er heller ikke alltid at man oppnår fullstendig smertelindring med medikamenter. Det finnes i dag en rekke komplementære behandlingsformer og fokuset på dette har økt de siste årene.

Hensikt

Hensikten med dette litteraturstudiet var å belyse berøring og musikk som komplementær smertelindring til kreftpasienter.

Metode

Dette er en systematisk litteraturstudie basert på tidligere forskningsartikler, der vi har brukt høyskolens retningslinjer. Studien er basert på 11 forskningsartikler, med 10 kvantitative artikler og 1 kvalitativ artikkel.

Resultat

Forskningen viser at både berøring og musikk gitt som komplementær behandling gir smertelindring, bedret kontroll over smertene og redusert smerteopplevelse. Både berøring og musikk har positiv effekt på psykiske plager og symptomer, samt at det kan ha positive effekter på søvn og søvnkvalitet.

Konklusjon

Både berøring og musikk er intervensjoner sykepleiere kan bruke som komplementær smertelindring til kreftpasienter i palliativ fase. Dette er intervensjoner som ikke krever mye ressurser og som har en umiddelbar effekt. Det er imidlertid uklart om disse intervensjonene har langtidseffekt, noe det bør forskes videre på.

Nøkkelord: Kreft, Smertelindring, Komplementær behandling, Musikk, Berøring.

Summary

Background

Cancer is the most common reason that people die after cardiovascular disease, and we will meet these patients everywhere in the health care system. Undertreatment of pain to cancer patients occurs and it's not always that medication alone can provide complete pain relief. Today there are a number of complementary therapies and focus on this has increased in recent years.

Purpose

The purpose of this literature study was to shed light on touch and music as complementary pain relief to cancer patients.

Method

This is a systematic literature study based on previous research articles, where we have used the school's guidelines. Our study is based on 11 research papers, with 10 quantitative articles and 1 qualitative article.

Results

Research shows that both touch and music given as complementary therapy for pain relief, improved control of pain and reduced pain perception. Both touch and music has a positive effect on psychological distress and symptoms, and that it can have positive effects on sleep and sleep quality.

Conclusion

Both touch and music are interventions nurses can use as complementary pain relief to cancer patients in palliative phase. These are interventions that do not require many resources and they have an immediate effect. However, it is unclear whether these interventions have long-term effect, which should be researched further.

Keywords: Cancer, Pain relief, Complementary treatment, Music, Touch.

Innhold

1.0 INNLEDNING	2
1.1 Hensikt	3
1.2 Problemstilling	3
2.0 TEORI	4
2.1 Kreft	4
2.2 Palliasjon	5
2.3 Hva er smerte?.....	7
2.3.1 Smertefysiologi	7
2.3.2 Kreftsmertesmerter	9
2.4 Komplementær behandling	9
2.5 Berøring	10
2.6 Musikk	12
3.0 METODE	14
3.1 Steg 1 - Presisere problemet før søkingen.....	15
3.2 Steg 2 – Presisere inklusjon og eksklusjonskriterier.....	15
3.3 Steg 3 – Formulere en plan for litteratursøket	16
3.4 Steg 4 - Litteratursøkingen og valg av forskningsartikler.....	18
3.5 Steg 5 - Kvalitetssikre artikler.....	22
3.6 Steg 6 – Artiklene analyseres	22
3.7 Steg 7 – Gradering av kvalitetsstyrke for å kunne formulere en konklusjon.....	Fejl!
Bogmerke er ikke definert.	
3.8 – Forskningsetikk	23
4.0 RESULTAT	24
4.1 Berøring	24
4.1.1 Massasje	24
4.1.2 Reiki	25
4.2 Effekt av berøring	25
4.2.1 Smertelindring.....	26
4.2.2 Andre positive effekter	27
4.3 Musikk	28
4.4 Effekt av musikk	29
4.4.1 Smertelindring.....	29
4.4.2 Andre positive effekter.....	30
5.0 DISKUSJON	31
5.1 Metodediskusjon	31
5.2 Resultatdiskusjon	34
5.2.1 Hvordan bruke berøring?	34
5.2.2 Effekt av berøring	37
5.2.3 Hvordan bruke musikk?	40
5.2.4 Effekt av musikk	42
Andre positive effekter ved bruk av musikk	43
6.0 Betydningen for videre forskning	45
7.0 Konklusjon	46
Litteraturliste	47
Vedlegg: 1	50
Vedlegg: 2	50
Vedlegg: 3	54

1.0 INNLEDNING

I følge kreftregisteret ble det i 2008 diagnostisert over 26 121 nye krefttilfeller i Norge. Antall nye tilfeller har økt det siste tiåret. En stor del av det økte antallet kreftdiagnoser kan forklares med at befolkningen øker og at gjennomsnittlig levealder blir høyere (Kreftregisteret 201, sist lest 13.10.2011). Sykdommen er hos mange forbundet med sterke smerter som kan være vanskelige å behandle, noe som gir helsepersonell en utfordring (Almås et al. 2001).

Vi valgte å skrive om kreft og smertelindring fordi dette er et tema vi synes er spennende og veldig aktuelt. At dette er et aktuelt tema ser vi ut fra tallene om at kreftforekomsten øker. Pasienter med kreft vil vi som sykepleiere møte flere plasser innenfor helsevesenet, både på sykehus, i hjemmet og i andre institusjoner. Vi mener det er viktig med økt kunnskap og kompetanse på dette området, spesielt med tanke på smertelindring. Vi har selv erfart i praksis at pasienter føler de ikke oppnår tilstrekkelig smertelindring med analgetika og vi ønsker derfor å se på hva man som sykepleier kan tilby som komplementær smertelindring. Årsaker til underbehandling av smerter hos kreftpasienter kan være mangelfull kunnskap, men også foreldete holdninger og seiglivet myter hos både helsepersonell og folk ellers (Almås et al. 2001).

I følge samhandlingsreformen er denne type pasientgruppe under tjenesten lindrende (palliativ) behandling, og målet med all pleie, omsorg og behandling til pasienter som er i denne fasen av sykdomsforløpet er at pasienten skal oppnå bedret livskvalitet. Målet blir lindrende behandling og behandlingen er nødt til å være organisatorisk tilrettelagt og krever faglig kompetanse. Det krever også tilnærming fra mange profesjoner (Helse og Omsorgsdepartementet 2009, sist lest 17.10.2011).

I en del tilfeller kan ikke fullstendig smertelindring oppnås, men da mener vi det er viktig at man ser på andre muligheter for å lindre best mulig. Komplementær behandling er noe som tilbys i tillegg til vanlig medisinsk behandling. Den hevder ikke å kurere sykdom, men gis gjerne som støttebehandling for å lindre plagsomme symptomer og bedre livskvalitet (Risberg 2010). Det er viktig at man som sykepleier er faglig à jour slik at man også har kunnskaper om moderne behandlingsprinsipper (Almås et al. 2001).

1.1 Hensikt

Hensikten med dette litteraturstudiet var å belyse berøring og musikk som komplementær smertelindring til kreftpasienter.

1.2 Problemstilling

Hvordan kan berøring og musikk brukes som komplementær smertelindring til palliative kreftpasienter?

I tillegg har vi valgt å ta med to forskningsspørsmål:

- Hvilken effekt har disse metodene på smerter?
- Hvilke andre effekter kan de ha?

2.0 TEORI

I dette kapitlet presenteres teori om kreft, palliasjon, smerte og smertefysiologi, samt det spesielle med kreftsmarter. Vi beskriver også komplementær behandling og da spesielt musikk og berøring.

2.1 Kreft

Kreft er den vanligste årsaken til at mennesker dør etter hjerte – og karsykdommer. Mer enn 20 % av alle dødsfall skyldes kreft. Antall krefttilfeller øker med 3 % årlig, og halvparten skyldes befolkningsøkning, endringer i alderssammensetninger, som skyldes ”eldrebølgen”(Jacobsen et al. 2001).

Kreft er en forstyrrelse i celledelingen, celledifferensieringen og vevsorganiseringen. Betegnelsen ”cancer” eller kreft brukes om en ondartet svulst. Årsakene til kreft kan være forårsaket av både ytre og indre faktorer, som f.eks. ytre, gjennom stråling, fysiske påvirkninger, mikroorganismer (virus) eller kjemiske stoffer. Indre faktorer kan være arv, hormoner og immunologiske forhold. De aller fleste tilfeller av kreft starter ved at ytre faktorer starter en sykdomsprosess via skade på arvematerialet. Men det er fortsatt mangelfull kunnskap om enkeltfaktorens relative betydning (Jacobsen et al. 2001).

Kreft rammer alle aldersgrupper, men ca. 85 % av tilfellene hos menn og ca 76 % av tilfellene hos kvinner forekommer i aldersgruppen over 55år. De fleste større kreftformene har økt i hyppighet, og forekomsten av noen kreftformer har også forandret seg over tid (Schjølberg 2000).

2.2 Palliasjon

Palliativ medisin – lindrende behandling. Dette er en formalisering av et gammelt fagområde innen medisin. Palliasjon var det normale for leger ved århundreskiftet og fram til 2.verdenskrig, siden det før den tid var lite man kunne tilby av kurativ behandling. Nye teknologiske fremskritt og behandlingsmuligheter har nå ført til at flere pasienter lever lenger med sin sykdom. Til tross for dette er det fortsatt mange pasienter som dør av kreft. Nye behandlings- og utredningsmuligheter stiller nye krav til helsevesenet og spesielt til palliasjon. Behandlingen kan ha blandede intensjoner; den kan kanskje forlenge livet noe, mens det viktigste man kanskje oppnår er symptomlindring (Kaasa 2008).

En ny æra innen palliasjon startet ved etableringen av St. Christopher Hospice av Dame Cicely Saunders (1918 – 2005). Det man ønsket å oppnå var en akademisering av faget og samtidig etablere et klinisk tilbud med en bred faglig tilnærming. Bred faglig tilnærming kan eksemplifiseres med introduksjon av begrepet ”total pain”. Det understreker behovet for en bred tilnærming til kreftpasienter med et sammensatt smertebilde (Kaasa 2008).

”Palliasjon er aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med inkurabel sykdom og kort forventet levetid. Lindring av pasientens fysiske smerter og andre plagsomme symptomer står sentralt, sammen med tiltak rettet mot psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle problemer. Målet med all behandling, pleie og omsorg er best mulig livskvalitet for pasienten og de pårørende”
(European Association for Palliative Care, EAPC, og Verdens helseorganisasjon, WHO) (Sosial og Helsedirektoratet 2010, sist lest 16.02.2011)

Det finnes mange praktiske utfordringer knyttet til behandling, pleie og omsorg av pasienter med kort forventet levetid. Hovedfokus bør være å bedre, opprettholde eller tilrettelegge for så god livskvalitet som mulig, både for pasient og deres pårørende. Et godt klinisk tilbud krever da samarbeid på mange nivåer, for eksempel mellom helsepersonell av samme og forskjellige profesjoner, mellom nivåer i helsevesenet, mellom forskjellige avdelinger på sykehus og innen samme avdeling (Kaasa 2008).

Palliasjon har som hovedmål å opprettholde eller bedre livskvalitet, og er noe annet enn behandling der hovedmålet er å kurere. Pasienter i en palliativ fase har behov for en bred tilnærming mellom profesjonene, der sentrale begreper er; pleie, behandling og omsorg. Man kan oppnå mye ved god samhandling mellom det profesjonelle hjelpeapparat og pasientens familie. Optimal palliativ behandling oppnås best ved å planlegge og igangsette nødvendige tiltak på rett tidspunkt i sykdomsforløpet (Kaasa 2008).

For å lette kommunikasjonen mellom kolleger om behandling, er behandlingsintensjonen delt inn i fire hovedgrupper:

- Kurativ behandling: Målet med behandlingen er å kunne helbrede pasienten.
- Livsforlengende behandling: Målet med behandlingen er å forlenge pasientens liv.
- Palliativ, symptomforebyggende behandling: Målet med behandlingen er å forebygge eller utsette et symptom eller en plage som mest sannsynlig vil komme raskt uten behandling. Et mål kan også være å utsette utviklingen av sykdommen for en tid.
- Palliativ, symptomlindrende behandling: Målet med behandlingen er å lindre de plagsomme symptomene. Denne behandlingen er rettet mot ett eller flere symptomer.

Denne inndelingen er teoretisk fundert, og det vil alltid være glidende overganger for hver enkelt pasient. Det er også viktig at man skiller mellom en fase hvor intensjonen er å lindre plager og en annen fase hvor pasienten er døende, for i den siste fasen bør diagnostisk og intensiv symptomlindrende behandling vurderes nøye før de igangsettes. I et behandlingsmotivert samfunn er det en stor utfordring å avslutte livsforlengende eller livsoppholdende behandling på et riktig tidspunkt. Denne beslutningen bør i de fleste tilfeller være legens, men pasienten og familien skal selvfølgelig være premissleverandører. All lindrende behandling har et mål om å lindre plager, men samtidig å gi behandling som ikke unødvendig forlenger en lidelse (Kaasa 2008).

2.3 Smerte

Smerte kan være forbundet med positive opplevelser, men gjerne ofte med det motsatte, som for eksempel en langtkommen kreftsykdom med døden som følge. Psykiske og sosiale forhold vil påvirke smerteopplevelsen. Vi er alle forskjellige personer, og vil derfor erfare og uttrykke samme smerte forskjellig, noe som kommer av personlige egenskaper og erfaring. Smerteopplevelsen er høyst subjektiv, selv om smerten blir utløst av en vevsskade eller lignende (Kaasa 2008).

”Smerte er en ubehagelig sensorisk og følelsesmessig opplevelse forbundet med faktisk skade eller vevsskade eller oppfattet som dette” (Kaasa 2008, s. 272).

En bestemt smertestimulus kan gi varierende smerteopplevelse hos forskjellige personer, og graden av smerte er situasjonsbetinget. Det vil si at den kan variere fra en situasjon til en annen. Man kan ikke måle smerter med objektive måleinstrumenter og smerteopplevelsen er høyst subjektiv (Almås et al. 2001).

2.3.1 Smertefysiologi

Sensoriske nervefibrer er spesialiserte og noen nerver oppfatter ulike kvaliteter av smerte. Noen sensoriske nerver er omgitt av et isolerende fettlag, en myelinskjede, mens andre mangler dette. Myelinlaget har konsekvenser for ledningshastigheten; jo bedre dekket av myelin, desto raskere ledes impulser. Smerteførende nervefibrer er tynne og noen av dem mangler myelinlag. Smerteimpulser ledes fra periferien til hjernen via spesielle nervebaner. Underveis blir de påvirket av transmitterstoffer og i hjernen bearbeides og tolkes smertene (Almås et al. 2001).

Smertene registreres i den distale enden av nervefibrene. Disse nerveendene kalles smertereseptorer eller noci(re)septorer. De smerteførende fibrene går inn til ryggmargens bakhorn. Der danner de synapser med andre sensoriske nervefibrer, som igjen leder impulsene videre til talamus. Impulsene passerer flere synapser underveis i

sentralnervesystemet. I ryggmargens bakhorn (substantia gelatinosa) reguleres strømmen av impulser som slipper igjennom. Videreføring av smerteimpulsen kan bremses av impulser fra ikke-smerteførende nervefibrer. Smerter hemmes også via nedadgående smertehemmende baner. Mengden av kroppsproduserte opioider kan øke i ryggmargens bakhorn ved impulser fra hjernen, slik at smerteoverføringen oppover i sentralnervesystemet blokkeres. I hjernen finnes også reseptorer for opioider som blokkerer for smerteimpulser. Nedadgående smertehemmende baner i ryggmargen kan redusere smertesignalene i ryggmargen og sentrale stoffer her er serotonin og noradrenalin (Almås et al. 2001).

Impulsene ledes fra ryggmargen og videre opp gjennom sentralnervesystemet til talamus. Derfra går smerteimpulsen videre til den somatosensoriske delen av hjernebarken. Impulsen spres samtidig til andre områder: til retikulærsubstansen, hypotalamus og det limbiske systemet. I hjernebarken lokaliseres og tolkes smertene. Stimulering av retikulærsubstansen gjør at personen blir våken. Via hypotalamus aktiveres det autonome systemet og smertene blir knyttet til følelsesmessige reaksjoner i det limbiske systemet. Om en for eksempel er oppstemt, engstelig eller deprimert, har det betydning for hvordan smertene blir tolket, og hvor intense de blir (Almås et al. 2001).

2.3.2 Kreftsmarter

Pasienter som har en uhelbredelig kreftsykdom har ofte kronisk smerte med akutte episoder. Den akutte smerten er gjerne forbigående og den er ofte assosiert med angst og usikkerhet. Den kroniske smerten ved kreft kan skyldes en gradvis progresjon av sykdommen, bivirkning etter behandling eller en kombinasjon av disse, men også andre årsaker. Riktig behandling kan lindre disse smertene godt, men i en del tilfeller kan man ikke oppnå fullstendig smertelindring (Kaasa 2008).

Mange mennesker forbinder sykdommen kreft med sterke smerter som også er veldig vanskelig å behandle. En oppfatning som heldigvis ikke stemmer med virkeligheten. Årsaker til underbehandling av smerter hos kreftpasienter kan ligge i mangelfull kunnskap hos helsepersonell, men også i foreldete holdninger og seiglivete myter, både hos helsepersonell og folk ellers. Som sykepleier er det derfor viktig at man er faglig à jour, slik at man både har kunnskaper om moderne behandlingsprinsipper og om virkninger/bivirkninger av aktuelle medikamenter. Man bør også vite en del om ulike reaksjoner på smerte og om bakgrunnen for disse reaksjonene (Almås et al. 2001).

2.4 Komplementær behandling

Komplementær behandling kan brukes som støttebehandling og symptomlindrende behandling, samt for å øke pasientens følelse av velvære og opplevd livskvalitet. Slik behandling hevder ikke å ha helbredende effekt på selve sykdommen. Det at man skiller mellom alternative og komplementære behandlingsformer har vært en forutsetning for opprettelsen av såkalte integrerte medisinske avdelinger ved flere kreftsykehus i USA og i enkelte europeiske land. Målsettingen for disse avdelingene er å tilby relativt godt dokumenterte komplementære behandlingsformer og gis som en forlengelse av, eller sammen med god palliativ behandling (Risberg, Nilsen og Wist 2008).

Man skiller gjerne mellom komplementær og alternativ behandling for å skille mellom terapier man innen skolemedisin kan støtte, og det som mange vil ta avstand fra. Professor Barrie Cassileth ved Memorial Sloan-Kettering (verdens største privateide kreftsykehus) og professor E.Ernst ved universitetet i Exeter i England var noen av de første som

innførte denne todelingen. Komplementære behandlingsformer har gjerne noe bedre dokumentasjon og brukes ikke som behandling av selve kreftsykdommen (Risberg 2010).

Cassileths definisjon på komplementære behandlingsformer:

”Complementary therapies are used as adjuncts to mainstream cancer care. They are supportive measures that control symptoms, enhance well-being, And contribute to overall patient care.”(Risberg 2010, s. 28)

2.5 Berøring

Berøring er en planlagt og bevisst handling med et spesielt formål. Det er utviklet en rekke ulike berøringsteknikker som sykepleiere kan lære seg. Noen av de kroppslige reaksjonene på berøring er knyttet til utskillelse av hormoner. Når mennesket opplever en positiv berøring, aktiviseres berøringsreseptorer og utsondringen av oksytocin fra hypofysen blir stimulert. Dette er en del av forklaringen på følelsen av velbefinnende som mange mennesker opplever i forbindelse med berøring (Johannessen 2008).

Enkle former for fotmassasje og andre massasjeteknikker er noe en kan lære seg på egenhånd om man ikke lærer det i sykepleierutdanningen. En kan massere hender og eventuelt nakke, skuldre og rygg med enkle, rytmiske og rolige bevegelser. Man kan også massere føttene etter et fotbad med for eksempel noen dråper peppermynnteolje i vannet, og deretter en fotkrem/bodylotion. Slike enkle teknikker for berøring kan uten videre inkluderes i den daglige sykepleien (Johannessen 2008).

Massasje er et fellesbegrep på en rekke berøringsteknikker som fremmer helse og velvære. Det har i tusener av år hatt en plass i pasientbehandling, både hos greske og romerske leger så vel som innen Østens medisin. Massasje presenteres ofte som en systematisering av vår naturlige og instinktive evne til å uttrykke følelser, gi velvære, berolige, lindre og trøste (Norheim 2009). Massasje beskrives å gi stressreduering, avslapning og bedret blodomløp. Det gir berøring og nærhet. Som helsearbeider er det viktig å huske at også blant de sykeste er berøring og nærhet noe av det viktigste vi kan dele med dem (Risberg 2010).

Reiki er en form for energi-healing med opprinnelse i Japan. Det søker å legge til rette for fri passasje av livsenergi, og er basert på energibaner som omringer kroppen.. Formålet med Reiki er å gjenopprette eller reparere energibalansen i de områdene av kroppen der man føler smerte og ubehag. Man ønsker å tilføre kroppen ekstra energi. Reiki er ment som en komplementær behandlingsmetode og skal ikke brukes som en erstatning for medisinsk behandling. Reiki legger vekt på berøring av flere spesifikke områder av kroppen. Hendene legges på mottakeren uten å bruke krefter. Det starter som regel på hodet og ender på føttene. Hver posisjon holdes i flere minutter (Honervogt 1998).

Terapeutisk berøring går også ut på at man rolig legger hendene på pasientens kropp, fra hodet og helt ned til tærne. Hendene holdes på kroppen og man skifter posisjon i en rolig og jevn rytme. Her er hensikten med berøringen å hjelpe pasienten til å slappe av, lindre uro, gi hjelp til å sove eller lindre smerte (Johannessen 2008).

2.6 Musik

Lyd og musikk gir positive opplevelser. Det har blitt brukt bevisst flere steder i helsevesenet de siste årene, også innen palliasjon. Pasienter rapporterer effekt på stressymptomer, angst, depresjon og smerte (Risberg, Nilsen og Wist 2008).

Musikk og lyd virker på hele mennesket, det vil si at både kropp og sjel blir berørt. Teorier som brukes til å forklare effekten av lyd, er at lyd skaper bølger som trenger inn i fysiske strukturer og kan skape forandring. Det er viktig at man er bevisst på valg av musikk. Den musikken som viser seg å ha best effekt på smerter eller på pasienter med hjertesykdommer, er kanskje ikke den samme som bør brukes til en pasient som behandles med cytostatika og er kvalm (Johannesen 2008).

Musikk kan brukes på flere måter som innebærer både musikkterapi og musikkmedisin. Musikkterapi utføres gjerne av fagpersoner med spesiell trening innen musikk. Disse vurderer pasientens behov, planlegger og utfører musikkterapeutiske intervensjoner. Det kan defineres som anvendelse av musikk og musikkaktiviteter for å oppnå individuelle ikke-musikalske mål for en pasient eller en gruppe av pasienter. Musikkterapeuten deltar gjerne i alle aspekter av terapisisituasjonen. Musikkmedisin har utspring i helsevesenet blant medisinere. Begrepet er blitt gjort kjent av to tyske anestesileger, Ralph Spintge og Helmut Droh, og det rommer alle forsøk på å utvikle musikktiltak tilpasset behovet innenfor helsevesenet. Musikkmedisin brukes av helsepersonell på institusjoner, der musikk settes inn som et symptomrettet tiltak for å lindre. Forskjellene mellom musikkterapi og musikkmedisin er i praksis mindre tydelige, men musikkterapeutene bruker gjerne en del teknikker som krever spesialutdanning (Myskja 2006).

I følge Myskja (2006) finnes det en del grunner til at musikk kan være egnet i palliativ omsorg, blant annet kan det:

- skape trygghet i en utrygg situasjon.
- gi korrekt sansestimulering, hos de med sansesvekkelse.
- gi støtte og lindring ved plagsomme symptomer.

Myskja (2006) mener at smertelindringen kan ved bruk av musikk forklares ved at:

- Både persepsjon og smerte kan klassifiseres som sensoriske input som trigger emosjonelle prosesser. Lydsignaler fra musikk behandles i det limbiske systemet, på samme måte som smertestimuli. Når vi hører på musikk mens vi har smerter, kan dette systemet "velge" å ignorere smerten til fordel for musikken.
- Det finnes en psykologisk og nevrologisk likhet mellom musikk og smerte, noe som blir synlig i videreføring av impulser fra det limbiske system. Dette systemet kan tolke og sende emosjonelle stimuli, dermed vil tidligere erfaringer virke inn. Man sier ofte at "smerteatferd" er et resultat av emosjonelle faktorer og læring og siden musikk i prinsippet kan endre emosjonell tilstand, kan den også bryte inn i smertepasientenes indre sirkel.
- Endring av tidsopplevelse. Musikk kan modifisere tidsopplevelse på mange måter, noe som er viktig ved smertetilstander, siden også smerter av kun få minutters varighet kan for pasienten fortone seg som mange timer. Timer og dager blir lange hos pasienter med konstante smerter.
- Den mest kjente og fundamentale virkningsmekanismen for smertelindring via musikk er endorfinrespons. Dette er sekresjon av neuropeptider som endorfiner og enkefaliner. De binder seg til reseptorer som virker hemmende på overføringen av smerteimpulser. Det er likevel usikkert om dette stimulerer nervohormonene direkte eller om stimuleringen går via nervebaner hvor musikk indirekte utløser følelser som igjen kan aktivere endorfinsystemet. Mest sannsynlig er begge mekanismene til stede i varierende grad.
- Musikk kan stimulere det retikulære aktiveringssystemet (RAS), noe som kan gi direkte stimulering av det autonome nervesystemet og en våkenhetsrespons. Overlevelsesmekanismer aktiveres og smerteimpulsen druknes.
- Musikk kan ta fokus bort fra smerte, og sette bevisstheten i stand til å fokusere andre steder. Musikk ledsages hos mange av indre bilder, noe som kan nyttiggjøres ved smerte som ofte blir en selvforsterkende prosess eller ond sirkel, der smerte føder smerte.

- Musikk fører til avspenning, noe som kan øke evnen til å ta oppmerksomheten bort fra smertefokus.

3.0 METODE

I dette kapitlet skal arbeidsprosessen presenteres. Metoden vi velger skal også hjelpe oss å finne den informasjonen vi har bruk for til å løse oppgaven vår.

I følge Mulrow og Oxman er definisjonen på en systematisk litteraturstudie at det formuleres et tydelig spørsmål som skal besvares systematisk ved å identifisere, velge, vurdere og analysere relevant forskning (Forsberg og Wengstrøm 2003).

Litteraturstudie som metode

En litteraturstudie innebærer et systematisk søk, grundig granskning og samling av litteratur innenfor et valgt emne eller problemstilling, hvor da målet er å oppnå en syntese av tidligere forskning. Det skal fokuseres på aktuell forskning innenfor det valgte emne og det skal være en oppsummering av hva som er av forskning på det valgte området. Mulrow og Oxman i Willman, Stoltz og Bathsevani (2006) sier at det begynner med en tydelig formulert problemstilling som skal besvares systematisk gjennom å identifisere, velge, vurdere og analysere relevante forskningsartikler (Willman, Stoltz og Bathsevani 2006).

I oppgaven vår skal vi gjennomføre en litteraturstudie, og ingen av oss har vært med på en slik studie tidligere. Vi valgte da å orientere oss om hva som er blitt skrevet om dette problemområdet tidligere, og valgte derfor til vår litteraturstudie å bruke Goodmans seks av syv ulike steg for å granske og finne grundig vitenskapelig forskning på en systematisk måte (Willman, Stoltz, og Bahtsevani 2006).

Det vil bli samlet inn litteratur som er aktuell for vårt tema, både pensum og annen litteratur. Vi vil også søke etter forskning som kan gi informasjon som vi trenger. På denne måten vil dette gi oss viktig og god kunnskap om vårt tema. Det vil belyse vår problemstilling og gi oss et faglig utbytte som vi vil kunne dra nytte av videre i praksis.

3.1 Steg 1 - Presisere problemet før søkingen

Hensikten med vår litteraturstudie var å belyse berøring og musikk som komplementær smertelindring til kreftpasienter. Og vi bestemte oss for å fokusere på pasienter som er i den palliative fasen og for å begrense oppgaven vår så valgte vi å fokusere på berøring og musikk som metode.

Problemstilling:

- Hvordan kan berøring og musikk brukes som komplementær smertelindring til palliative kreftpasienter?

Forskningsspørsmål:

- Hvilken effekt har disse metodene på smerter?
- Hvilke andre effekter kan de ha?

3.2 Steg 2 - Presisere inklusjon og eksklusjonskriterier

Vi ønsket i studien vår å bruke både kvalitative og kvantitative artikler. Dette fordi det vil gi oppgaven vår en større bredde og et mer presist svar på vår problemstilling og bidra til å styrke studien vår. Ved å gjøre dette får man med de kvantitative artiklene fram forskning hvor resultatet av studien kan tallfestes og oversiktelig vise resultatet, og med de kvalitative artikler vil vi få pasienterfaringer og subjektive meninger, som er verdifull datainnsamling som et tall i en tabell ikke kan si noe om.

Inklusjonskriteriene for artiklene var at de skulle omhandle pasienter som hadde en kreftdiagnose som var uhelbredelig og at pasientene var i den palliative fasen hvor all kurativ behandling var avsluttet, men at de hadde et tilbud om palliativ behandling. Pasientene bor enten hjemme eller er innlagt på sykehus/institusjon. Artiklene skulle omhandle musikk eller berøring. Alle artiklene skulle være skrevet på norsk, dansk, svensk eller engelsk. Det var også en inklusjonskriterie at artiklene var av nyere forskning. Selv

om artiklene helst ikke skulle ha vært eldre enn 5 år, valgte vi allikevel å inkludere tre artikler fra 2001, 2003 og 2004 siden disse var relevant til vår problemstilling. De var av såpass god kvalitet og vi mente at de kunne være med å belyse oppgaven våres på en god måte. Artiklene som skulle inkluderes måtte ha et vitenskapelig nivå på enten 1 eller 2. Artiklene måtte omhandle forskning som sa noe om hva effekten av smertelindring hadde av intervensjonene.

Ekklusjonskriterier:

- Barn med kreft.
- Artikler som ikke ga et tydelig svar til vår problemstilling.
- Review artikler.
- Artikler hvor det var gjort forskning som ikke var overførbare til norske forhold.
- Artikler eldre enn 2001.

3.3 Steg 3 – Formulere en plan for litteratursøket

I Goodmans 3.steg så gjør han rede for 4 undertrinn for å best mulig formulere en plan for den praktiske delen av litteratursøket (Willman, Stoltz og Bathsevani 2006).

Identifisere tilgjengelige ressurser.

Vi startet med våre artikkelsøk i februar 2011. Sammen med en bibliotekar i fra høgskolen i Molde fikk vi en veiledningstime hvor vi satt oss ned sammen og lagde oss en søkestrategi for å starte prosessen. Dette sammen med tidligere undervisningstimer om søk i databaser ga oss god hjelp i startfasen. Søket vårt startet 14.februar 2011 og ble avsluttet 11.oktober 2011.

Identifisere relevante kilder/databaser

For å finne relevante vitenskapelig artikler ble det brukt ulike databaser. Vi har benyttet oss av Ovid Medline, ProQuest, og ScienceDirect, siden disse var gode og oversiktlige baser som ga oss de treffene vi var ute etter.. Det ble også brukt British Nursing Index, men dette var via Ovid Medline. Alle artiklene vi fant var på engelsk. Artiklene ble enten skrevet ut elektronisk eller blitt bestilt via høgskolen sin egen søkemotor; BIBSYS. Annen litteratur som har blitt brukt i oppgaven vår har vært relevante bøker vi enten har kjøpt eller leid på biblioteket og pensumlitteratur.

Avgrense forskningsproblemet og fastsette hovedtrekkene i søkene

Søkeordene vi valgte å bruke ble laget etter valgt hensikt og problemstilling. Etter veiledningstime med bibliotekar strukturerte vi søkeordene vi ønsket å bruke ved hjelp av et PICO- skjema. Et PICO- skjema er et hjelpemiddel som skal hjelpe oss til å finne rette søkeord. Ved å strukturere søkeordene våre skulle det bli enklere for oss å søke etter de artiklene vi trengte. Vi skrev først inn søkeordene på norsk og fikk deretter tips av bibliotekar å bruke Svemed+ for å finne de rette ordene på engelsk, slik at vi kunne bruke de i søk i databasene. Dette gjorde det lettere å finne artikler, siden de fleste er skrevet på engelsk. Vi fant ut etter hvert som vi begynte å skrive ned søkeord at seksjon C som står for *Comparison*, ikke var aktuelt for oss å bruke. Skjemaet ble da kalt PIO-skjema.

(vedlegg 2)

P:Pasient/Problem

I:Intervention/Tiltak

O:Outcome/Resultat

(Nortvedt et al. 2007)

Det ble først gjort et prøvesøk for å få oversikt over temaet vårt. I følge Willman, Stoltz og Bathsevani (2006) er det lurt å gjøre et prøvesøk for å finne ut om det er noe forskning på valgt tema. Vi brukte da søkeordene *cancer**, *nurs**, *pain**, *massage**, *music**. Med disse søkeordene fant vi ikke nok forskningsartikler vi kunne bruke i oppgaven vår. Vi fant deretter ut at vi måtte utvide alternative søkeord. Vil valgte i tillegg å bruke søkeord som; - *palliative*, *patient* og *therapeutic touch*. Vi valgte da å bruke disse søkeordene og kombinere dem i søkende sammen med de andre søkeordene. (Se tabell 2)

Utvikle en søkestrategi for hver database

I de ulike databasene var det forskjellig måte å søke på. Både med oppsett, søkemetode og bruken av trunkteringstegn. I Ovid Medline og British Nursing Index er det brukt (\$) og i ProQuest er det brukt (*) som trunkteringstegn. For å luke ut det som ikke var av interesse og for å kombinere søkene brukte vi ”*avansertsøk*”. For at vi skulle få et mer utvidet søk og bedre treff på artikler som innholdt noe om enten det ene eller det andre søkeordet brukte vi OR. For å få et mer begrenset søk ble det brukt AND. Et eks: *Patient OR Cancer OR pain*, kombinerer disse og begrenser det med AND *massage*. På denne måten fant vi det vi lette etter. Vi valgte å søke etter artikler som var skrevet enten på norsk, dansk, svensk eller engelsk, siden dette er de språkene vi behersker å lese. Under søkingen hadde vi problemstillingen og hensikten framfor oss hele tiden, slik at fokuset vårt skulle være på rett plass.

3.4 Steg 4 - Litteratursøkingen og valg av forskningsartikler

Litteratursøket gjorde vi for det meste sammen, men også noe på egenhånd. Valg av alle forskningsartiklene er gjort i fellesskap og de artiklene som er blitt ekskludert har det vært enighet om. Når vi hadde fått søkene ned til et begrenset antall treff begynte vi først med å lese overskriftene og deretter sammendraget av dem vi syntes var interessante. Når da sammendraget var aktuelt for vår problemstilling ble enten artikkelen skrevet ut eller bestilt slik at vi kunne lese hele for å finne ut om det var en artikkel vi kunne bruke i oppgaven vår.

Artiklene ble fordelt mellom oss og lest, deretter byttet vi artikler. På denne måten gikk vi igjennom dem begge to slik at vi var enige om resultatet og at vi fikk et mer grundigere bilde av hva artiklene inneholdt. Artiklene som ga oss svar på det vi forsket etter ble kvalitetssikret og fagfellevurdert. Ved senere anledning trakk vi ut det vi syntes var viktig fra hver enkelt artikkel og systematiserte dette slik at vi skulle få en helhetlig oversikt over funnene våre.

Når vi var ferdig med søkene hadde vi totalt skrevet ut og bestilt til sammen 28 artikler hvor etter grundig gjennomgang av dem alle kom fram til at 11 artikler kunne brukes i oppgaven vår. Det ble gjort litteratursøk med store mellomrom, dette fordi at første søkene var gjort tidlig på året og vi ønsket hele veien å være ute etter den nyeste forskning så det ble derfor gjort søk til og med oktober. Vi hadde også noen problemer med å finne det vi søkte etter og brukte en del tid på å lage en god søkestrategi. Vi fikk med dette sikret oss at vi har fått med det nyeste fra forskningen.

Dato	Database	#	Søkeord	Antall treff	Leste abstract	Leste artikler	Brukte artikler	Tittel på inkludert artikkel
18.02 2011	Ovid Medline	1	Music therapy/or Music/ or music\$	49	7	1	1	<i>- The effectiveness of music in relieving pain in cancer patients: A randomized trial.</i>
		2	Pain\$					
		3	Cancer\$					
		4	1 and 2 and 3					
		5	Limit to yr "2005 – current"					
18.02 2011	British Nursing In dex	1	Massage\$ or Massage/	17	4	3	2	<i>- A Hospital-based intervention using massage to reduce distress among oncology patients.</i> <i>- Effects of a Full-body massage on pain intensity, Anxiety and Physiological relaxation in Taiwanese patients with metastatic bone pain, A pilot study.</i>
		2	Cancer: pain/or cancer: Alternative therapies/ or Cancer: Nursing/ or Cancer\$ or cancer					
		3	Cancer: pain/or pain\$					
		4	1 and 2 and 3					
		5	Limit to yr 2005 – current"					
Dato	Database	#	Søkeord	Antall treff	Leste abstracter	Leste artikler	Brukte artikler	Tittel på inkludert artikkel
13.06 2011	Ovid Medline	1	Nurs\$ or Nursing/	40	6	2	1	<i>- The existential experiences of receiving soft tissue massage in palliative home care-an intervention.</i>
		2	Pain/or pain\$					
		3	Music Therpahy/ or Music/					
		4	Massage					
		5	3 or 4					
		6	Cancer or Neoplasm					
		7	1 and 2 and 5 and 6					
25.06 2011	ProQuest	1	Cancer pain	609	9	1	1	<i>- The clinical effects of music therapy in palliative medicine</i>
		2	Music therapy					
		3	Palliative medicine					
		4	1 and 2 and 3					

Dato	Database	#	Søkeord	Antall treff	Leste abstracter	Leste artikler	Brukte artikler	Tittel på inkludert artikkel
25.08 2011	ProQuest	1	Cancer	-	-	-	1	<i>- A randomized controlled trial of aromatherapy massage in a hospice setting.</i>
		2	Palliative					
		3	Pain					
		4	Massage					
		5	1 and 2 and 3 and 4					
Dato	Database	#	Søkeord	Antall treff	Leste abstracter	Leste artikler	Brukte artikler	Tittel på inkludert artikkel
20.09 2011	Ovid Medline	1	Therapeutic touch	37	8	3	2	<i>- Pilot crossover trial of Reiki versus rest for treating cancer-related fatigue.</i> <i>- A phase II trial of Reiki for the management of pain in Advanced cancer patients.</i>
		2	Pain*					
		3	cancer					
		4	1 and 2 and 3					
20.09 2011	Ovid Medline	1	patient	66	5	1	1	<i>- Massage Therapy versus simple touch to improve pain and mood in patients with advanced cancer.</i>
		2	Palliative care					
		3	cancer					
		4	massage					
		5	1 and 2 and 3 and 4					
11.10. 2011	Ovid Medline	1	hospice	17	4	2	2	<i>- The effects of single-session music therapy intervention on the observed and self-reported levels of pain control, physical comfort and relaxation of hospice patients.</i> <i>- The effect of music therapy on anxiety in patients who are terminally ill.</i>
		2	Music therapy					
		3	pain					
		4	1 and 2 and 3					

Tabell 1- Søkehistorikk

3.5 Steg 5 - Kvalitetssikre artikler

« *The medical literature can be compared to a jungle. It is fast growing, full of dead wood, sprinkled with hidden treasure and infested with spiders and snakes.* » (Peter Morgan i Nortvedt et al. 2008, s 68)

Når vi skulle kvalitetssikre artiklene våre valgte vi kvalitetsbedømmingsskjemaene til Willman, Stoltz og Bathsevani for kvalitetsbedømming av forskning med kvalitativ metode. (Willman, Stoltz, Bathsevani 2006). Skjemaene ble oversatt fra svensk til norsk og artiklene nøye gransket. Svaralternativene var ja, nei eller vet ikke, hvor ja gir et poeng, mens nei og vet ikke ga null poeng. Deretter telte vi poengene og omgjorde det til prosent. Artiklene ble gradert fra 1-3. Vi valgte kun å bruke artikler som ble gradert til enten 1 eller 2.

Grad 1: 80-100 % - *God*

Grad 2: 70-79 % - *Middels*

Grad 3: 69 – *mindre*

(Willman, Stoltz og Bathsevani 2006)

Artiklene ble også sjekket om de var fagfellevurdert med bruk av en side fra internett, hvor vi skrev inn navnet på tidsskriften som artiklene var publisert og der ble det også redegjort for hvilket vitenskapelig nivå hver tidsskrift lå på. Disse blir delt inn i to grupper. Nivå 1 og 2, hvor nivå 1 er ordinære vitenskapelig publiseringskanaler og nivå 2 er kanaler med høyest internasjonal prestisje. Alle våre artikler lå på nivå 1 eller 2.

(Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjenester 2011, sist lest 17.10.2011)

3.6 Steg 6 – Artiklene analyseres

Først leste vi alle artiklene vi valgte å inkludere i oppgaven vår, deretter kvalitetssikret dem. Vi kvalitetssikret alle artiklene en gang hver og satte oss sammen og diskuterte til slutt. På denne måten fikk vi med oss det viktigste og andre funn som kan ha blitt oversett

underveis ble oppdaget. Det viktige under denne prosessen var at vi undersøkte om de svarte til vår hensikt og problemstilling. Under granskningsarbeidet ble det skrevet sammendrag av alle artiklene og deretter ble artiklene fargekodet og systematisert. På denne måten fant vi oss en enkel måte å knytte alle funnene sammen, for så å finne likheter og forskjeller. Vi hadde laget oss noen forskningsspørsmål underveis siden det ble gjort funn i artiklene som viste andre interessante fordeler med intervensjonene i forskningen, og siden funnene var tilknyttet vårt problemområde valgte vi å ta med disse.

3.8 – Forskningsetikk

Siden Goodmans syv steg ikke tar rede for etiske overveielser, valgte vi å ta med dette. Datainnsamling handler om menneskets livserfaringer, tanker og meninger. Derfor stilles det strenge krav til *informert samtykke*. Informanten skal kjenne til prosjektet så godt at de skal kunne ta en avgjørelse om de vil delta eller ikke. De skal vite på forhånd hvordan prosjektet skal utføres, altså hvordan data skal innsamles og håndteres, og informanten skal kunne si nei til å delta uten at dette skal gi noen problemer. Skriftlig informasjon og samtykke er en god regel ved slik forskning (Malterud 2003).

I alle forskningsartikler som er blitt brukt i vår litteraturstudie har informantene fått informasjon og de har gitt sitt samtykke. Og i alle artiklene er det skrevet noe om etiske overveielser.

4.0 RESULTAT

I vår litteraturstudie ønsket vi å belyse berøring og musikk som komplementær smertelindring til kreftpasienter. Vi ønsket også å se på hvilken effekt metodene har på smerter, og eventuelt andre positive effekter de kan ha. Vi har valgt å se på to intervensjoner; berøring og musikk. Vi velger å presentere disse to intervensjonene og hvilken effekt de har hver for seg, for at resultatene skal bli mer oversiktlige.

4.1 Berøring

Resultatene viser at berøring kan gis i flere former, og mange av intervensjonene flyter litt inn i hverandre. I de artiklene vi har tatt for oss dreier det seg om ulike former for massasje og Reiki. Vi velger derfor også å presentere massasje og Reiki hver for seg, for å gi et klarere bilde på hva disse intervensjonene dreier seg om, og hva som er brukt i de forskjellige studiene.

4.1.1 Massasje

Vi fant ut at studiene presenterte ulike former for massasje, men at det allikevel finnes en del fellestrekk som går igjen.

I 4 av studiene ble massajeterapien utført av profesjonelle terapeuter eller sykepleiere med erfaring i massajeterapi.(Cronfalk et al. 2009, Currin og Meister 2008, Jane et al. 2009 og Kutner et al. 2008).

Studiene til Cronfalk et al.(2009), Jane et al. (2009), Kutner et al.(2008) og Soden et al. (2004) viser at ryggen er et område av kroppen som gjerne blir massert, men også føttene ble prioritert. Andre områder av kroppen som det ble fokusert på var armer, hender, skuldre og nakke (Cronfalk et al. 2009, Currin og Meister 2008, Jane et al. 2009 og Kutner et al. 2008).

Massasjen ble utført med lett, til middels trykk, med glidende, strykende og sirkulerende bevegelser (Cronfalk et al. 2009, Currin og Meister 2008 og Kutner et al. 2008), men i studien til Kutner et al. (2008) ble det også brukt metoder som klemmende, rullende og knaende bevegelser på muskler og press av fingre på ”triggerpiont” for å løse opp muskelspenninger og smerte. I studiene til Cronfalk et al. (2009) og Soden et al. (2009) ble det også brukt brukte oljer under massasjen.

Studien til Kutner et al. (2008) legger vekt på individuell tilpasning, og massasjen til deltakere med skjør hud, osteoporose, beinmetastaser og lignende ble derfor modifisert, slik at deltakeren ikke skulle bli påført unødig smerte. En annen studie viser at det ble fulgt en standard prosedyre til alle deltakere, slik at alle fikk den samme behandlingen (Jane et al. 2009). I studien til Cronfalk et al. (2009) er behandlingen også gjort i et tilrettelagt miljø, og deltakerne skulle hvile i 30 minutter etter behandlingen.

Varigheten av massasjen varierte fra 15 minutter (Currin og Meister 2008) og opp til 60 minutter (Cronfalk et al. 2009).

4.1.2 Reiki

I begge studiene ble Reiki utført av en Reikiterapeut/mester. Hendene til Reikiterapeuten ble plassert på 12 til 18 spesifikke områder av kroppen, og startet vanligvis på hodet og endte på føttene. Hver posisjon ble holdt i cirka fem minutter. En behandling varte omtrent fra 45 til 75 minutter (Olson, Hanson og Michaud 2003 og Tsang, Carlson og Olson 2007).

4.2 Effekt av berøring

Resultatene viser at det er mange positive effekter av berøring som intervensjon hos pasienter med kreft. Våre funn viser at berøring gir betydelig smertereduksjon, reduksjon av angst, bedret søvn, samt bedring av fysisk og følelsesmessig ubehag.

4.2.1 Smertelindring

I studiene til Cronfalk et al.(2009), Currin og Meister (2008), Jane et al. (2009), Kutner et al.(2008) og Soden et al. (2004) ser vi at det er betydelig reduksjon av smerte umiddelbart etter intervensjonen.

Et utsagn fra studien til Jane et al. (2009) beskriver hvordan en pasient beskriver virkningen på smerte:

”I almost forgot the existence of pain and it was like a sort of distraction.”

Et annet utsagn fra samme studie kan også være med på å forklare virkningen på smerte:

”My arms and shoulder were not as tense as before.”

De pasientene som fikk Reiki som berøringsteknikk, fikk flere behandlinger over en periode på 4 til 14 dager, med 4 til 7 behandlinger. Det ble gjort registreringer og målinger av smerte før første behandling og etter hver behandling var ferdig. Etter behandlingsperioden var over så man en betydelig forskjell med reduksjon i smertere registreringene målt fra starten av og til slutten av studiene (Olson, Hanson og Michaud 2003 og Tsang, Carlson og Olson 2007).

I RCT-studien til Soden et al. (2004) ble deltakerne delt inn i tre grupper, der den ene gruppen fikk massasje med lavendelolje, den andre fikk massasje med vanlig olje og den tredje gruppen (kontrollgruppe) fikk ingen massasje. Lavendelolje ble brukt til den ene gruppen fordi det har en beroligende effekt og skal angivelig også ha en smertestillende effekt. Målet med studien var å sammenligne effektene av aromaterapimassasje kontra vanlig massasje og ingen massasje i det hele tatt. Resultatene viser at begge massasjegruppene hadde umiddelbar reduksjon av smerte etter behandlingen, mens det hos kontrollgruppen ikke var noe forandring.

I studiene til Jane et al.(2009), Olson, Kutner et al.(2008) og Hanson og Michaud (2003) finner vi også noen andre fysiologiske endringer, som reduksjon av puls/hjerterytme, fall i

diastolisk blodtrykk og redusert respirasjonsfrekvens, noe de også mener kan være med på å styrke konklusjonene om at smertereduksjonen er troverdig.

Når det gjelder langtidseffekt på smerter ser vi av våre funn at dette er noe usikkert. Studiene til Kutner et al. (2008) og Soden et al. (2004) viser ingen eller usikker effekt over lengre tid, mens i studien til Jane et al. (2009) ser man enda effekt, om enn avtagende, i 16 - 18 timer etter behandlingen.

I studiene til Kutner et al. (2008) og Olson, Hanson og Michaud (2003) registrerer de også bruk av opioider, for å se om det eventuelt er en forandring i bruk av disse. Ingen av disse to studiene viser reduksjon eller forandring, uten at dette sier noe om pasientenes erfaring og opplevelse av smerte.

4.2.2 Andre positive effekter

I alle studiene finner vi at deltakerne har stor forbedring i emosjonelle og psykiske symptomer og plager på ett eller annet vis . I studiene til Jane et al.(2009)og Tsang, Carlson og Olson (2007) ses en betydelig reduksjon når det gjelder angst, mens studien til Soden et al. (2004) viser bedring når det gjelder depresjon. Flere deltakere følte at de fikk bedre livskvalitet (Kutner et al. 2008 og Olson, Hanson og Michaud 2003). Mens studiene til Cronfalk et al. (2009), Currin og Meister (2008), Kutner et al. (2008) og Olson, Hanson og Michaud (2003) viser generell reduksjon i følelsesmessig og emosjonelt ubehag, og flere av deltakerne følte det hadde god effekt på humøret. Noen av deltakerne følte glede og tilfredsstillelse, de følte seg nesten glad og sier at berøringen ga et pusterom (Cronfalk et al. 2009). I studien til Cronfalk et al. (2009) gjennomgikk også deltakerne et kvalitativt intervju på slutten av studien, og der kom det frem flere uttalelser som støtter opp under dette. I et intervju sier en av deltakerne blant annet:

”It felt like a timeless state, it was just there and then and time lost it’s meaning”

I samme studie sier en annen deltaker:

”In a way it had a calming effect on my disturbing thoughts.”

Soden et al. (2004) har sett på om massasje kan ha innvirkning på søvnkvalitet, og resultatene viser at søvnen forbedret seg, altså at deltakerne sov bedre etter behandlingen. Det ble ikke bevist at lavendelolje gjorde at deltakerne sov bedre, siden begge massasjegruppene hadde bedre søvnkvalitet. Hos kontrollgruppa ble søvnkvaliteten forverret fra begynnelsen til slutten av studien.

En av deltakerne i studien til Jane et al. (2009) nevner også det med søvn som en viktig effekt etter behandlingen:

”It helped me easily enter deep sleep because I felt generalized comfort after the massage”

4.3 Musikk

I studiene til Gallagher et al. (2006), Horne-Thompson og Grocke (2008) og Krout (2001) ble musikkterapien utført av en profesjonell musikkterapeut. Deltakerne fikk selv være med på å velge musikk i samråd med musikkterapeuten. Det var mange forskjellige teknikker, som for eksempel levende musikk, sang (sammen med eller uten terapeuten), musikk og avslapning, musikk assistert rådgivning, lytte til innspilt musikk, spille instrument, å skrive en sang og så videre. Hovedpoenget var at valg av musikk skulle være individuelt tilpasset deltakeren og etter hans eget ønske. Man tok også gjerne med i betraktning hva som var hensiktsmessig den dagen.

I RCT-studien til Huang, Good og Zauszniewski (2010) hadde deltakerne valget mellom 4 lydbånd, 2 med Taiwansk musikk (folkeviser eller buddhistisk musikk) og 2 med Amerikansk musikk (harpe- eller pianomusikk). En eksperimentgruppe lyttet til musikk i 30 minutter, mens kontrollgruppa hvilte i 30 minutter. Kontrollgruppa fikk også lytte til

musikk etter de hadde hvilt. Musikken var beroligende, uten tekst, med rolig rytme og en vedvarende melodisk kvalitet. Det var også kontrollert volum og tonehøyde på musikken. Deltakerne lyttet til musikken på hodetelefoner for å oppnå bedre konsentrasjon og for å forhindre at musikken skulle plage andre, siden de lå på flermannsrom. Begge grupper hørte først på en kort introduksjonstape, så fikk de velge musikken de trodde ville få dem til å slappe av eller distrahere dem best. En tape med den valgte musikken ble brukt i den 30 minutter lange behandlingen hos eksperimentgruppa og ble brukt hos kontrollgruppa etter de hadde hatt 30 minutter med hvile.

Musikkterapien ble utført som en enkeltstående behandling (Gallagher et al. 2006, Horne-Thompson og Grocke 2010, Huang, Good og Zauszniewski 2010 og Krout 2001).

I studien til Horne-Thompson og Grocke (2008) var lengden på musikkterapien mellom 20 og 40 minutter, men den ble justert etter pasientens kliniske tilstand. Samtidig var den innenfor rimelighetens grenser for at målinger før og etter behandlingen skulle bli konsekvente.

4.4 Effekt av musikk

Resultatene viser at musikk kan ha flere positive effekter hos pasienter med kreft. Våre funn viser at musikk som intervensjon kan gi betydelig smertelindring, økende kontroll over smertene og redusert smerteopplevelse. Musikk kan også redusere psykiske plager som angst og depresjon, og det hjalp mange til å slappe av.

4.4.1 Smertelindring

I våre funn ser vi at musikk gir betydelig smertelindring, økende kontroll over smertene og redusert opplevelse av smerte hos deltakerne (Gallagher et al. 2006, Horne-Thompson og Grocke 2008, Huang, Good og Zauszniewski 2010 og Krout 2001).

I RCT-studien til Huang, Good og Zauszniewski (2010) hadde 42% av deltakerne i eksperimentgruppa mer enn 50% reduksjon av smerte, mens bare 8% av deltakerne i

kontrollgruppa hadde så mye smertereduksjon. Nesten halvparten (43%) sa at musikk var moderat til svært nyttig som smertelindring. Mange sa også at musikken hjalp dem å distrahere seg selv fra smerte. Resultatene viser også at hvilken musikk de valgte ikke ga noen forskjell i smertelindringen.

Enkeltstående musikkterapibehandlinger viser seg å være effektivt for å få økende kontroll over smerter, og musikk ga også redusert opplevelse av smerte (Gallagher et al. 2006 og Krout 2001).

4.4.2 Andre positive effekter

Psykiske plager/symptomer som angst og depresjon ble redusert. Deltakerne følte seg i bedre psykisk form og de følte at humøret steg (Gallagher et al. 2006 og Horne-Thompson og Grocke 2008).

Musikk virket positivt på fysiske plager/ubehag og ga mindre døsigheit og tretthet, samtidig som det hjalp deltakerne til å slappe av. Noen sovnet til og med under behandlingen (Horne-Thompson og Grocke 2008, Huang, Good og Zauszniewski 2010 og Krout 2001).

I studien til Huang, Good og Zauszniewski (2010) ga musikkterapi samlet sett en tredjedel mer komfort enn hvile alene.

5.0 DISKUSJON

Diskusjonskapittelet er delt inn i to underkapitler. *Metodediskusjon* og *resultatdiskusjon*. I metodediskusjonen skal det diskuteres framgangsmåten vår, samt sterke og svake sider ved litteraturstudiet vårt. I resultatdiskusjonen diskuteres resultatene opp mot bakgrunnsteori, praksiserfaringer og betydningen for oss som sykepleiere.

5.1 Metodediskusjon

Vår litteraturstudie skulle ta for seg hvordan sykepleiere kan bruke musikk og berøring som komplementær smertelindring til kreftpasienter. Vi ønsket å fokusere på pasienter i den palliative fasen og valgte å avgrense tema til massasje og musikk som metode. Vi valgte også å ta for oss to forskningsspørsmål som under søkingen som skulle belyse effekten av disse metodene og hvilke andre effekter intervensjonene kunne ha.

Mulrow og Oxman i Forsberg og Wengstrøm (2003) mener en systematisk litteraturstudie er at det formuleres et tydelig spørsmål som skal besvares systematisk ved å identifisere, velge, vurdere og analysere relevant forskning innenfor et emne eller problemområde. (Forsberg og Wengstrøm 2003)

I litteraturstudien vår valgte vi å bruke Goodmans syv ulike steg for å gjennomføre et systematisk og oversiktlig litteratursøk. Goodmans metode har vært et hjelpemiddel som har gjort at oppgaven vår har en oversiktlig og god metodedel. Disse sju stegene har underveis i arbeidet med litteraturstudien hjulpet oss til å få et systematisk og oversiktlig overblikk når vi skulle formulere et forskningsspørsmål, søke etter svar og gå igjennom forskningsartiklene, samt kvalitetssikre, granske og analysere artiklene som ble inkludert i oppgaven.

Da vi startet søkingen etter artikler viste dette seg for å ta mye tid i begynnelsen av arbeidsprosessen. Tidsplanen vi hadde laget oss for søkingen viste seg etter hvert å bli for liten, siden vi i begynnelsen ikke fant nok artikler som kunne brukes. Det ble derfor nødvendig for oss å bruke mer tid enn planlagt på søkingen. Siden søket etter artikler pågikk til og med oktober gjorde dette at vi fikk oversikt over den nyeste forskningen på problemområdet vi hadde valgt. Litteratursøk var ferskt for oss begge, men selv om det ga noen utfordringer i starten merket vi etter hvert som kunnskapene våre om søk i de ulike

databasene utviklet seg, at gode resultater dukket opp. Selv med en lang søkeprosess ser vi at det allikevel ikke har påvirket resultatet vårt på noen negativ måte. Dette var en del av litteraturstudie vi hadde behov for å bruke mer tid på og har vært en god læresituasjon.

I begynnelsen av søkeprosessen benyttet vi søkeordene, *cancer**, *nurs*, *pain**, *massage**, *music**. Vi fant ut etter hvert som søkingen pågikk at vi måtte ha med flere søkeord for at vi skulle finne nok forskningsartikler som kunne brukes i studien vår. Søkeordene som ble inkludert var; *palliative*, *patient* og *therapeutic touch*. Vi kombinerte de ulike søkeordene og søkeprosessen gikk betydelig bedre. Denne forandringen i søkestrategien var absolutt avgjørende for at vi skulle få gode treff på forskningsartikler som belyste problemstillingen vår.

Under søkingen dukket det opp eldre forskningsartikler som omhandlet vårt emne. Vi valgte å inkludere tre av disse artiklene. (Olson, Hanson og Michaud 2003, Krout 2001 og Soden et al. 2004). Vi hadde i begynnelsen av søkeprosessen bestemt oss for og ikke å inkludere artikler som var eldre en 2005. Eldre forskningsartikler kan være like relevant og aktuell i dagens samfunn som den var på forskningstidspunktet, og siden vi fant tre artikler som var eldre enn 2005, valgte vi å inkludere disse i studien vår siden de var gode og like aktuelle i dag.

Vi søkte etter både kvalitative og kvantitative forskningsartikler. Dette fordi vi mente at å ha med begge deler, ville gi bredde og styrke til oppgaven vår. Vi fant til slutt bare en kvalitativ artikkel siden det var vanskelig å finne noen som svarte til vår hensikt og problemstilling. Men to av artiklene var både kvalitative og kvantitative, siden det også ble foretatt kvalitative intervju av pasientene. Det var selvfølgelig et ønske at det skulle være flere kvalitative artikler som belyste problemstillingen vår, men artikkelen som er inkludert er en god artikkel som ga oss gode resultat. Samtidig som de to andre artiklene tydelig også legger vekt på pasientenes erfaringer og synspunkter på virkning av intervensjonen. Artiklene ga tydelige beskrivelser om pasienters opplevelser og erfaringer. Den kvantitative artikkelen som er inkludert viser tallfesta funn av betydelig smertereduksjon hos pasientene.

Under søkingen etter forskningsartikler brukte vi databasene Ovid Medline, ProQuest og ScienceDirect, da disse databasene er oversiktlig og brukervennlig Det kan hende at søk i få databaser gjorde at det tok lenger tid for oss å finne mange gode artikler, og det kan

være andre artikler vi ville funnet om vi hadde søkt i andre baser som vi fikk glipp av. Men med tiden ga disse databasene oss treff på forskningsartikler vi er godt fornøyde med.

Forskningsartiklene som er tatt med i oppgaven er fra forskjellige land som USA, Canada, Australia, Sverige, Storbritannia og Taiwan. Man kan se dette som en svakhet når det er spørsmål om intervensjonene kan overføres til det norske samfunn, men det var derimot en studie som er gjennomført i Sverige, og de andre studiene er det også utført intervensjoner som kan praktiseres og overføres til Norge. Dette fordi disse landene har mange likehetstrekk med Norge, bortsett fra Taiwan som har en annen type kultur. Det styrker litteraturstudien vår at forskningen er spredt over flere land, hvor det allikevel er resultater som samsvarer betydelig med hverandre. Resultatene er pålitelige.

Da analyseringsprosessen skulle begynne valgte vi å bruke sjekklister til Willman, Stoltz og Bathsevani (2006). Sjekklister var på svensk, så disse ble oversatt til norsk. Dette gjorde vi for at innholdet ikke skulle bli misforstått. Vi kvalitetssjekket alle artiklene en gang hver og diskuterte de sammen etterpå. På denne måten var vi sikre på at artiklene var nøye gransket. Vi skrev deretter et kort sammendrag av alle artiklene, førte inn metode, hensikt, intervensjon og resultatene i en oversiktlig tabell, for så å fargekode tabellen for og systematisk sortere alle funnene. På denne måten fikk vi på en enkel måte fullstendig oversikt over alle artiklene. Dette styrket resultatdelen og gjorde selve arbeidet enklere.

Alle artiklene som er brukt i studien vår er det skrevet noe om de etiske overveielser, dette gir da grunnlag for at forskningsetikken er god.

Når man er to sammen for å jobbe med en slik litteraturstudie er det viktig at samarbeidet er godt. Vi har begge to forskjellige kunnskaper, erfaringer og kvalifikasjoner å bidra med. Vi fylte hverandre og det la vi godt merke til under arbeidet med litteraturstudien vår og samarbeidet oss imellom har vært veldig bra. Det har vært for det meste enighet under arbeidet med oppgaven, men det har også vært uenigheter. Vi ser ikke på dette som noe svakhet, for dette har gjort at vi har diskutert oppgaven vår nøye, da det er nødvendig med diskusjon og ulike meninger for at oppgaven skal heves og blir enda sterkere.

5.2 Resultatdiskusjon

Resultatdiskusjonen er delt inn i 4 kapitler med flere underkapitler for å gi et godt svar på vår problemstilling.

5.2.1 Bruk av berøring

Vi ønsket å se på om berøring var noe vi kunne bruke i vår praksis som fremtidige sykepleiere. Som nevnt i resultatet finnes det mange teknikker og berøring kan utføres på mange forskjellige måter. Alikevel ser vi at en del av studiene har samme prinsipper og en del likheter. Teknikkene ble godt beskrevet i hver enkelt studie. I flere av studiene ser vi at massasje blir utført av enten massasjeterapeuter eller sykepleiere med erfaring i massasjeterapi (Cronfalk et al. 2009, Currin og Meister 2008, Jane et al. 2009 og Kutner et al. 2008), mens Reiki utføres av Reikiterapeut eller Reikimester (Olson, Hanson og Michaud 2003 og Tsang, Carlson og Olson 2007).

Sykepleiere kan ha en sterk tilknytning til og er grundig utdannet i medisinske løsninger på helseproblemer. Derfor er det ofte lettere å tenke på piller enn på berøring som en mulig løsning på for eksempel smerte eller søvnproblemer. Det viser seg at kunnskap fra utdanning og praksis ofte er avgjørende for hva man som sykepleier velger å gjøre i ulike situasjoner. Mange ulike former for berøring kan inkluderes i den grunnleggende sykepleien. Men det finnes selvfølgelig gråsoner mellom det som kan inkluderes i sykepleieomsorg og det som bør betegnes som alternativ behandling (Johannessen 2008).

Funnene våre viser at massasje kunne bli utført med lett til middels trykk og med glidende, strykende og sirkulerende bevegelser (Cronfalk et al. 2009, Currin og Meister 2008 og Kutner et al. 2009). Som vi ser av studiene til Cronfalk et al. (2009), Jane et al. (2009), Kutner et al. (2008) ble gjerne ryggen massert, men føttene ble også prioritert. Også andre områder av kroppen ble massert, for eksempel armer, hender, skuldre og nakke (Cronfalk et al. 2009, Currin og Meister 2008, Jane et al. 2009 og Kutner et al. 2008). Man kan lære seg enkle former for berøring på egenhånd eller gjennom sykepleierutdanningen, for eksempel massasje av nakke, rygg, hender og føtter. Dette er enkle teknikker som uten videre kan inkluderes i den daglige sykepleien (Johannessen 2008). Vi har selv erfart i

praksis at pasienter har uttrykt velvære ved berøring, for eksempel ved en fotmassasje. Dette er også noe som vi mener for eksempel kan utføres under et morgen- eller kveldsstell.

Reiki er en noe mer spesiell behandling, med spesialtrente Reikiterapeuter eller Reikimestere. Det kan derfor virke som en alternativ behandlingsmetode i stedet for komplementær. Dette gjør at Reiki kan være vanskelig å forsvare ut fra et skolemedisinsk perspektiv. Det vi så når vi studerte de to artiklene vi har valgt å ta med om Reiki, er at metoden som brukes har en del fellestrekk med terapeutisk berøring, noe vi har lært en del om i vår utdanning. Den største forskjellen er forklaringen på hvordan det virker, siden Reiki har som hensikt å gjenopprette og reparere energibaner. Terapeutisk berøring har som hensikt å hjelpe pasienten til å slappe av, lindre uro, gi hjelp til å sove eller lindre smerte (Johannessen 2008). Vi har derfor valgt å ta med artiklene om Reiki, for også å vise at teknikker flyter inn i hverandre, og at det er et hårfint skille mellom hva som blir sett på som alternativt og hva som er anerkjent og godtatt komplementær behandling.

Som sykepleier i palliativ omsorg er det viktig at man gjør mest mulig for at pasientene skal ha det best mulig. Da kan berøring være et alternativ som kan prøves om pasienten har mange plagsomme symptomer, som ikke blir mindre eller kan reduseres ved bruk av medikamenter. Dette forutsetter selvfølgelig at pasientene selv ønsker å prøve denne metoden, men det forutsetter også at vi som sykepleiere har et åpent forhold til komplementære behandlingsmetoder og ikke minst at vi har tilstrekkelig kunnskap om dem. I palliativ fase kjenner mange pasienter på følelsen av å miste kontrollen over sin egen kropp og kroppsfunksjoner, noe som kan føre til angst, depresjon og følelse av avhengighet. Mange pasienter søker trøst og støtte i komplementære behandlinger for å oppnå lindring (Cronfalk et al. 2009).

Mennesket trenger berøring, også når livet nærmer seg en avslutning. Dette er viktig at vi som sykepleiere husker på i en travel hverdag (Risberg, Nilsen og Wist 2008). Det blir ofte til at vi har fokus på alle prosedyrer og alle gjøremål i løpet av en dag, og da kan gjerne mennesket på en måte bli glemt. Symptomlindring står sentralt i omsorg for kreftpasienter i palliativ fase, både når det gjelder smerter og andre fysiske eller psykiske symptomer (Kutner et al. 2008).

Å berøre pasienter ligger i sykepleiens natur, det kan være i forbindelse med personlig hygiene eller i forbindelse med ulike prosedyrer. Da er gjerne berøringen implisitt og i stor grad ubevisst. I dagens helsevesen har det imidlertid blitt mindre og mindre av denne formen for berøring, spesielt siden en rekke prosedyrer i dag er overtatt av teknologi (for eksempel pulsmåling). Berøring er en viktig nonverbal kommunikasjonsform. Det kan uttrykke lindring, trøst og trygghet, bare for eksempel ved at man holder noen i hånden. Gjennom kroppslig kontakt får man som sykepleier kontakt med ”det hele mennesket”, både kropp sjel og ånd. Berøring kan fremme livskvalitet og tilheling, lindre stress og smerte, bidra til mestring og dempe angst og depresjon (Johannessen 2008).

Individuell tilpasning

Når det gjelder berøring legger studien til Kutner et al. (2008) vekt på individuell tilpasning og modifisering av massasje slik at deltakere med skjør hud, osteoporose, beinmetastaser eller lignende ikke skulle påføres unødig smerte. Det ble også brukt klemmende, rullende og knaende bevegelser på ”triggerpoint” for å løse opp muskelspenninger. Det er viktig at styrken av behandlingen avpasses etter pasientens situasjon (Risberg 2010). I studien til Cronfalk et al. (2009) er behandlingen også gjort i et tilrettelagt miljø, der også deltakerne skulle hvile etter intervensjonen. Dette mener vi er viktig for at resultatet skal bli best mulig og for at pasientene skal føle seg trygge og godt ivaretatt. Med kunnskap om pasientens problemer og livssituasjon kan man som sykepleier hjelpe pasienten med å løse disse på hans premisser (Valand og Fodstad 2001). I studien til Jane et al. (2009) vektlegges ikke individuell tilpasning, siden det ble fulgt en standard prosedyre til alle deltakerne, slik at alle fikk den samme behandlingen. Uten at studien sier noe mer om dette kan ha påvirket resultatet positivt eller negativt

Vi har selv erfart at ingen pasienter er like, og vi har opplevd at pasienter har ulike meninger om hva som er viktig for dem og ikke. Vi lærer også i løpet av sykepleierstudiet at det er viktig å se hver enkelt pasient, der de er enkeltpersoner som har sine individuelle behov. Dette er det viktig at vi som fremtidige sykepleiere tenker mye over og at vi er oppmerksomme på. Man må også tenke på at alle har forskjellige plager og symptomer, noe som gjør det viktig med individuell tilpasning.

5.2.2 Effekt av berøring

Funnene viser at berøring har mange positive effekter på mennesker med kreft i palliativ fase.

Smertelindring

Vår erfaring fra praksis når det gjelder pasienter med kreft er at enkelte ikke føler seg tilstrekkelig smertelindret med kun analgetika. Smertestillende medikamenter kan ha ganske mange bivirkninger, og kroppen opparbeider etter hvert en toleranse som gjør at dosene må økes, og bivirkningene kan bli sterkere og mer plagsomme. I mange tilfeller vil heller ikke smertestillende medikamenter alene gi optimal eller fullstendig smertelindring. Dette gjør det viktig med komplementære metoder, som for eksempel berøring for å bidra til å redusere pasientenes ubehag. Vi har også erfart at flere av pasientene ofte gjerne kunne tenkt seg å prøve hva som helst for å få mindre smerter og en bedre hverdag. Smerte er trolig det verste symptomet hos pasienter med kreft, og det skaper ofte både frustrasjon og stress hos sykepleiere som arbeider med disse pasientene. Når smerten er på det verste kan det svekke livskvaliteten. Dårlig smertelindring kan ofte gi angst, depresjon, følelse av hjelpeløshet og gi frykt både for pasientene som har kreft og deres pårørende (Huang, Good og Zauszniewski 2010).

Som resultatene viser gir massasje betydelig smertelindring eller reduksjon i smerte umiddelbart etter intervensjonen (Cronfalk et al. 2009, Currin og Meister 2008, Jane et al. 2009, Kutner et al. 2008 og Soden et al. 2004). Noe som kan forklares med at utskilling av hormoner er noen av de kroppslige reaksjonene knyttet til berøring. Når man som menneske opplever positiv berøring, aktiveres berøringsreseptorer. Dette stimulerer utsondring av oksytocin fra hypofysen, og denne økte utsondringen er en del av forklaringen på følelsen av velbefinnende mange mennesker opplever i forbindelse med berøring. Oksytocinet kan ha mange effekter, blant annet lindre smerte, senke blodtrykk og senke innholdet av stresshormon. Områder med mange berøringsreseptorer er håndflater, fingertupper, tær, fotsåler og lepper (Johannessen 2008). Som nevnt tidligere ser vi at i mange av studiene ble flere av disse områdene massert, både etter pasientenes eget ønske og som et valg av de som utførte massasjen. I berøring er det også element av avledning

ved at oppmerksomheten blir ledet bort fra smertene, men den primære virkningen er at smerteimpulsene blir hemmet før de når bevisstheden (Almås et al. 2001).

Studien til Soden et al. (2004) forklarer reduksjonen i smerte til deltakerne umiddelbart etter massasjen med at det sannsynligvis kan skyldes den beroligende og fornøyelige effekten en massasje kan ha. Studien hadde også til hensikt å se om massasje hadde effekt over lengre tid og om bruk av lavendelolje hadde noen innvirkning på smertelindringen, men konkluderer med at effekten er kortvarig og at uansett hvilken olje som brukes blir smertelindringen den samme. Noe som sier oss at det er selve berøringen som gir den positive effekten. Dette underbygges av studien til Kutner et al. (2008), som viser at både enkel berøring og massasje ga smertelindring til deltakerne. Den viser også at det er usikkert angående langtidseffekt. Studien til Jane et al. (2009) viser at massasje fortsatt har effekt også 16 til 18 timer etter intervensjonen, noe som gir oss noen motsatte resultater. Det har kanskje ikke blitt bevist at massasje har effekt over lengre tid og Currin og Meister (2008) mener dette kan skyldes kroppens forbigående reaksjon på berøring, og for å ha varige fordeler må man bruke massasje regelmessig.

Enkelte av studiene har få deltakere, men også studiene med mange deltakere gir samme resultat når det gjelder lindring av smerte, og vi mener derfor at funnene er troverdige, og at dette er noe vi bør ta med oss videre og som bør få mer fokus i sykepleierfaget. Selv om det også er noe usikkert om massasje gir langvarig smertelindring, ser vi jo tydelig av resultatene at det virker umiddelbart etter intervensjonen. Dette er viktig, for det ofte er her og nå som gjelder for pasientene. Om vi kan bidra til eller tilby noe som gjør at de har mindre smerter, om så for en liten stund, kan dette være en lettelse og ikke minst ha stor betydning for pasienten.

Reiki ble gitt som flere behandlinger, og smertereduksjon kom gradvis etter hver behandling. Smerteregistrering ble gjort før og etter hver behandling. Resultatene fra starten til slutten av studiene ble sammenlignet og viste betydelig smertereduksjon på slutten av studiene. Det ble ikke registrert noen forandring i bruk av smertestillende, men dette forklarer forskerne med at behandlingsperioden ikke var lang nok (Olson, Hanson og Michaud 2003 og Tsang, Carlson og Olson 2007). Det finnes ingen vitenskapelig litteratur som skriver noe om de biologiske effektene Reiki kan ha på pasienter med kreft (Olson, Hanson og Michaud 2003). Begge studiene anbefaler videre forskning. Noe som også har

fått oss til å diskutere om dette virkelig kan ha effekt. Det diskuteres også i studiene om tilstedeværelsen av Reikiterapeuten eller Reikimesteren er med på å påvirke resultatene (Olson, Hanson og Michaud 2003 og Tsang, Carlson og Olson 2007). Man kan oppnå økt virkning ved at man har positive forventninger, noe som kalles placebo, eller ”jeg vil behage.” Noe man vet er en realitet. Det ser ut til at utskillelsen av endogene opioider øker når pasienten har positive forventninger til behandlingen, noe som fører til at smertefølsomheten hemmes (Almás et al. 2001). Fra pasientenes ståsted er det jo viktig at de finner noe de kan tro på og som de føler virker. For oss som sykepleiere er det også viktig at vi har ”hold” for det vi eventuelt skal bruke som en intervensjon eller som vi eventuelt anbefaler at pasientene bør prøve, om de ikke føler de får tilstrekkelig lindring av symptomer.

I studiene til Jane et al. (2009), Kutner et al. (2008) og Olson, Hanson og Michaud (2003) viser også resultatene fysiologiske endringer som reduksjon av puls/hjerterytme, fall i diastolisk blodtrykk og redusert respirasjonsfrekvens. Forskerne mener dette kan være med på å styrke konklusjonen om at smertereduksjon er troverdig.

Andre positive effekter ved bruk av berøring

Våre funn viser at berøring har positiv effekt på emosjonelle og psykiske symptomer og plager. I to av studiene ser man reduksjon i angst (Jane et al. 2009 og Tsang, Carlson og Olson 2007) og i studien til Soden et al. (2004) oppnår deltakerne bedring når det gjelder depresjon. Deltakerne i studiene til Kutner et al. (2008) og Olson, Hanson og Michaud (2003) opplevde bedring av livskvalitet. I 4 av studiene ser vi at deltakerne opplever generell reduksjon i følelsesmessig og emosjonelt ubehag (Cronfalk et al. 2009, Currin og Meister 2008, Kutner et al. 2008 og Olson, Hanson og Michaud 2003). Dette kan forklares ved at massasje beskrives å gi stressreduksjon, avslapning og bedret blodomløp. Det gir berøring og nærhet, og for mange er dette nesten like viktig som fysisk og åndelig næring. Også blant de sykeste er berøring noe av det viktigste vi kan dele med dem, noe vi som sykepleiere må huske på (Risberg 2010).

I palliativ fase kan pasienter føle at så å si alle aspekter av deres liv er truet både av forandringene som kommer av sykdommen og behandlingen. Fysiske symptomer i kombinasjon med tanker om sin egen dødelighet kan føre til mange ubehagelige plager.

Det kan også føre til følelse av håpløshet, isolasjon og at man føler seg fanget uten en fremtid. Den fysiske berøringen kan være en måte for oss som sykepleiere å vise tilknytning, og dermed redusere plagsomme symptomer som for eksempel angst (Cronfalk et al. 2009). Sykepleieaspektene dreier seg mye om å legge til rette for at pasienten skal mestre livssituasjonen på en best mulig måte, om det er mulig, i en så alvorlig situasjon (Valand og Fodstad 2001). Da kan berøring være en måte å vise at man er her, og ikke minst at man ser pasienten og at man møter han der han er.

Mange faktorer er knyttet til smerteopplevelsen, både psykiske, sosiale og åndelige. Disse virker gjensidig inn på hverandre og for å lindre må man danne seg et helhetlig bilde av pasienten (Valand og Fodstad 2001). Siden så mange deltakere rapporterer positive effekter av berøring på psykiske og emosjonelle symptomer som angst og depresjon, får dette oss til å tenke litt over muligheten for at angst, smerte og depresjon på en måte går "hånd i hånd". Vi mener det kunne vært interessant og sett mer på sammenhengen mellom smerter, angst, depresjon og livskvalitet, og om hvordan disse påvirker hverandre. Dette kunne gjort oss bedre som sykepleiere, både til å forstå pasientene og til å hjelpe dem best mulig på alle områder.

5.2.3 Bruk av musikk

Funnene viser også at det finnes en rekke teknikker som brukes for å få positive effekter av musikk, og i 3 av studiene ble intervensjonen gitt av musikkterapeuter (Gallagher et al. 2006, Horne-Thompson og Grocke 2008 og Krout 2001). Vi ønsket å se på om musikk var noe vi som fremtidige sykepleiere kunne bruke i vår praksis for å oppnå bedre smertelindring til kreftpasienter.

Når det gjelder musikk tar musikkterapeutene gjerne i bruk flere teknikker i løpet av en behandling, for eksempel levende musikk, sang, musikk og avslapning, musikk assistert rådgivning, lytte til innspilt musikk, spille instrument eller skrive en sang (Gallagher et al. 2006, Horne-Thompson og Grocke 2008 og Krout 2001). Teknikkene kan gjerne kombineres for å gi best mulig resultat og de deles gjerne inn i aktive (ekspressive) og passive (reseptive). De aktive teknikkene legger vekt på å stimulere uttrykk og kommunikasjon, mens passive teknikker legger vekt på lytting, stressreduksjon og sansestimulering. Aktive teknikker kan være: sang, dans og improvisasjon. Passive

teknikker kan være: aktiv lytting, avspenning til musikk og ledede fantasireiser til musikk (Myskja 2006).

I palliativ pleie blir vi i større grad enn andre situasjoner ofte konfrontert med vår hjelpeløshet. Vi kan ikke kurere lidelsen, heller ikke alltid lindre plagene så godt som vi vil. Et ”øyeblikk av frihet” er kanskje det viktigste musikk kan gi til palliative kreftpasienter (Myskja 2006).

Man trenger ikke være musikkterapeut for å bruke musikk til pasienter, men noe av problemet kan være at det er for lite kunnskap om musikkens virkning og om musikk som tiltak. Kunnskapen er ofte spredt og lite tilgjengelig og opplysningsnivået er lavt hos mange. Dette kan endres ved å drive løpende undervisning og kompetanseheving. Musikk er samtidig et tiltak som kan være billig i bruk, kostnadseffektivt, lett tilgjengelig og administrerbart. Det har også få kontraindikasjoner. Man må selvfølgelig ta i betraktning at mange av pasientene er sterkt svekket og at musikken derfor må brukes med varsomhet (Myskja 2006). Dette viser at også vi som sykepleiere også kan bruke musikk som lindring til kreftpasienter i palliativ fase, selv om vi ikke har spesiell utdanning innen musikkterapi.

Studien til Krout (2001) viser at bruk av musikk er en effektiv og kreativ behandling som er tilgjengelig for personell i palliativ pleie og omsorg. Det kan hjelpe pasientene både til å være kreative, men også til å være mer komfortable mot slutten av livet. Dette er et veldig viktig poeng, da vi har som mål at pasienten skal ha det best mulig den tiden han har igjen.

Individuell tilpasning

Det er også viktig med individuell tilpasning og at det tas individuelle hensyn når man skal bruke musikk som intervensjon. (Gallagher et al. 2006, Horne-Thompson og Grocke 2008 og Krout 2001). I studien til Huang, Good og Zauszniewski (2010) var musikken beroligende, uten tekst, med rolig rytme og en vedvarende melodisk kvalitet, og deltakerne fikk velge mellom 4 lydbånd etter de hadde hørt på en kort introduksjonstape. I 1 studie ble også lengden på musikkterapien justert etter pasientens tilstand (Horne-Thompson og Grocke 2008). Det bør tas individuelle hensyn, fordi overstimulering eller feil anvendelse av musikk i enkelte tilfeller kan forverre smerte (Myskja 2006). Man kan også tenke seg at en pasient i 20 årene ikke har samme forhold til en type musikk som en pasient i 60 årene.

I det siste intervjuet i studien til Huang, Good og Sauszniewski (2010) nevnte flere av deltakerne at sanger de kjente til fra før ville være mest distraherende eller avslappende for deres smerter. Studien viser også at kultur og fortrolighet kan virke inn på valg av musikk. Dette underbygger teorien om at individuell tilpasning er viktig for pasientene. Musikk forordnet i tråd med pasientens behov kan være med på å være en støtte, det kan bidra til å skape distraksjon fra uønskede stimuli og det kan stimulere positive følelser (Myskja 2006).

5.2.4 Effekt av musikk

Funnene viser at musikk kan ha flere positive effekter på mennesker med kreft i palliativ fase.

Smertelindring

Alle våre funn tyder på at musikk gitt som en enkelt behandling gir betydelig smertelindring, økende kontroll over smertene og redusert opplevelse av smerte hos deltakerne (Gallagher et al. 2006, Horne-Thompson og Grocke 2008, Huang, Good og Zauszniewski 2010 og Krout 2001). Selv om en av studiene har få deltakere, mener vi dette likevel kan være representativt. I studien til Huang, Good og Zauszniewski (2010) er deltakerne fra Taiwan. Selv om Taiwan har annen kultur og annen religion en her i Norge, velger vi likevel å ta den med, siden deltakerne i studien fikk velge mellom Taiwansk musikk og Amerikansk musikk og resultatene viser at det var ingen forskjell i smerter eller smertelindring mellom de som valgte de forskjellige typene musikk. Likevel bør man som nevnt tidligere ta individuelle hensyn når det gjelder valg av musikk. Pasientene bør få være med på å bestemme selv, da dette kan ha innvirkning på resultatet av intervensjonen også med tanke på positive forventninger.

42 % av deltakerne i eksperimentgruppa i studien til Huang, Good og Zauszniewski (2010) hadde mer en 50 % reduksjon av smerte. I denne studien lyttet eksperimentgruppa til musikk i 30 minutter, mens kontrollgruppa hvilte i 30 minutter. Resultatene viser derimot at bare 8 % av deltakerne i kontrollgruppa hadde så mye smertereduksjon. Noe som viser godt hvor effektivt musikk var som smertelindring. Minuset ved denne studien i følge

forskerne var at det ikke var mulig med blinding av kontrollgruppa og at det kun var fire typer musikk man kunne velge mellom. De har heller ikke sett på eventuelle langtidseffekter, noe som kan ha betydning for kreftpasienter som gjerne har smerter hele tiden.

Som studiene til Gallagher et al. (2006) og Krout (2001) viser, er enkeltstående musikkterapibehandlinger effektivt for å få økende kontroll over smerter og musikk gir også redusert smerteopplevelse. Derimot har ingen av studiene undersøkt om eventuell varighet og langtidseffekt av smertelindringen.

Andre positive effekter ved bruk av musikk

Studien til Horne-Thompson og Grocke (2008) hadde som hensikt å undersøke effekten av musikkterapi for å redusere angst til kreftpasienter. Den konkluderer med at angst ble betydelig redusert til deltakerne i eksperimentgruppa, altså de som mottok musikkterapi. 8 av deltakerne i eksperimentgruppa rapporterte reduksjon i angst mellom 1 og 5 poeng på ESAS-skalaen, i kontrast til deltakerne i kontrollgruppa der kun 1 deltaker rapporterte en reduksjon i angst på 1 poeng. Alle 9 skalaer på ESAS ble gjennomgått, og disse viste betydelig reduksjon for smerte, tretthet og døsigheit. Det er bemerkelsesverdig at smerte, tretthet og døsigheit ble så mye redusert hos eksperimentgruppa, da de ikke hadde fått noe informasjon om at musikkterapi kunne ha denne effekten. Dette kan kanskje være med på å bevise at smerter og angst ofte henger sammen. I følge Myskja (2006) blokkerer angst, depresjon og smerter mestringssystemet vårt, noe som gir en selvforsterkende symptomsirkel.

Musikk virker positivt på annet fysisk ubehag enn smerter, det gir en følelse av velbehag og det hjelper deltakerne til å slappe av, noen sovnet til og med under behandlingen (Horne-Thompson og Grocke 2008, Huang, Good og Zauszniewski 2010 og Krout 2001). Mennesker i siste livsfase trenger å bli sett som et helt menneske. Denne helheten kan defineres på det fysiske -, emosjonelle -, mentale -, eksistensielle - og sosiale nivå. Disse henger sammen, påvirker hverandre og fungerer helhetlig. Musikk kan nå følelser og gi dem et språk, slik at de kan bli tilgjengelig for bearbeiding. Dette kan for eksempel dreie

seg om sjokk og avmakt knyttet til det å få en dødsdom. Som helsepersonell må vi ofte fylle tomrommet som oppstår, vi må være de nære, vi må gi næring og vi må gi nærvær. Musikk kan da være et nyttig hjelpemiddel (Myskja 2006). Musikkterapi benyttes for å redusere angst og spenninger, redusere smerte og bedre pasientenes livskvalitet (Risberg 2010).

6.0 Betydningen for videre forskning

Med tanke på funnene ut ifra vår litteraturstudie anbefaler vi videre forskning på bruken av ikke – medikamentelle metoder som komplementær behandling til kreftpasienter i den palliative fasen. Det er tydelig fra forskningen som vi har funnet at intervensjonene har en effekt på smerter, men enda er langtidseffekten av intervensjonene uklare.

Vi synes også det er for lite fokus og forskning på musikk som metode for smertelindring.

Vi ser etter arbeidet med forskningsartiklene hvor viktig det er at vi sykepleiere anvender komplementære metoder som kan bidra til at kreft pasienter oppnår smertereduksjon.

De forskningsartiklene vi har viser god effekt av det, og mer forskning vil styrke opp

under dette. Det har vist seg i mange av forskningsartiklene at pasientutvalget er noe lite.

Et større utvalg vil kunne gi et mer pålitelig resultat. Det bør også satses mer på kvalitativ forskning av denne type komplementær behandling, siden dette sier noe om pasientens opplevelser og meninger om intervensjonene, noe som vi som sykepleiere har god bruk for i praksis og som kan bedre kunnskapen vår om palliativ behandling til kreftpasienter.

7.0 Konklusjon

Hensikten med dette litteraturstudiet var å belyse berøring og musikk som komplementær smertelindring til kreftpasienter. Vi hadde valgt å ha fokus på berøring og musikk som intervensjoner. Hovedfunnene når det gjelder både berøring og musikk viser at det har umiddelbar og betydelig effekt på smerter. Det er imidlertid usikkert om berøring har noen langtidseffekt. Andre positive resultater ses også med blant annet stor forbedring i emosjonelle og psykiske symptomer og plager, spesielt med tanke på angst og depresjon, humør, livskvalitet og generell følelse av velvære. Dette er intervensjoner vi som sykepleiere kan utføre og vi mener det bør være fokus også på ikke medikamentelle metoder for at pasienter skal ha det best mulig, siden man ikke alltid kan oppnå optimal lindring med bare medikamenter. Enkle berøringsteknikker kan integreres i sykepleien, og vi mener dette også er veldig viktig i dagens teknologiske verden, der pasienter gjerne kobles til diverse måleinstrumenter for overvåkning. Verken musikk eller berøring er intervensjoner som er kostbare, men man må ha tid, noe som gjerne kan bli et problem. Vi mener uansett at resultatene er såpass klare at dette er noe det bør være mer fokus på i den daglige sykepleien og i sykepleierutdanningen, og dette er noe vi kommer til å bruke videre.

Når det gjelder Reiki, som er en veldig spesiell form for berøring, ser vi jo også av resultatene at dette ga gode resultater hos deltakerne. Vi har allikevel diskutert metoden mye, fordi den er vanskelig for oss å forsvare. Selv om noen av prinsippene har en god del til felles med terapeutisk berøring, ser vi at dette er noe som utføres av spesielle Reikiterapeuter eller Reikimestere, dette gjør at det kommer noe utenfor vårt fagområde og gjør dette til en intervensjon som vi føler vi ikke kan utføre uten spesiell innføring eller opplæring i det. Det er også litt vanskelig å finne forklaringen på hvordan Reiki virker troverdig.

Kreftforekomsten øker, noe som gjør at vi som sykepleiere mest sannsynlig vil møte på denne gruppen uansett hvor vi kommer til å arbeide i helsevesenet. Dette er en pasientgruppe som har mye smerteproblematikk og ikke minst andre problemer, og vi har derfor en utfordring foran oss både når det gjelder å holde oss faglig oppdatert og med å gjøre det vi kan for å hjelpe pasientene til å lindre deres plager.

Litteraturliste

- Almås et al. 2001. Sykepleie til pasienter med smerter. I *Klinisk sykepleie 1. 3 utg*, red. Almås, Hallbjørg, 65-114. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Cronfalk, Berit Seiger, Strang, Peter, Ternestedt, Britt-Marie og Friedrichsen, Maria. 2009. The existential experience of receiving soft tissue massage in palliative home care- and intervention. *Support Care Cancer* 17: 1203-1211.
- Currin, Jennifer og Meister, Edward Anton. 2008. A hospital based intervention used in massage to reduce distress among oncology patients. *Cancer Nursing* 31(3): 214-221
- Forsberg, Christina og Yvonne Wengström. 2008. *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. 2. Utg. Stockholm: Natur och Kultur.
- Gallagher, Lisa M, Lagman, Ruth, Walsh, Declane, Davis, Mellar P og Legrand, Susan B. 2006. The clinical effects of music therapy in palliative medicine. *Support Care Cancer* 14: 859-866.
- Honervogt, Tanmaya. 1998. *Reiki: veien til harmoni og helbredelse*. Tilgjengelig fra: Bibsys. http://www.nb.no/utlevering/contentview.jsf?&urn=URN:NBN:no-nb_digibok_2008080804112
- Horne-Thompson, Anne og Grocke, Denise. 2008. The effect of music Therapy on anxiety in Patients who are Terminally Ill. *Journal of Palliative Medicine* 11(4): 582-590
- Huang, Shih-Tzu, Good, Marion og Zauszniewski, Jaclene A. 2010. The effectiveness of music in relieving pain in cancer patients: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studie*. 47(2010): 1354-1362.
- Jacobsen, Dag, Kjeldsen, Sverre Erik, ingvaldsen, Baard, Buanes, Trond og Røise, Olav. 2009. *Sykdomslære: Indremedisin, kirurgi og anestesi*. 2.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Jane, Sui-Whi, Wilkie, Diana J, Gallucci, Betty B, Beaton, Randal D, Huang og Hsiu-Ying. 2009. Effects of a full body massage on pain intensity, anxiety and physiological relaxation in Taiwanese patients with metastatic bone pain, pilot study. *Journal of Pain and Symptom Management* 37(4): 754-763.
- Johannessen, Berit. 2008. *Komplementær og alternativ behandling – en grunnbok for sykepleiere*. 1. Utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Kaasa, Stein. 2008. *Palliasjon. Nordisk Lærebok*. 2. Utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kreftregisteret. 2011. *Fakta om kreft – Krefttrender*. <http://kreftregisteret.no/no/Generelt/Fakta-om-kreft/Krefttrender/> (Lest. 13.10.2011)

- Krout, Robert E. 2001. The effects of single-session music therapy intervention on the observed and self-reported levels of pain control, physical comfort and relaxation of hospice patients. *American Journal of Hospice and Palliative Care* 18(6): 383-390
- Kutner, Jean S, Smith, Marlaine C, Corbin, Lisa, Hemphill, Linnea, Benton, Kathryn, Mellis, Karen B, Beaty, Brenda, Felton, Sue, Yamashita, Traci E., Bryant, Lucinda L og Fairclough, Diana L. 2008. Massage therapy versus simple touch to improve pain and mood in patients with advanced cancer. *Annals of Internal Medicine* 149(6): 369- 380
- Malterud, Kirsti.2003. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. 2. Utg. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Myskja, Audun. 2006. *Den siste song – sang og musikk som støtte i rehabilitering og lindrende behandling*. Bergen: Vigmostad og Bjørke Fagbokforlaget AS.
- Norheim, Johan. 2009. *Komplemtær og alternativ medisin – En innføring for helsepersonell*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Norsk vitenskapelig datatjenester. 2011. *Publiseringskanaler*.
<http://dbh.nsd.uib.no/kanaler/> (Lest 17.10.2011)
- Nortvedt, Monica W, Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt og Liv Merete Reinar. 2007. *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.
- Olson, Karin, Hanson, John og Michaud, Mary. 2003. A phase II trial of Reiki for the management of pain in advanced cancer patients. *Journal of Pain and Symptom Management* 26(5): 990-997.
- Reitan, Anne Marie og Schjølberg Tore Kr.(red) 2004. *Kreftsykepleie: Pasient – utfordring – handling*. 2.utg. Oslo: Akribe Forlag.
- Regjeringen. 2011. St.meld.nr.47. *Samhandlingsreformen – rett behandling - på rett sted – til rett tid*.
http://www.regjeringen.no/pages/2206374/PDFS/STM200820090047000DDDPDF_S.pdf (Lest 02.11.2011)
- Risberg, Terje. 2010. *Kreft og alternativ behandling*.1. Utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Risberg, Terje, Odd Georg Nilsen og Erik Wist. 2008. Alternativ og komplementær behandling, I *Palliasjon*. *Nordisk Lærebok*. 2. Utg. Kaasa, Stein, 179-193. Oslo. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Soden, Katie, Vincent, Karen, Craske, Stephen, Lucas,Caroline og Ashley, Sue. 2004. A randomized controlled trial of aromatherapy massage in a hospice setting. *Palliative Medicine* 18: 87-92.

- Sosial-og helsedirektoratet. 2010. Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen. IS -1529. s.16.
http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00021/Nasjonalt_handlingsp_21509a.pdf. (Lest 16.02.2011)
- Tsang, Kathy L, Carlson, Linda E og Olson, Karin. 2007. Pilot crossover trial of Reiki versus rest for treating cancer related fatigue. *Sage Publications* 6(1): 25-35.
- Valand, Eva og Gro Fodstad. 2001. Generell onkologisk sykepleie. I *Klinisk sykepleie 1. 3 utg*, red. Almås, Hallbjørg, 247-270. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Willman, Anna, Peter Stoltz og Christel Bahtsevani. 2006. *Evidensbaserad omvårdnad – En bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. 2. Utg. Lund: Studentlitteratur.

Vedlegg: 1

Artikkel Nr:	Forfattere År Land Tidskrift	Tittel	Hensikt	Metode/ instrument	Deltagere/ frfall	Hovedfunn	Kvalitet
1	Currin, Jennifer. Meister, Edward Anton. 2008 USA Wolters Kluwer Health. <i>Cancer Nursing</i> .	<i>A hospital based intervention used in massage to reduce distress among oncology patients.</i>	Vurdere effekten av intervensjonen "Svensk-massasje" på kreftpasienter opplevelse og nivå av lidelse.	Kvantitativ metode.	251 pasienter	- Betydelig reduksjon av smerte, fysisk og følelsesmessig ubehag. - Utmattelses/ Fatigue betraktelig redusert.	God
2	Soden, Katie. Vincent, Karen. Craske, Stephen. Lucas, Caroline. Ashley, Sue. 2004 Storbritannia. <i>Palliative Medicine</i> .	<i>A randomized controlled trial of aromatherapy massage in a hospice setting.</i>	Å sammenligne effekten av massasje med og uten essensiell olje på fysiologiske symptomer hos de palliative kreftpasientene.	Kvantitativ metode.	42 pasienter.	- Signifikant reduksjon i smerter og forbedret søvn både hos massasje og aromaterapigruppene. - Viste noe bevis for at kreftpasienter kan ha smertelindring umiddelbart etter behandling. - Ingen bevis for langtidseffekten.	God
3	Olson, Karin. Hanson, John. Michaud, Mary 2003 Canada. <i>Journal of Pain and Symptom Management</i> .	<i>A phase II trial of Reiki for the management of pain in advanced cancer patients.</i>	Undersøke om Reiki, sammen med standard opioid er bedre for å mestre smerten, og eventuelt minske bruken av smertestillende etter hvert og bidra til å bedre livskvaliteten.	Kvantitativ metode.	24 pasienter.	- Viste etter første dag med behandling reduksjon av smerte. Bedring av det psykiske og livskvalitet. - Etter 4 dager, betydelig reduksjon av smerte, blodtrykk og hjerterytme. Dette viser at smertelindringen er troverdig. - Effekten varte i følge pasientene i 2- 3 dager.	God
4	Jane, Sui-Whi. Wilkie, Diana J. Gallucci, Betty B. Beaton, Randal D.	<i>Effects of a full body massage on pain intensity, anxiety and physiological</i>	Beskrive gjennomførbarheten og langtidseffekten av	Kvantitativ metode. Pasientene beskriver også	30 pasienter	Umiddelbar smertereduksjon. Effekt varte også 16 – 18 timer etter intervensjonen. Reduksjonen av angst var også mindre enn før etter	Middels

	Huang, Hsiu-Ying. 2009. USA <i>Journal of Pain and Symptom Management</i>	<i>relaxation in Taiwanese patients with metastatic bone pain, pilot study</i>	massasjeterapi hos Taiwanske kreftpasienter med skjelettmetastaser.	opplevelsene av intervensjonen.		16 -18 timer etter intervensjonen.	
5	Kutner, Jean S. Smith, Marlaine C. Corbin, Lisa. Hemphill, Linnea. Benton, Kathryn. Mellis, Karen B. Beaty, Brenda. Felton, Sue. Yamashita, Traci E. Bryant, Lucinda L. Fairclough, Diana L. 2008. USA <i>Annals of Internal Medicine.</i>	<i>Massage therapy versus simple touch to improve pain and mood in patients with advanced cancer.</i>	Undersøke effekten av massasje for å redusere smerte og ubehagelige symptomer hos pasienter med avansert kreft. Om dette bidrar til bedring av livskvalitet blant denne pasientgruppen.	Kvantitativ metode.	380 pasienter fra 15 forskjellige sykehus.	- Massasje har umiddelbar effekt på smerter og humør hos pasienter med avansert kreft. - Begge gruppene hadde statistisk, men ikke klinisk forbedring når det gjaldt smerte og livskvalitet over lengre tid. - Studien bekrefter at massasje kan være mer effektiv en enkel berøring for å redusere smerte.	God
6	Tsang, Kathy L. Carlson, Linda E. Olson, Karin. 2007. Canada <i>Sage Publications</i>	<i>Pilot crossover trial of Reiki versus rest for treating cancer related fatigue</i>	Undersøke effekten av Reiki (energiberøring) på kreftsymptomer som smerte, tretthet, angst og generell livskvalitet.	Kvantitativ metode.	16 pasienter.	- Statisk signifikant forskjell på fatigue før og etter intervensjonen hos gruppen som fikk Reiki behandling. - Viser funn som tyder på at det kan ha en langstidseffekt.	Middels
7	Gallagher, Lisa M. Lagman, Ruth. Walsh, Declane. Davis, Mellar P. Legrand, Susan B. 2006. USA. <i>Support Care Cancer.</i>	<i>The clinical effects of music therapy in palliative medicine.</i>	Hensikten var å finne ut om individuell musikk terapi hadde en klinisk effekt på kreft pasienter i den palliative fasen.	Kvantitativ metode m/intervju.?	200 pasienter.	- Individuell musikkterapi hadde god effekt på pasient som smertelindring. - Pasient og pårørende sitt humør betydelig bedre. - Klassisk og Gospel var mest populært å høre på.	Middels
8	Horne-Thompson, Anne. Grocke, Denise.	<i>The effect of music</i>	Undersøke effekten av en	Kvantitativ metode.	25 pasienter.	- Undersøkelsen viste betydelig reduksjon av smerte, tretthet og	Middels.

	2008. Australia. <i>Journal of Palliative Medicine.</i>	<i>Therapy on anxiety in Patients who are Terminally Ill.</i>	enkeltstående musikkterapi behandling for å redusere angst hos dødelig syke pasienter.			angst. Og dette var bemerkelsesverdig at smerte, og tretthet ble så mye redusert hos eksperimentgruppa, da de ikke hadde fått informasjon om at musikkterapi kunne brukes som smertelindring.	
9	Cronfalk, Berit Seiger. Strang, Peter. Ternstedt, Britt-Marie. Friedrichsen, Maria. 2009. Sverige <i>Support Care Cancer.</i>	<i>The existential experience of receiving soft tissue massage in palliative home care- and intervention.</i>	Undersøke hvordan palliative kreftpasienter opplever bløtvevs massasje og finne den subjektive effekten av denne type massasje.	Kvalitativ metode m/intervju.	22 pasienter.	<ul style="list-style-type: none"> - Massasjen var en distraksjon fra smerten, den reduserte smerten og angsten. - Dette gjorde at de slappet mer av og sov bedre om natta. - <i>Massasjen ga velvære og avslapping.</i> En følelse av å være ”fri” fra sykdommen. - <i>Et pusterom!</i> - Det ble dagens høydepunkt og satt pris på oppmerksomheten. - De følte mer glede og tilfreds, samt at kroppen var friskere og dette varte i dager. 	Middels
10	Huang, Shih-Tzu. Good, Marion. Zauszniewski, Jaclene A. 2010. USA. <i>International Journal of Nursing Studies.</i>	<i>The effectiveness of music in relieving pain in cancer patients: A randomized controlled trial</i>	Undersøke hvilken effekt kreftpasienter hadde av beroligende musikk på kreftsmarter.	Kvantitativ metode m/intervju.	126 pasienter.	<ul style="list-style-type: none"> - Musikk ga betydelig mindre smerter. - Viste ingen forskjell på resultatet mellom de som valgte amerikansk musikk framfor taiwansk musikk. - Musikk fikk pasientene til å slappe av, og ble distraheret fra smerten. - Også nyttig for å få sove. 	God.

Vedlegg: 2

P Person/pasient/problem (population/problem)	I Intervensjon (Intervention)	O Utfall (Outcome)

Vedlegg: 3

Evidensbaserad omvårdnad

Bilaga G

Exempel på protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvantitativ metod

Beskrivning av studien

Forskningsmetod RCT CCT (ej randomiserad)
 multicenter, antal center
 Kontrollgrupp/er

Patientkaraktäristika Antal
Ålder
Man/Kvinna

Kriterier för exkludering

Adekvata exklusioner Ja Nej

Intervention
.....
.....

Vad avsåg studien att studera?

Dvs. vad var dess primära resp. sekundära effektmått
.....
.....

Urvalsförfarandet beskrivet? Ja Nej

Representativt urval? Ja Nej

*Randomiseringsförfarande
beskrivet?* Ja Nej Vet ej

Likvärdiga grupper vid start? Ja Nej Vet ej

*Analyserade i den grupp som de
randomiserades till?* Ja Nej Vet ej

Blindning av patienter? Ja Nej Vet ej

Blindning av vårdare? Ja Nej Vet ej
 Blindning av forskare? Ja Nej Vet ej

Bortfall

Bortfallsanalysen beskriven? Ja Nej
 Bortfallsstorleken beskriven? Ja Nej
 Adekvat statistisk metod? Ja Nej
 Etiskt resonemang? Ja Nej
 Hur tillförlitligt är resultatet?
 Är instrumenten valida? Ja Nej
 Är instrumenten reliabla? Ja Nej
 Är resultatet generaliserbart? Ja Nej

Huvudfynd (hur stor var effekten?, hur beräknades effekten?, NNT, konfidensintervall, statistisk signifikans, klinisk signifikans, powerberäkning)

.....

Sammanfattande bedömning av kvalitet

Bra Medel Dålig

Kommentar

.....

Granskare sign:

Bilaga H

Exempel på protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvalitativ metod

Beskrivning av studien

Tydlig avgränsning/problemformulering? Ja Nej Vet ej

Patientkaraktistika
Antal
Ålder
Man/kvinna

Är kontexten presenterad? Ja Nej Vet ej

Etiskt resonemang? Ja Nej Vet ej

Urval

– Relevant? Ja Nej Vet ej

– Strategiskt? Ja Nej Vet ej

Metod för

– urvalsförfarande tydligt beskrivet? Ja Nej Vet ej

– datainsamling tydligt beskriven? Ja Nej Vet ej

– analys tydligt beskriven? Ja Nej Vet ej

Giltighet

– Är resultatet logiskt, begripligt? Ja Nej Vet ej

– Råder datamättnad? Ja Nej Vet ej

– Råder analysmättnad? Ja Nej Vet ej

Kommunicerbarhet

– Redovisas resultatet klart och tydligt? Ja Nej Vet ej

– Redovisas resultatet i förhållande till en teoretisk referensram? Ja Nej Vet ej

Genereras teori? Ja Nej Vet ej

Huvudfynd

Vilket/-n fenomen/upplevelse/mening
beskrivs? Är beskrivning/analys adekvat?

.....
.....
.....
.....
.....

Sammanfattande bedömning av kvalitet

Bra Medel Dålig

Kommentar

.....
.....

Granskare (sign)