

Kommunikasjon og kroniske smerter

Hvilken betydning har kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient med kroniske smerter, for mestring av tilstanden?

Kandidatnummer:479
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i Sykepleie, emne 14 B

Antall ord: 7227
Dato:09.04.2021



Lovisenberg
diakonale høgskole

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 09.04.2021
Tittel: Kommunikasjon og kroniske smerter	
<p><u>Problemstilling</u> Hvilken betydning har kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient med kroniske smerter, for mestring av tilstanden?</p> <p><u>Teoretisk perspektiv</u> Oppgaven tar utgangspunkt i profesjonell kommunikasjon som er personsentrert. Joyce Travelbee sin relasjonsteori og sykepleiers behandlende og undervisende funksjon i møte med pasienter med kroniske smerter er utgangspunkt for drøftingen av funnene i litteraturstudiet, i tillegg til etiske og juridiske rammer for sykepleiepraksis.</p> <p><u>Metode</u> Dette er en litterær oppgave som tar utgangspunkt i allerede eksisterende forskning og relevant faglitteratur for å besvare problemstillingen. Forskning ble funnet i to ulike databaser: PubMed og Svemed +, der artikler som så på kommunikasjonen mellom helsepersonell og pasienter med kroniske smerter, samt betydning for mestring ble inkludert.</p> <p><u>Drøfting</u> Tidligere beskrevet teori og fagkunnskap blir diskutert med funnene fra litteratursøket, for å forsøke å besvare problemstillingen. Tre ulike perspektiver viste seg som relevant, der utforskning av pasientens perspektiv, effektiv kommunikasjon (aktiv lytting), og sykepleiers tilnærming var temaer som var viktig i henhold til sykepleiers kommunikasjon og pasientens mestring.</p> <p><u>Konklusjon</u> Kommunikasjon som fremmet pasientens perspektiv, kan bidra til at sykepleier kartlegger hva som er viktig for dem og hva som er pasientens helseprosjekt. Å lytte aktivt og støtte pasienten er viktig for å dele informasjon og gi tilpasset undervisning, samt at pasienten føler seg sett og hørt. Det bidrar også til at pasienten er medbestemmende. Å møte pasienten med forståelse og som et unikt menneske med iboende verdi, kunne det bidra til å gi håp og styrke. Det motsatte, der pasienten føler seg misforstått hadde konsekvens for tillitsforholdet. Det kan det stå i veien for at sykepleier kan bidra til pasientens mestring.</p>	

(Totalt antall ord:258)

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.1.1	Oppgavens formål og problemstilling	2
1.1.2	Avgrensning og presisering av problemstilling	2
1.1.3	Begrepsavklaring	2
2	Teori	3
2.1	Smerter	3
2.2	Kroniske smerter	3
2.2.1	Usynlig smerte	4
2.2.2	Leve med kroniske smerter	4
2.3	Profesjonell kommunikasjon	5
2.3.1	Kommunikasjon og mestring	6
2.3.2	Tillit og makt	6
2.4	Sykepleiers rolle og kontekst	7
2.4.1	Undervisende funksjon	7
2.4.2	Etiske rammer	8
2.4.3	lovverk	8
2.5	Joyce Travelbee	9
2.5.1	Menneske-til-menneske-forholdet	9
2.5.2	Mestre sykdom	9
2.5.3	Håp	10
3	Metode	11
3.1	Litteratursøk	11
3.2	Inklusjon -og eksklusjonskriterier	13
3.3	Faglitteratur	13
3.4	Kildekritikk	14
3.5	Etiske vurderinger	15
4	Resultater	16
5	Drøfting	19
5.1	Utforske pasientens perspektiv	19
5.2	Effektiv kommunikasjon	21
5.3	Sykepleiers tilnærming	22
5.4	Konsekvenser av en negativ tilnærming	23
6	Avslutning	25
7	Referanseliste	26
8	Vedlegg	30

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Kroniske smerter omtales som et folkehelseproblem som rammer omtrent 30 % av den norske befolkningen (Breivik et al., 2006; Landmark et al., 2012). Smerter er den vanligste årsaken til kontakt med helsevesenet. Halvparten av alle voksne som oppsøker lege har smerter, og 40 % av disse har hatt smertene i mer enn 3 måneder. Den vanligste årsaken er muskel- og skjelettplager (Folkehelse rapporten, 2014). Pasienter med kroniske smerter er overrepresentert i allmennpraksis i de øvrige skandinaviske landene (Hasselstrom, 2002; Eriksen, 2003). Tall fra Danmark viser at denne pasientgruppen har flere liggedøgn på sykehus sammenlignet med resten av befolkningen (Becker, 1997). En europeisk undersøkelse viste at kroniske smerter er assosiert med redusert livskvalitet. Halvparten av de med kroniske smerter oppga at de følte seg slitne og 40% følte seg hjelpeløse og slet med å fungere normalt. Mer enn to tredjedeler hadde problemer med å være fysisk aktive og slet med søvn (Breivik et al., 2006).

En fagartikkel utgitt av Sykepleien, med tittelen «*Pasienters kroniske smerter kan være usynlig for sykepleiere*», fremhevet rollen sykepleieren har for pasienter med kroniske smerter (Heggen et al., 2020). Artikkelen trekker frem at kroniske smerter vil ofte ikke være synlig for omverdenen, og mange pasienter med kroniske smerter har opplevd å ikke bli trodd eller forstått. Dette kan utfordre tillitsforholdet mellom pasient og sykepleier, samt omsorgen pasienten mottar. Videre kom det frem at en relasjon preget av gjensidig forståelse og respekt vil kunne bedre pasientens mestring av smertene. Dette støttes i forskning som konkluderer med at en relasjon som bygger på tillit mellom sykepleier og pasient fremmer pasientens egen mestring av kroniske smerter (Paul-Savoie et al., 2018; Hansson et al., 2011). I en Europeisk rapport om smertebehandling blir kommunikasjonen mellom pasient og helsepersonell også trukket frem som et område som burde forbedres for å gi bedre behandling til pasienter med kroniske smerter (Becker et al., 2010, s. 14).

Det understreker at sykepleieren har en viktig rolle i møte med denne pasientgruppen. En viktig oppgave for sykepleier i møte med pasienter med langvarige smerter, er å bidra til at pasienten kan mestrene smertene og konsekvensene av de (Danielsen et al., 2017; Tauben & Stacey, 2020).

1.1.1 Oppgavens formål og problemstilling

På bakgrunn av dette, ønsker jeg i denne oppgaven å se nærmere på betydningen av kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient med kroniske smerter, for å mestre det å leve med kroniske smerter. Problemstillingen skal besvares ved å utføre et litteratursøk. Utgangspunktet for sykepleieperspektivet i oppgaven er Joyce Travelbee sin teori om mellommenneskelige forhold i sykepleie, samt sykepleiers behandlende og undervisende funksjon i møte med pasienter med kroniske smerter på sykehus. På bakgrunn av dette har jeg kommet frem til følgende problemstilling:

«Hvilken betydning har kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient med kroniske smerter, for mestring av tilstanden»?

1.1.2 Avgrensning og presisering av problemstilling

Målgruppe: er voksen pasient (over 18 år) som har kroniske smerter (mer enn 3 mnd.). Jeg har ikke tatt utgangspunkt i en spesifikk diagnose, men i samlebetegnelsen kroniske smerter. Som avgrensning har jeg valgt å ikke ta med smerter knyttet til kreft. Oppgaven skal ikke ta for seg medikamentell smertelindring, men ikke-medikamentell, med fokus på verbal og non-verbal kommunikasjon.

Kontekst: Fordi kroniske smerter er et utbredt helseproblem, vil man kunne møte denne pasientgruppen overalt (primærhelsetjenesten, institusjon og spesialhelsetjenesten). Jeg ønsker å ta utgangspunkt i at sykepleier møter pasienten i spesialhelsetjenesten, på sykehus, da det ofte er andre tilleggsdiagnoser som er årsaken til innleggelse, men at langvarige smerter er en del av utfordringen knyttet til å ivareta pasientens grunnleggende behov.

1.1.3 Begrepsavklaring

Mestring er et vidt begrep som kommer fra psykologi og kan i korte trekk betegnes som hvordan en *«person håndterer oppgaver og utfordringer som vedkommende møter i livsløpet»* (Svartdal, 2018). I denne oppgaven benyttes mestringsbegrepet som en beskrivelse for hvordan man håndterer og forholder seg til ulike utfordringer knyttet til kroniske smerter

2 Teori

Dette kapittelet skal beskrive teori knyttet til kroniske smerter, mestring av smertene og profesjonell kommunikasjon. Videre skal oppgaven ta for seg sykepleiers behandlende- og undervisende funksjon på sykehus, samt etisk og juridisk rammeverk. Til sist skal Joyce Travelbee sin relasjonsteori presenteres, med fokus på mestring og håp.

2.1 Smerter

Smerte blir definert som «*en ubehagelig sensorisk eller emosjonell opplevelse assosiert med faktisk eller potensiell vevskade, eller beskrevet som slik skade*». (International Association for the Study of Pain, 2019).

Smerter påvirkes av smertestimuli, men også vår egen tolkning av smerten er med på å regulere smerten som oppleves. Smerteimpulser ledes fra kroppen til hjernen via spesielle nervebaner. Smerteimpulsene påvirkes av transmitterstoffer, videre i hjernen bearbeides og tolkes smerteimpulsene. I tillegg til å ha en nervebane for smerteimpulser fra skadet vev kan ikke-smerteførende nervefibre bremse videreføringen av smerteimpulser og redusere smerte. Smerten kan hemmes gjennom de nedadgående baner slik at smerteoverføringen til hjernen hemmes. (Danielsen et al., 2016, s. 384-385).

Smerte er også en sammensatt og subjektiv opplevelse. Det er kun den som kjenner smerten som selv vet hvordan det føles, hvor intenst og hvor lenge den varer. Den som opplever smertene, kan oppleve en ensomhet i det å ikke kunne få en annen til å forstå sin egen smerte. Dersom den som skal hjelpe ikke oppfatter smerten vil det ytterligere forsterke en form for ensomhet og følelse av hjelpeløshet (Danielsen et al., 2016, s. 383).

2.2 Kroniske smerter

Kronisk smerte er definert som vedvarende eller stadig tilbakevendende smerte som varer i minst 3 måneder (Treede et al., 2015). Akutte smerter forsvinner når årsaken til smertene leges. Kroniske smerter skiller seg fra akutte ved at de ofte er til stede daglig og over tid (Danielsen et al., 2016, s. 386). I tillegg til at kroniske smerter har lenger varighet, ser man også at det skjer endringer i immun-, nerve- og hormonsystemet. Opprettholdelsen av smertene tilskrives cytokiner og stresshormoner som kortisol som frigis i kroppen. Smerter fra muskel- og skjelettsystemet er mest vanlig. Det er ofte uklare årsaker til smertene, men mange kan få langvarige smerter etter skader, ulykker, kirurgi og dårlig behandlede akutte skader.

Man ser også en høyere forekomst av kroniske smerter med økende alder (Danielsen et al., 2016, s. 415).

2.2.1 Usynlig smerte

Smertens karakter avgjør i hvilken grad smerten er synlig for andre. Ved sterke akutte smerter kan man observere endringer i det autonome nervesystemet som rask puls. Derimot ved kroniske smertetilstander har pasienten få eller ingen observerbare tegn til smerte, og pasienten må fortelle om smertene for å bli trodd (Danielsen et al., 2016, s. 383). En europeisk undersøkelse viste at 41 % av de som har kroniske smerter føler at andre tviler på at de lider av en tilstand (Baker et al., 2010, s. 14). Det samme problemet kan oppstå i relasjonen mellom pasient og sykepleier. Pasienter med kroniske smerter kan føle at sykepleier ikke har tillit til de smerteopplevelsene de har. Dette gjør relasjonen vanskelig og mindre omsorgspreget (Hansson et al., 2011; Heggen et al., 2020). Mangel på tillit mellom de to kan føre til at pasienten har mistillit til behandlingen og sykepleieren. Konsekvensen er stor da en tillitsfull relasjon legger grunnlaget for å kunne ha en åpen dialog og gi mulighet for å mestre smertene og en utfordrende livssituasjon (Heggen et al., 2020).

2.2.2 Leve med kroniske smerter

Å leve med langvarige smerter påvirker personen fysisk, psykisk, åndelig og sosialt. Det kan også redusere livskvaliteten betraktelig og ha en innvirkning på dagliglivet (Danielsen et al., 2016, s. 415). Å leve med kroniske smerter kan gi pasienten problemer med å gå, sove, utføre husarbeid, delta på sosiale aktiviteter og opprettholde et selvstendig liv. Videre kan smertene bli forverret av å utføre aktiviteter på dagen (Breivik et al., 2006). Det er også sett at ADL-funksjonen til personer med kroniske smerter ble redusert med så mye som 30% til 50 % som følge av smertene (Miro et al., 2007).

Det er rapportert om en økt forekomst av psykiske lidelser som depresjon, angst og selvmord blant pasienter som lider av kroniske smerter (Dueñas et al., 2020; Tang & Crane, 2006). Mange pasienter med kroniske smerter har i tillegg redusert arbeidsevne som følge av sin smertetilstand. Dueñas og kollegaer (2020) så at kroniske smerter hadde sammenheng med sykefravær, i tillegg til å miste jobben eller bli arbeidsledig grunnet smertene. Relasjoner som venner og familielivet kan og bli påvirket og mange kan bli sosialt mer isolert som følge av smertene (Dueñas et al., 2020; Danielsen et al., 2016, s. 416).

2.3 Profesjonell kommunikasjon

«Kommunikasjon i en relasjon handler om å utveksle verbale og nonverbale tegn og signaler mellom to eller flere» (Eide & Eide, 2017, s. 17). God profesjonell kommunikasjon er ifølge Eide og Eide faglig fundert, men også «personsentrert, der man er åpen og anerkjennende til den andre som en unik person» (Eide & Eide, s. 16-17).

Tiknytning betyr å etablere en god relasjon og skapes ved å anvende personsentrert kommunikasjon (Eide & Eide, s. 20). Personsentrert kommunikasjon innebærer å se den andre ikke bare som pasient, men som en hel person med iboende ressurser muligheter, og egne verdier, mål og individuelle ønsker (Eide & Eide, 2017, s. 16). For å anvende personsentrert kommunikasjon kreves det at sykepleieren er oppmerksom og til stede i møtet med pasienten. Videre er det viktig å lytte og tolke både verbale og nonverbale tegn. Eksempler er ansiktsuttrykk, kroppsspråk og stemmebruk, som sykepleier må bruke for å lese mellom linjene og oppfatte det som kommuniseres indirekte. Viktige egenskaper for å få til dette er å lytte aktivt og være til stede, slik at den andre opplever å bli sett, hørt og forstått (Eide & Eide, 2017, s. 17).

Aktiv lytting kan bidra til å ivareta pasientens behov for selvbestemmelse og kompetanse. Kommunikasjon som tar utgangspunkt i å lytte aktivt, undersøker hva pasienten selv opplever og tenker på som viktig. Aktiv lytting betyr ikke kun å lytte til det pasienten sier, men å anvende ulike kommunikasjonsformer for å etablere kontakt, innhente nødvendig informasjon og til sist vise at man hører, ser og forstår den andre (Eide & Eide, 2017, s. 117). Ved å benytte prinsippene bak aktiv lytting ivaretas pasientens perspektiv i behandlingen og man anerkjenner deres behov for medbestemmelse (Eide & Eide, 2017, s. 20).

En viktig kommunikasjonsferdighet for sykepleier er å få frem pasientperspektivet. Pasienten er den som har best kunnskap om seg selv og er viktig for å stille riktig diagnose og gi god behandling. I samtalen burde både sykepleier og pasient være likeverdige, for å få en felles forståelse mellom hverandre. Det er viktig at sykepleieren ikke forsøker å forstå pasienten bedre enn de forstår seg selv. Begge parter stiller med hver sin kunnskap, der sykepleieren er «ekspert på behandling og pleie, men pasienten er eksperter på hvilke implikasjoner behandlingen får for deres hverdag» (Heyn, 2018, s. 16). Ved å stille åpne spørsmål, der pasienten ikke bare svarer ja eller nei, kan sykepleier invitere pasienten til å svare mer

utfyllende. Dette bidrar til at sykepleier kan utforske og få frem pasientens perspektiv (Heyn, 2018, s. 17).

2.3.1 Kommunikasjon og mestring

Profesjonell kommunikasjon kan også bidra til at pasienten håndterer helseutfordringer bedre. Ved bruk av kommunikasjon som er personsentrert og der sykepleier lytter aktivt, ivaretar det pasientens behov for **selvbestemmelse, tilknytning og kompetanse**. Dette legger til rette for mestring ved å styrke pasientens motivasjon til å gjennomføre sitt helseprosjekt (Eide & Eide, 2017, s. 19). Å finne ut hva som er pasientens helseprosjekt handler om å finne ut hva som er viktig for den andre. Det er ikke sikkert det handler mest om sykdom og helse, det kan så vel være hva som er meningsfullt for dem. Det er viktig å finne ut hva som er deres personlige mål, og verdier som de ønsker å realisere (Eide & Eide, 2017, s. 29). For sykepleier handler det ikke om å utføre arbeidet for pasienten, men snarere medvirke til at pasienten kan mestre utfordringene sine. Dette kan også gjøres ved å bidra med kunnskap og informasjon til pasienten som styrker dem i kunne mestre utfordringene. (Eide & Eide, 2017, s. 49).

2.3.2 Tillit og makt

I kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient oppstår det et forhold mellom tillit og makt. I kraft av å være helsepersonell vil personer som søker hjelp lettere vise sin sårbarhet når de søker hjelp. Ved å vise denne tilliten åpner de seg samtidig opp for at den kan bli misbrukt. Helsepersonell har derfor et etisk ansvar om å ikke misbruke makten som oppstår i slike tillitsrelasjoner. Pasienten er mer sårbar, og har ikke nødvendigvis oversikt over hva sykdommen betyr, eller hva de selv har behov for. De våger seg derfor frem for å bli imøtekommet av helsepersonellet. De har troen på at helsepersonellet vil dem vel og har den kompetansen som skal til. Helsepersonellet sin makt kan illustreres ved hvordan de imøtekommer pasienten som har behov for hjelp. De kan velge å lytte eller avvise, støtte eller krenke og gi hjelp eller gå forbi (Eide & Eide, 2017, s. 27).

2.4 Sykepleiers rolle og kontekst

Sykepleieren har ulike ansvars- og funksjonsområder. På sykehus er sykepleierens behandlende funksjon relevant, der sykepleieren har ansvar for å kartlegge pasientens behov for sykepleie, vurdere, planlegge tiltak og evaluere effekten av disse (Nortvedt & Grønseth., 2016, s. 22). Hos pasienter med kroniske smerter er ikke nødvendigvis målsettingen å bli smertefri, da det ikke alltid vil være mulig (Danielsen et al., 2016, s. 422). Etter at sykepleier har kartlagt pasientens smerter og hvordan de påvirker livet, kan man bidra til at grunnleggende behov ivaretas. Eksempelvis kan sykepleier bidra til å finne en balanse mellom aktivitet og hvile ved kartlegging av søvn og hvilemønster. Målet er at pasienten skal bli uthvilt og slik unngå uheldige konsekvenser som utmattelse, problemer med å mestre hverdagen, nedsatt humør, utmattelse og depresjon (Danielsen et al., 2016, s. 422). Videre kan tapet av funksjonsevne føles som en sorg, på lik linje med å miste et organ, og pasienten kan ha et behov for hjelp og støtte i prosessen (Danielsen et al., 2016, s. 422). Å opprettholde en følelse av kontroll, bevare et positivt selvbilde, ha håp i situasjonen, samt motta hjelp til mestring er viktige punkter for pasientgruppen for å kunne håndtere utfordringen de lever med (Danielsen et al., 2016, s. 421).

2.4.1 Undervisende funksjon

Gjennom sykepleiers undervisende funksjon skal man informere, undervise og veilede pasienter, med mål om å fremme trygghet og hjelpe pasienten til å forstå og mestre konsekvensene av sykdom og behandling (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 23). I mange tilfeller vil behandling av kroniske smerter omfatte ulike områder av både medikamentelle og ikke- medikamentelle tiltak. Blant de ikke- medikamentelle tiltakene er det aktuelt for sykepleieren å hjelpe pasienten å identifisere og finne mening på tross av sykdom. Pasientundervisning er viktig for å fremme sykdomsforståelse og motivere pasienten til å opprettholde og ivareta livskvalitet ved å bedre funksjon, humør og søvn (Tauben & Stacey, 2020). Eksempler er at sykepleier hjelper pasienten å akseptere smerten, og lærer å leve med dem, så vel som å lære strategier for å mestre smertene. Eksempler kan være negative følelser, angst, uro, skyldfølelse og depresjon som står i veien for å ha det bra på tross av smertene (Danielsen et al., 2016, s. 421).

2.4.2 Etiske rammer

Som sykepleier har man et etisk ansvar i henhold til yrkesutøvelse. I møtet med pasienten skal sykepleieren sørge for å ivareta den enkelte pasients verdighet og integritet, under dette ligger rett til omsorgsfull hjelp, være medbestemmende og retten til å ikke bli krenket (Norsk sykepleierforbund, 2019). Andre aktuelle punkter for etisk yrkesutøvelse er punkt 2.2 i yrkesetiske retningslinjer som sier at «*sykepleieren understøtter håp, mestring og livsmot hos pasienten*», og punkt 2.10 som fremhever at «*sykepleieren har ansvar for å yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse*» (Norsk Sykepleierforbund, 2019).

Et etisk problem i sosialt arbeid er konseptet objektivisering. Objektivisering beskrives som når noe går fra å være en person til å bli en sak eller et objekt. Når objektivisering skjer mellom hjelper og pasient kan det påvirke den moralske relasjonen de deler, og det oppstår en konflikt mellom den objektive tilnærmingen og det å kunne forstå mennesket (Fjørtoft & Skorstad, 1998, s. 72). Objektivisering strider imot det å behandle individet som person, og gir grunnlag til at den profesjonelle vet mer enn personen selv. Dette kan føre til en form for paternalisme som står i konflikt med personens egen autonomi, som handler om individets selvbestemmelse og verdighet (Fjørtoft & Skorstad, 1998, s. 74-75). Paternalisme er en motvekt til autonomi, der noe bestemmer over hvilke, generelle, materielle og sosiale behov et individ har (Fjørtoft & Skorstad, 1998, s. 76)

2.4.3 lovverk

Lovverket stiller krav til at pleien sykepleier gir skal være forsvarlig og omsorgsfull. I helsepersonelloven står det at man «*skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig*» (Helsepersonelloven, 1999, §4). Videre er det aktuelt for denne oppgaven å anvende kapittel tre i pasient- og brukerrettighetsloven, som beskriver pasientens rett til informasjon og medvirkning i behandling (Pasient-og brukerrettighetsloven, 1999).

2.5 Joyce Travelbee

Som et teoretisk rammeverk ønsker jeg å benytte Joyce Travelbee sin relasjonsorienterte sykepleieteori. Hun beskriver sykepleie som en mellommenneskelig prosess der selve hensikten til den profesjonelle sykepleier er å hjelpe et individ, familie eller samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og finne mening i disse erfaringene (Travelbee, 1999, s. 29). Sentralt i hennes teori er et menneskesyn som tar utgangspunkt i at hvert individ er unikt og har en iboende verdi og verdighet. Hun er imot det å benytte begrepet «pasient» fordi det er en merkelapp som fører til generalisering og går imot det å se det unike i mennesket (Travelbee, 1999, s. 60). Videre i oppgaven vil jeg likevel benytte «pasient», for å gjøre oppgaven enklere å lese og forstå.

2.5.1 Menneske-til-menneske-forholdet

Hensikten til sykepleien blir aktualisert gjennom en etablering av menneske-til-menneske-forholdet. Hennes teori går ut på at både pasient og sykepleier oppfatter og forholder seg til hverandre som unike individer, ikke som merkelappen «sykepleier og «pasient». Det handler om at sykepleier blir kjent med pasienten og finner ut hvordan ivareta behovene til vedkommende på best mulig måte. Gjennomgående er tanken om at sykepleier oppfatter pasienten som et unikt menneskelig individ, ikke bare en «sykdom» eller «en jobb som skal gjøres» (Travelbee, 1999, s. 172, 178).

Travelbee hevder at forholdet etableres over tid og forklares gjennom fire ulike faser (møtet, fremvekst av identiteter, empati, sympati og medfølelse) som kulminerer i gjensidig forståelse og kontakt. Hun understreker at for å oppnå dette må sykepleieren kunne bruke seg selv terapeutisk i møte med pasienten (Travelbee, 1999, s. 136). Det å benytte seg selv terapeutisk innebærer å bruke egen personlighet og kunnskaper for å påvirke en forandring, med hensikt om å lindre plager hos den syke (Travelbee, 1999, s. 44). Det handler ikke kun om sykepleiers vennlighet, men at hun kan kombinere det med kunnskap og formidle det til pasienten, ikke som et objekt, men som et menneske (Travelbee, 1999 s. 45).

2.5.2 Mestre sykdom

For å mestre sykdom som en erfaring er det ifølge Travelbee viktig at sykepleieren etablerer en tilknytning til pasienten, og formidler at vedkommende blir forstått og at de ikke er alene. Sykepleier må derfor klare å sette seg inn i hvordan pasienten selv oppfatter sin egen sykdom. I en situasjon der det ikke er mulig å gi håp om helbredelse, slik som ved kronisk sykdom, er

det er viktig at sykepleier setter seg inn i den syke sine holdninger til egen sykdom. Hun påpeker i denne sammenheng at *«en dyktig sykepleier vet at et av de største problemene vil være den sykes egen holdning til sykdommen, på grunn av alle konsekvensene det kan få for ham selv og familien»*. Videre kan disse konsekvensene gjøre det vanskeligere for pasienten å leve med sykdommen (Travelbee, 1999, s. 36).

2.5.3 Håp

Travelbee skriver at håp kan gjøre mennesker i stand til å mestre vonde og vanskelige situasjoner, ensomhet og lidelse. Videre har håp en sammenheng med tillit og utholdenhet (Travelbee, 1999, s. 117). Der tillit gjør at man har troen på at andre mennesker vil yte hjelp når de har behov for det, og utholdenhet gjør at man fortsetter for å prøve å løse sine problemer, lindre plager eller endre sin tilstand (Travelbee, 1999, s. 120).

Sykepleieren sin rolle er å gi håp eller unngå håpløshet. Dette kan gjøres ved at sykepleier er tilgjengelig og villig til å hjelpe, som å lytte når pasienten gir uttrykk for bekymring eller angst. Det er gjennom kommunikasjonen at sykepleieren kan få informasjon om hvordan den syke oppfatter sykdommen sin, hva vedkommende selv har oppfattet av hva som må gjøres for å ivareta sin egen helse, og hvilke tanker pasienten har om sin egen prognose. (Travelbee, 1999, s. 124). Sykepleieren må være åpen for å snakke om hva pasienten er opptatt av å se både de fysiske og psykiske problemene pasienten opplever (Travelbee, 1999, s. 123). For å ivareta tilliten, som er viktig for å gi håp, bør sykepleier vise gjennom atferden at man ønsker å hjelpe pasienten når behovet oppstår, ikke vente på at pasienten skal gi uttrykk for dette selv. Sykepleieren kan ikke «gi» håp, men heller legge til rette for dette ved sine handlinger og væremåte slik at pasienten opplever håp i situasjonen (Travelbee, 1999, s. 124).

3 Metode

Dette er en litterær oppgave, som betyr at kunnskapen blir hentet fra eksisterende forskning- og faglitteratur for å belyse og besvare problemstillingen på best mulig måte (Dalland, 2017, s. 207). Videre skal fremgangsmetoden i litteratursøket beskrives og presenteres i en søketabell. Deretter begrunnes hvordan relevante artikler ble valgt og vurdering som har blitt tatt knyttet til øvrig faglitteratur som har blitt tatt med i oppgaven. Til sist skal jeg beskrive kildekritikk og hvilke etiske vurderinger som har blitt gjort.

3.1 Litteratursøk

For å finne forskning til å belyse problemstillingen har jeg hovedsakelig benyttet PubMed som inneholder artikler fra både medisinske og helsefaglige tidsskrifter, da det var begrenset med artikler som tok utgangspunkt i kun sykepleiefaget benyttet jeg ikke CINAHL. SveMed + ble anvendt for en av artiklene. Det er en database med nordiske medisinske og helsefaglige tidsskrift, der man kan bruke svenske og engelske MeSH- emneord i søket. Jeg benyttet emneord fremfor søkeord der det var mulig for å finne det mest sentrale innholdet i artiklene (Thidemann, 2019, s. 86).

For å finne søkeord benyttet jeg ordet «communication» med «chronic pain» som tekstord i Pubmed. Der fant jeg en artikkel som anvendte «patient-provider communication», dette bidro til å finne mer relevante artikler PubMed. Videre ble «Chronic pain management» benyttet da jeg oversatte ordet fra norsk. Søkeordet «partnership» ble identifisert som et nøkkelord i førstnevnte artikkel (se tabell 1). I Svemed+ ble «chronic pain» koblet sammen med AND «experience», oversatt fra det norske ordet «erfaringer». Jeg anvendte søkeordene med MeSH (medical subject headings) for «communication» i SveMed+ slik at kommunikasjon gjenspeilet det mest sentrale i artiklene (Thidemann, 2019, s. 86) (se tabell 2).

Tabell 1(søkeord)

Søkeord i Pubmed	Dato:	Avgrensninger	treff	Valgt artikkel
«Provider-patient communication» AND «Pain management» OR «Chronic pain»	10.03.21	Full text Fra 2011-2021 English	14	Becker, K. L. (2020). Tell me your dreams and goals: Structuring communication exchanges to improve patient-centered care with chronic pain patients.
«Patient-provider communication» AND «Pain» OR «Chronic pain»	04.12.2020	Full text Fra: 2011-2021 Adult + 19 år	30	Jonsdottir, T., Gunnarsdottir, S., Oskarsson, G. K., & Jonsdottir, H. (2016). Patients' Perception of Chronic-Pain-Related Patient–Provider Communication in Relation to Sociodemographic and Pain-Related Variables: A Cross-Sectional Nationwide Study.
«communication» AND «partnership» AND «Chronic pain management»	02.12.2020	Full text Fra 2011-2021 Adult + 19 år	10	Fu, Y., McNichol, E., Marczewski, K., & Closs, S. J. (2016). Patient–professional partnerships and chronic back pain self-management: a qualitative systematic review and synthesis

Tabell 2

Søkeord i SveMed+	Dato:	Avgrensninger	Treff	Valgt artikkel
«chronic pain» AND experience MeSH: «communication»	08.03.2021	Full text Fra 2010	3	Hansson, Karin Säll, Fridlund, Bengt, Brunt, David, Hansson, Bo, & Rask, Mikael. (2011). The meaning of the experiences of persons with chronic pain in their encounters with the health service

3.2 Inklusjon -og eksklusjonskriterier

For å velge ut artiklene blant treffene jeg fant i søket, tok jeg utgangspunkt i inklusjon -og eksklusjonskriterier for å finne forskning som besvarte problemstillingen min best mulig. Inklusjonskriterier var at jeg ikke differensierte på kjønn, da det ikke hadde betydning for problemstillingen. Jeg inkluderte bare fagfeller vurdert forskningsartikler. Videre valgte jeg kun artikler som hadde en kvalitativ metode, da jeg ønsket å få svar på betydningen av kommunikasjon. Kvalitativ forskning, som tar utgangspunkt i menneskelige erfaringer for å så kunne gi meningssammenhenger passet derfor best for å belyse min problemstilling (Thiedmann, 2019, s. 76).

Som avgrensning i søket tok jeg utgangspunkt i artikler som var fra de siste 10 årene. Dette var for å sikre mest mulig ny og oppdatert forskning på emnet. For å begrense treff i PubMed, samt finne artikler som tok utgangspunkt i voksne med kroniske smerter brukte jeg *adult* (19 + år) som avgrensning. Engelsk ble valgt for å snevre inn søket ytterligere. Artikler som hadde med kroniske smerter knyttet til kreft ble ekskludert. Videre ble artikler fra ikke-industrialiserte land ekskludert da kultur kan påvirke både smerteuttrykk, holdninger og våre tolkninger av smerte (Jarrett, 2011). Jeg inkluderte derfor kun artikler fra Norden, Europa og Nord-Amerika for å kunne ha best mulig overføringsverdi til praksisen i Norge.

3.3 Faglitteratur

Jeg fant faglitteratur gjennom biblioteket til LDH sin søkemotor Oria. Der fant jeg Joyce Travelbee bok «mellommenneskelige forhold i sykepleie» som er hennes bok oversatt til norsk. Boken er fortsatt gjeldende i dag og hennes teori benyttes hyppig både i undervisning og i sykepleierforskning. Jeg har og brukt pensumlitteratur fra bachelorutdanningen som har blitt anvendt i tidligere oppgaver og undervisning. Jeg har særlig benyttet «*Klinisk Sykepleie Bind 1*», for å skrive om kroniske smerter og sykepleierens funksjon i teorikapitlet. Boken har vært brukt på pensum alle tre årene av studiet og har et tydelig sykepleieperspektiv. Boken til Eide & Eide kalt «*Kommunikasjon i nære relasjoner*», ble valgt på bakgrunn av at den har fokus på tillit, kommunikasjon og mestring som er relevant for oppgaven. I tillegg er boken skrevet med tanke på kommunikasjon i helsetjenester. For å finne retningslinjer og oppslagsverk brukte jeg Uptodate, slik at prosedyrene og tiltakene som ble presentert i oppgaven er gjeldende for i dag.

3.4 Kildekritikk

For å vurdere artiklenes relevans startet jeg med å lese sammendraget, med ekstra oppmerksomhet på hva formålet med studien var og om det samsvart med det og funnene i studien. Dersom det var samsvar, og funnene var relevant for å belyse problemstillingen min, skumleste jeg fulltekst. For å vurdere kvaliteten på studiene benyttet jeg spørsmålene fra norsk versjon av CASP sjekkliste (se vedlegg 1) for kvalitativ forskning. Dette bidro også til å kritisk kunne vurdere om artiklene var forskningsartikler, og om funnene hadde overføringsverdi til problemstillingen min. En svakhet med fremgangsmetoden min er at jeg hadde kvalitativ metode som inklusjonskriterium. Jeg valgte likevel å ta med en studie som var tverrsnittstudie grunnet relevans for problemstillingen. En fordel med det er at funnene fra kvantitativ forskning er mer generaliserbare (Thidemann, 2019, s. 76).

En svakhet med studiene som ble inkludert var at utvalget i to av artiklene hadde en overvekt av kvinner fremfor menn (Se tabell 3, nr. 3 og 4). Dette kan påvirke i hvilken grad det kan overføres til min problemstilling som tar for seg begge kjønn. Videre hadde en av studiene (Tabell 3, nr. 1) rekruttert deltakere til å gjøre en nettundersøkelse, som innebar at utvalget bestod hovedsakelig av yngre personer (25-34 år). Den samme studien er utført i USA som har likheter til vår kultur, men har et ulikt helsesystem og har ikke en velferdsstat slik som er gjeldene i de nordiske landene. Det kan derfor ha en innvirkning på hvordan funnene kan overføres til Norge.

I søkeprosessen benyttet jeg søkeord for å finne relevant litteratur. Jeg har ikke satt søket i system ved å benytte eksempelvis PICO-skjema. Det kan ha ført til mer tilfeldigheter rundt hvilke treff jeg har funnet. Det kan være at jeg kunne funnet flere relevante artikler, dersom jeg hadde identifisert andre søkeord enn de som ble benyttet i oppgaven. Grunnet et lite utvalg av artikler som undersøkte sykepleiers kommunikasjon med pasienter med kroniske smerter, inkluderte jeg artikler som hadde samlebetegnelsen helsepersonell, ikke bare sykepleier. En svakhet med dette er at den kan ha mindre relevans for problemstillingen min som tar utgangspunkt i sykepleiers rolle. Jeg kan ha gått glipp av artikler som var på andre databaser enn de artiklene PubMed og Svemed+.

Jeg benyttet boken “*mellommenneskelige relasjoner i sykepleie*” til Joyce Travelbee som er oversatt fra originalspråket engelsk. Dette kan ha en innvirkning på hvordan innholdet har blitt fortolket.

3.5 Ethiske vurderinger

For å sikre at oppgaven er skrevet uten å kopiere andres verk eller utføre plagiat, har jeg benyttet retningslinjer for å skrive APA 7 fra kildekompasset.no. Videre har jeg anvendt av LDH sine egne retningslinjer for oppgaveskriving og kildehenvisning.

4 Resultater

Hovedfunn fra litteratursøket viste at kommunikasjonen mellom helsepersonell og pasienter med kroniske smerter hadde betydning for pasientens mestring av smerter, håp og hvor fornøyd pasienten var med behandlingen. Spørsmål om hvordan smertene påvirket livet til pasienten fremmet emosjonell åpenhet og en følelse av støtte og åpnet pasienten opp for å se sammenhenger mellom smertene og problemene som følger dem.

Nr	Forfatter	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Design/metode	Funn
1	Karin. L Becker (2020)	Tell me your dreams and goals: Structuring communicatio n exchanges to improve patient- centered care with chronic pain patients	Applied nursing research	Hvilke preferanser pasienter med kroniske smerter har til kommunikasjon med helsepersonell	Kvalitativ undersøkelse Rekrutterte deltakere via internettbaserte støttegrupper for de med kroniske smerter 26 spørsmål om kroniske smerte: hvordan det påvirket dem i dagliglivet, hvem de snakket med smertene om, andres forståelse av smerten og opplevd støtte de fikk av andre	Sykepleier bør stille åpne spørsmål om hvordan kroniske smerter påvirker dagliglivet, relasjoner jobb, mål og drømmer. Disse spørsmålene kan fremme emosjonell åpenhet, øke følelsen av støtte og tillate for komorbid kobling mellom smerte og andre plager/sykdommer.
2	Jonsdottir, Gunnarsdott ir, Oskarsson, Jonsdottir (2016)	Patients perception of chronic pain related patient- provider communicatio n in relation to sociodemogra	Pain management nursing	Undersøke kommunikasjon mellom pasient og helsepersonell i kontekst av sosiodemografisk variabler, smertevariabler og deres	Deskriptiv Tversnittstudie (kvantitativ metode) Anvendte data fra en nasjonal spørreundersøkelse der data fra deltakere som hadde hatt	Kommunikasjonen mellom helsepersonell og pasient var viktig for hvor fornøyd pasienten var med behandlingen.

		phic and pain-related variables (2016)		oppfatning av behandling og grad av tilfredshet med helsepersonell	smerte i mer enn 6 mnd, og hatt kontakt med helsevesenet ble en underkategori. Dataen ble brukt til å utføre korrelasjonsanalyse for å se sammenhengen mellom helsepersonell- og pasientkommunikasjon og andre individuelle variabler.	Pasienter som opplevde helsepersonell som støttende rundt spørsmål om symptomer og behandling så på behandlingsutfallet som mer positivt. De som var mer preget av kronisk smerte hadde større behov for støtte og tid for å diskutere sin tilstand med helsepersonell
3	Yu Fu, McNichol, Marczewski, Closs (2016)	Multi-disciplinary interventions for chronic pain involving education: A systematic review (2015)	Health and social care in the community	Utforske betydningen av pasient og helsepersonell sin samhandling og hvordan det påvirket pasientens «self management» av kronisk ryggsmerte, og identifisere ulike faktorer som påvirket dette.	Kvalitativ systematisk oversiktsartikkel Inkluderte studier med alle metoder, fra 5 databaser på studier utgitt mellom 1980-2014. Inkluderte forskning som så på forholdet mellom pasient og den profesjonelle for mestring av kroniske ryggsmerte. Der 10 studier ble inkludert.	Samhandlingen mellom helsepersonell og pasient hadde en betydning for pasientens evne til å mestre sine kroniske smerter. Effektiv kommunikasjon ble trukket frem som den mest fundamentale for å utvikle en felles forståelse mellom helsepersonell og pasienten.
4	Hansson, Fridlund, Brunt, Hansson, Rask (2011)	The meaning of the experiences of persons living with chronic pain in their	Scandinavian journal of caring sciences	Undersøke meningen bak erfaringene pasienter med kroniske smerter har gjort seg i	Kvalitativ metode med deskriptiv design Spurte deltakerene:	En positiv tilnærming fra helsepersonell ga håp og styrket pasienten.

		encounters with the health service		møte med helsepersonell	-Hvordan de opplevde møtet med helsepersonell - hvordan ble de invitert til å delta i behandling og ble sett som et menneske - Hvordan hadde de erfart om å bli spurt om deres egen smerteerfaring	Det var viktig at helsepersonell spurte hvordan pasientene opplevde situasjonen Negativ tilnærming av helsepersonell ble opplevd som fornærmende og nedverdiggende for pasienten. De opplevde at deres opplevelse ble deskreditert og at det ble stilt spørsmål om det var reelt. Det var noen som aldri hadde blitt spurt om deres egen smerteopplevelse.
--	--	------------------------------------------	--	----------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

5 Drøfting

I denne delen av oppgaven skal jeg se på tidligere beskrevet teori og se dette i sammenheng med funnene i litteratursøket og besvare problemstillingen «*Hvilken betydning har kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient med kroniske smerter, for mestring av tilstanden*»?

5.1 Utforske pasientens perspektiv

I møte med pasienter med smerter er det vanlig at sykepleier på sykehus spør om smertene, hvordan er de, hvor sterke og hvor ofte forekommer de. Flere av studiene (Becker et al., 2020; Hansson et al., 2010; Jonsdottir et al., 2016) trekker frem at det er viktig at sykepleier spør pasienten hvordan de opplever smertene, symptomer og ikke minst, hvordan det påvirker livet til pasienten. Studien utført av Becker (2020) kom frem til at pasientene ønsket heller å bli stilt åpne spørsmål om hvordan smertene påvirket dem i dagliglivet, jobb, relasjoner, og deres mål og drømmer i livet. Dette samsvarer med Travelbee sin teori om menneske-til-menneske-forholdet, der det handler om å bli kjent med pasienten for å kunne ivareta deres individuelle behov (Travelbee, 1999, s. 172). På sykehus er kartlegging av pasientens behov også viktig for å kunne planlegge videre tiltak (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 22). Å stille åpne spørsmål er en måte sykepleieren kan samle inn data og lære pasienten å kjenne. Ifølge Heyn er det å stille åpne spørsmål en viktig kommunikasjonsferdighet sykepleier bør benytte for å få frem pasientperspektivet (Heyn, 2018, s. 16). Å stille de riktige spørsmålene er ikke nok for at pasientens perspektiv kommer frem. I møtet med pasienten må sykepleieren også stille seg mer ydmyk og se hverandre som likeverdige i dialogen. Heyn beskriver dette som at sykepleieren ikke forsøker å forstå pasienten bedre enn de forstår seg selv (Heyn et al., 2018, s. 16). Å få frem pasientperspektivet, kan ifølge Eide & Eide bidra til å finne ut av hva som er pasientens helseprosjekt. Det er ikke nødvendigvis selve sykdommen, men andre mål og verdier de ønsker å realisere (Eide & Eide, 2017, s. 29). Sagt på en annen måte, er pasientens perspektiv viktig for å finne ut av hvilke behov vedkommende har i møte med sykepleier.

Å lytte til hvordan pasientens smerte påvirket livet var også en måte å se helhetlig på hvordan de andre områdene av livet ble påvirket. Videre åpnet det opp for å ta tak i disse problemene, samt få bedre innsikt i hvordan det hang sammen med smertene (Becker et al., 2020). Dette støttes i annen forskning, som påpeker at dialogen mellom sykepleier og pasienten var viktig for å kunne dele kunnskap (Tveiten & Knutsen, 2010). Plager som søvn, psykisk uhelse,

reduisert arbeidsevne og problemer med relasjon er vanlige følgetilstander hos de som lever med kroniske smerter (Breivik et al., 2006; Dueñas et al., 2020; Tang & Crane, 2006). Disse plagene kan være vel så hemmende som smerten i seg selv, og gi store utfordringer.

Sykepleier kan gjennom pasientundervisning fremme sykdomsforståelse ved at de ser sammenheng mellom smertene og hva de kan gjøre for å få bedre livskvalitet tross smertene (Danielsen et al., 2016, s. 422; Tauben & Sacey, 2020). Travelbee beskriver dette som at sykepleier benytter seg selv terapeutisk, ved at hun bruker sin kunnskap og sin personlighet til å påvirke en forandring med hensikt om å lindre pasientens lidelse (Travelbee, 1999, s. 44).

En mulig årsak til at sykepleier går glipp av å se konsekvensen av smertene som like essensielt, kan være at fokuset er mer på pasienten som et objekt fremfor et subjekt (Fjørtoft & Skorstad, 1998, s. 73). En konsekvens av dette er at sykepleier går glipp av pasientens egen fortelling, som kan være vel så viktig for behandlingen. Dette kan ha konsekvenser for pasienten med kroniske smerter, da studien til Becker (2020) knyttet det å stille spørsmål om nettopp hvordan det påvirket livet, til økt emosjonell åpenhet og en følelse av støtte hos pasientene. Det er lett å miste helheten når man kun har symptomene og diagnosen i kikerten. En studie utført av Jonsdottir og kollegaer (2016) så at desto mer smertene påvirket dagliglivet, jo mer opplevde pasientene at helsepersonellet ikke benyttet tid til å lytte til deres bekymringer (Jonsdottir et al., 2016). Det betyr at for pasienter som er mye plaget av smertene, er det enda viktigere at sykepleieren tar seg tid til å lytte aktivt og høre på deres bekymringer. Det er mulig at pasientene ikke opplevde å bli hørt og sett av helsepersonellet. Det er synd at det kanskje oftere glipper for sykepleier fordi det nettopp krever mer fra vedkommende når plagene er omfattende hos pasienten. En kan argumentere at dette innebærer at sykepleier ikke har tilstrekkelig kartlagt hvilke behov pasienten har for pleie, og dermed heller ikke klart å få frem pasientens perspektiv i kommunikasjonen (Nortvedt & Grønseth 2016, s. 22; Heyn et al., 2018, s. 16).

5.2 Effektiv kommunikasjon

Hvordan vi kommuniserer med pasienter med kroniske smerter kan ha betydning for hvordan de mestrer smertene. I studien gjennomført av Fu og kollegaer (2016), ble effektiv kommunikasjon trukket frem som fundamentalt for samarbeidet mellom helsepersonell og pasient med kroniske smerter og deres egenmestring. Effektiv kommunikasjon ble beskrevet av pasientene som **å bli hørt, få oppmuntring, bli forstått og selv forstå hvorfor de hadde smertene** (Fu et al., 2016). Å bli lyttet til vektlegger Eide & Eide som viktig for personsentrert kommunikasjon, og aktiv lytting innebærer å oppfatte hva som er viktig for den andre, etablere kontakt og vise at man forstår det den andre sier (Eide & Eide, 2017, s. 22). Det å aktivt lytte er derfor viktig for å få en forståelse for pasientens situasjon. Det å bli forstått er ifølge Travelbee viktig for å bygge en relasjon og for mestring av sykdom. Det gjør at man ikke føler seg alene i det man står i (Travelbee, 1999, s. 36). Dette kan være desto viktigere hos denne pasientgruppen fordi de kan ha erfaring med å ikke bli trodd for sine smerteopplevelser (Heggen et al., 2020). Det stiller derfor krav til sykepleier om å sette seg inn i pasientens situasjon, lytte aktivt og vise forståelsen tilbake.

Det å selv forstå og få innsikt i sin helsetilstand er ikke bare viktig, men også en lovpålagt rett pasient har gjennom Pasient -og brukerrettighetsloven (1999, § 3-2). I kommunikasjonsutvekslingen burde derfor sykepleier forsikre seg om at pasienten har den informasjonen som er nødvendig om egen helsetilstand. I studien til Fu Yu og kollegaer (2016) ble aktiv lytting benyttet som en mulighet for helsepersonell til å forstå de behovene pasienten hadde. På sykehus vil sykepleier ha søkelys på hvilke tiltak som er viktig for pasienten. Her vil sykepleiers undervisende funksjon være aktuell, ved at det blir gitt strategier og kunnskap om hvordan man kan akseptere smertene, og lære strategier til å mestre smertene (Danielsen et al., 2016, s. 421). Videre kan bedre sykdomsforståelse bidra til å forbedre andre plager som følger smertene, slik som negative følelser, redusert funksjon og søvn (Tauben & Stacey, 2020; Danielsen et al., 2016, s. 422). Gjennom kommunikasjon hevder Eide & Eide i sin bok at ved å bidra med informasjon og kunnskap kan man styrke pasienten i å mestre utfordringene sine (Eide & Eide, 2017, s. 49). Kanskje er det ikke alltid akkurat selve smertene pasienten trenger hjelp med å mestre, men snarere hvordan de lever med dem. Travelbee påpeker at det å mestre kronisk sykdom ikke kun handler om selve sykdommen, men også hvordan personen selv forholder seg til den (Travelbee, 1999, s. 36).

Det er derfor pasientens egne utfordringer til smertene som har betydning for den undervisningen som blir gitt.

I studien utført av Jonsdottir et al., (2016), var det de pasientene som opplevde helsepersonellet som støttende og åpen til å diskutere symptomer og behandling med pasienten, som så på helseutfallet som mer positivt og var mer fornøyd med helsehjelpen de fikk (Jonsdottir et al., 2016). Det å lytte til den andre er viktig for god profesjonell kommunikasjon, og bidrar til å skape en relasjon og anerkjenne pasientens perspektiv i behandlingen (Eide & Eide, 2017, s. 17; Heyn, 2018, s. 16). Å inkludere pasientens perspektiv er også en viktig oppgave sykepleier har for å sikre brukermedvirkning i behandlingen (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 1-3). Pasientene var mer positiv til helseutfallet fremfor de som opplevde helsepersonellet som mer kontrollerende og mindre støttende (Jonsdottir et al., 2016). Dette kan ha sammenheng med at god kommunikasjon kan motivere den andre til å ta i bruk sine ressurser og håndtere helseutfordringene sine (Eide & Eide, 2017, s.19). En forutsetning for dette er at pasientens behov for selvbestemmelse, tilknytning og kompetanse ivaretas. Etter min vurdering vil helsepersonellet som er kontrollerende og lite støttende i møte med pasienten svikte på de nevnte områdene. Det kan være noe av årsaken til at helseutfallet ikke lenger virker like positivt.

5.3 Sykepleiers tilnærming

For pasienter med kroniske smerter er det ikke bare viktig hva sykepleier sier, men også å bli møtt med en tilnærming som oppleves verdig. Det å ivareta pasientens verdighet er også et etisk ansvar som sykepleier har i deres yrkesutøvelse (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Hansson og Kollegaer (2010) konkluderte med at en positiv tilnærming fra helsepersonell kunne kommunisere håp og styrket pasienter med kroniske smerter. Deres egne beskrivelser av en positiv tilnærming var å bli møtt som et menneske med egenverdi, og ikke bli satt spørsmålsteget ved (Hansson et al., 2010). Man kan argumentere for at dette gir mer en følelse av verdig behandling, og åpner opp for at helsepersonellet kan forstå personen. Menneske-til-menneskeforholdet handler om nettopp dette, å se pasienten som et unikt individ med iboende verdi og verdighet (Travelbee, 1999, s. 60). Det å ikke bli forstått var noe pasientene opplevde som en negativ tilnærming (Hansson et al., 2010).

Å gi håp og styrke pasienten var et resultat av en positiv tilnærming av sykepleier. Travelbee støtter det med at hun knytter det å gi håp til pasienten til sykepleiers atferd. Sykepleier må lytte og snakke om det pasienten er opptatt av, og vise med sin egen atferd at hun vil hjelpe (Travelbee, 1999, s. 120). Teorien støttes i annen forskning som konkluderte med at å bli lyttet til av helsepersonell var viktig for å oppleve anerkjennelse hos pasientgruppen, og ga en følelse av håp (Tveiten og Knudsen, 2010). Travelbee hevder at for å legge til rette for håp handler det om å skape tillit, slik at pasienten har troen på at andre vil hjelpe. Dette kan styrke pasienten ved å gi et ønske om å ville fortsette å løse sine problemer (Travelbee, 1999, s. 117). Dette sammenfaller også med resultatene fra Hansson og kollegaer (2010), der pasienter som opplevde en negativ tilnærming hadde en frykt for å bli overlatt til seg selv med smertene sine. Man kan argumentere at dette er et tegn på at pasienten har mistet tillit til at sykepleieren ønsker å hjelpe. Fraværet av en tillitsfull relasjon mellom sykepleier og pasient kan hindre at de har en åpen dialog, og muligheten for å mestre smertene og den utfordrende situasjonen blir vanskeligere (Heggen et al., 2020). Dette kan derfor også gå på bekostning av de tiltakene som sykepleier iverksetter på sykehus, som handler blant annet om å bidra til at pasienten finner mening tross sykdom (Tauben & Stacey). Det strider også imot sykepleiers yrkesetiske retningslinjer der sykepleier ikke bare skal sørge for å ivareta pasientens iboende verdighet, men skal også bidra til å understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienten (Sykepleierforbundet, 2019).

5.4 Konsekvenser av en negativ tilnærming

En negativ tilnærming opplevdes av pasientene som at deres problemer og smerteopplevelser ble bagatellisert og at de selv måtte være aktive og informere om sin tilstand og den behandlingen de hadde behov for. Noen hadde erfaringer med at sykepleierne manglet empati og sympati (Hansson et al., 2010). Lignende funn har man sett i andre studier, der kronisk smertepasienter har opplevd å ikke bli forstått, og at relasjonen med sykepleier var lite omsorgspreget (Heggen et al., 2020). Deltakerne i studien til Hansson et al. (2010), ga uttrykk for at dette førte til ytterligere lidelse. Pasienter som lever med kroniske smerter kan fra før av ha følgeproblemer som bekymringer, angst, depresjon og utmattelse (Danielsen et al., 2016, s. 416). Det er uheldig for pasienten å ikke bli møtt med empati og forståelse i den situasjonen. Særlig uheldig er det fordi det er nettopp i relasjonen mellom de to at pasienten kan ha utbytte av behandlingen. I en annen studie, ble dialogen mellom sykepleier i noen tilfeller oppgitt

som like viktig som smertebehandlingen, ved at man fikk empati og forståelse (Tveiten & Knudsen, 2010). Annen forskning peker på det samme, der det å bli lyttet til kunne bidra til å redusere angst og bekymring hos pasienter med kroniske smerter. Det å ikke bli lyttet til hadde sammenheng med økt angst (Jagosh et al., 2011). Ikke bare er denne tilnærmingen viktig for behandlingsutfallet til pasienten. Sykepleieren har i kraft av å være helsepersonell et ansvar om å forsikre seg om at pleien som gis skal være forsvarlig og omsorgsfull (Helsepersonellloven, 1999, §4). Slik jeg ser det illustrerer sykepleierens oppførsel Eide & Eide sin beskrivelse av misbruk av makt og tillit. Fremfor å støtte, blir pasienten krenket, og på den måten utelater sykepleieren å hjelpe, og vedkommende misbruker sin makt i tillitsforholdet til pasienten som søker hjelp (Eide & Eide, 2017, s. 27).

Som tidligere nevnt hadde en negativ tilnærming konsekvenser for pasienten. En mulig forklaring på at dette skjer kan beskrives av Fjørtoft & Skorstad teori om paternalisme. Begrepet står som er en motvekt til autonomi, der noe bestemmer over hvilke, generelle, materielle og sosiale behov et individ har (Fjørtoft & Skorstad, 1998, s. 76). Det er mulig at dersom sykepleieren tar utgangspunkt i sin egen tolkning om hvilke behov den kroniske smertepasienten har, så er det større fare for at vedkommende ikke ivaretar pasientens autonomi. Det oppstår derfor en konflikt mellom å møte pasienten som et objekt, og det å kunne forstå mennesket (Fjørtoft & Skorstad, 76). Dette illustreres videre i studien til Hansson et al., (2010), der pasienten opplevde at i kommunikasjonen så var personalets egne spørsmål viktigere enn å møte pasientens behov for hva de skulle snakke om. Sykepleier har et ansvar om å sikre at pasienten er medvirkende i behandlingen og får den informasjon de har behov for (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Sykepleiers mangel i situasjonen er derfor ikke bare problematisk etisk sett, men også juridisk.

6 Avslutning

I denne oppgaven har jeg forsøkt å svare på betydningen av sykepleiers kommunikasjon for pasientens mestring, altså hvordan de forholder seg til utfordringene av å leve med kroniske smerter. Kommunikasjon som utforsker pasientens perspektiv kan bidra til at sykepleier kartlegger hva som er viktig for dem, og hva de trenger hjelp til å mestre, enten det er selve smertene eller konsekvensene de har for livet deres. Det å lytte aktivt og støtte pasienten er viktig for å dele informasjon og gi tilpasset undervisning, samt at pasienten føler seg sett, hørt og er medbestemmende i behandlingen. Å møte pasienten på verdig måte, som et menneske med en egen verdi kan fremme forståelse, og gi en følelse av håp som kan bidra til å mestre utfordringene. Når sykepleier mislykkes i dette, og ikke forstår pasienten, kan det ha konsekvenser for tillitsforholdet. Dette kan igjen stå i veien for at sykepleier kan bistå i pasientens mestring.

7 Referanseliste

- Baker, M., Collett, B., Fischer, A., Herrmann, Huygen, F.J., Toelle, T., Trueman, P., Varrassi, G., Vázquez, P., Vos, K., Gustorff, B., Simoens, S., Tourne, J., Michelet, D., & Mikkonen, L. (2010). Pain proposal: improving the current and future management of chronic pain. A European consensus report. https://europeanpainfederation.eu/wp-content/uploads/2016/06/pain_proposal.pdf
- Becker, K. L. (2020). Tell me your dreams and goals: Structuring communication exchanges to improve patient-centered care with chronic pain patients. *Applied Nursing Research*, 53, 151248. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2020.151248>
- Becker, N., Bondegaard, T. A., Olsen, A. K., Sjogren, P., Bech, P., & Eriksen, J. (1997). Pain epidemiology and health related quality of life in chronic non-malignant pain patients referred to a Danish multidisciplinary pain center. *Pain*, 73(3), 393-400. [https://doi.org/10.1016/S0304-3959\(97\)00126-7](https://doi.org/10.1016/S0304-3959(97)00126-7)
- Breivik, Harald, Collett, Beverly, Ventafridda, Vittorio, Cohen, Rob, & Gallacher, Derek. (2006). Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain.*, 10(4), 287–28 <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2005.06.009>
- Dalland, O. (2017). Metode og oppgaveskriving. (6. Utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dueñas, M., Salazar, A., de Sola, H., & Failde, I. (2020). Limitations in Activities of Daily Living in People With Chronic Pain: Identification of Groups Using Clusters Analysis. *Pain Practice*, 20(2), 179-187. <https://doi.org/10.1111/papr.12842>
- Danielsen A, Berntzen H, Almås H. Sykepleie ved smerter. I: Stubberud DG, Grønseth R, Almås H, red. *Klinisk sykepleie*. 5. utg. Oslo: Gyldendal akademisk; 2016. s. 381–428.
- Eide, H. & Eide, T (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling, etikk* (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Eriksen, J., Jensen, M. K., Sjogren, P., Ekholm, O., & Rasmussen, N. K. (2003). Epidemiology of chronic non-malignant pain in Denmark. *Pain*, 106(3), 221-228. [https://doi.org/10.1016/S0304-3959\(03\)00225-2](https://doi.org/10.1016/S0304-3959(03)00225-2)

- Fjørtoft, K., & Skorstad, B. (1998). *Etikk i sosialt arbeid: mellom samfunnsplikt og personlig ansvar*. Gyldendal.
- Fu, Y., McNichol, E., Marczewski, K., & Closs, S. J. (2016). Patient–professional partnerships and chronic back pain self-management: a qualitative systematic review and synthesis. *Health & social care in the community*, 24(3), 247-259. <https://doi.org/10.1111/hsc.12223>
- Hasselstrom, J., Liu-Palmgren, J., & Rasjo-Wraak, G. (2002). Prevalence of pain in general practice. *Eur J Pain*, 6(5), 375-385. [https://doi.org/10.1016/S1090-3801\(02\)00025-3](https://doi.org/10.1016/S1090-3801(02)00025-3)
- Hansson, Karin Säll, Fridlund, Bengt, Brunt, David, Hansson, Bo, & Rask, Mikael. (2011). The meaning of the experiences of persons with chronic pain in their encounters with the health service. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(3), 444–450. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2010.00847.x>
- Helsepersonelloven, (1999), *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-76), Lovdata, <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>
- Heggen, C., & Danielsen, A. (2020). Pasienters kroniske smerter kan være usynlig for sykepleiere. *Sykepleien*, 108(81840), 81840. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2020.81840>
- Heyn, L. G. (2018). *Klinisk kommunikasjon i sykepleie*. Gyldendal.
- Jagosh, J., Boudreau, J. D., Steinert, Y., MacDonald, M. E., & Ingram, L. (2011). The importance of physician listening from the patients' perspective: Enhancing diagnosis, healing, and the doctor–patient relationship. *Patient education and counseling*, 85(3), 369-374. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2011.01.028>
- Jarett, C., (2011, juni). *Ouch! The different ways people experience pain*. The psychologist. <https://thepsychologist.bps.org.uk/volume-24/edition-6/ouch-different-ways-people-experience-pain>
- Jonsdottir, T., Gunnarsdottir, S., Oskarsson, G. K., & Jonsdottir, H. (2016). Patients' Perception of Chronic-Pain-Related Patient–Provider Communication in Relation to Sociodemographic and Pain-Related Variables: A Cross-Sectional Nationwide Study. *Pain Management Nursing*, 17(5), 322–332. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2016.07.001>

- Landmark, T., Romundstad, P., Dale, O., Borchgrevink, P. C., & Kaasa, S. (2012). Estimating the prevalence of chronic pain: validation of recall against longitudinal reporting (the HUNT pain study). *Pain*, 153(7), 1368-1373. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2012.02.004>
- Miró, J., Paredes, S., Rull, M., Qeral, R., Miralles, R., Nieto, R., ... & Baos, J. (2007). Pain in older adults: a prevalence study in the Mediterranean region of Catalonia. *European Journal of Pain*, 11(1), 83-92. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2006.01.001>
- Nortvedt, P., Grønseth, R., (2016). Klinisk sykepleie- funksjon, ansvar og kompetanse. I Almås, H., Stubberud, D.-G., Grønseth, R., & Toverud, K. C. (Red.), *Klinisk sykepleie: 1* (5. utg., Bind 1, s. 17- 39). Gyldendal akademisk.
- Norsk sykepleierforbund (2019). Yrkesetiske retningslinjer. Hentet 1. Desember 2020 fra: <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Paul-Savoie, Emilie, Bourgault, Patricia, Potvin, Stéphane, Gosselin, Emilie, & Lafrenaye, Sylvie. (2018). The Impact of Pain Invisibility on Patient-Centered Care and Empathetic Attitude in Chronic Pain Management. *Pain Research & Management*, 2018, 1–8. <https://doi.org/10.1155/2018/6375713>
- Svartdal, F. (2018, 29. august). Mestring. I *Store norske leksikon*. <https://snl.no/mestring>
- Tang, N. K., & Crane, C. (2006). Suicidality in chronic pain: a review of the prevalence, risk factors and psychological links. *Psychological medicine*, 36(5), 575. doi: [10.1017/S0033291705006859](https://doi.org/10.1017/S0033291705006859).
- Tauben, D. & Stacey, R.B.(2020) Approach to the treatment of chronic non-cancer pain. I Fishman, Crowley (Red.) *UpToDate*. Hentet 03.12.2020 fra <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-treatment-of-chronic-non-cancer-pain>
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Universitetsforlaget.

Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg.). Universitetsforlaget.

Treede, R. D., Rief, W., Barke, A., Aziz, Q., Bennett, M. I., Benoliel, R. (2015). A classification of chronic pain for ICD-11. *Pain*, 156(6), 1003-1007. [10.1097/j.pain.000000000000160](https://doi.org/10.1097/j.pain.000000000000160)

International Association for the Study of Pain (2019) IASP's proposed new definition of pain released for comment. Hentet 03.12.2020 fra <https://www.iasp-pain.org/PublicationsNews/NewsDetail.aspx?ItemNumber=9218>

8 Vedlegg

(vedlegg 1)

Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

Hvordan brukes sjekklisten?

Sjekklisten består av tre deler:

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

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

Om sjekklisten

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

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister

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

Send e-post til Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no.

8.1.1 Kritisk vurdering av:

[Sett inn referansen til studien/artikkelen du vurderer med denne sjekklisten]

9 Del A: Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

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

Kommentar:

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

Ja – Nei – Uklart

Tips:

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

Kommentar:

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

Ja – Nei – Uklart

Tips:

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

Kommentar:

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

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

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

Kommentar:

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

Ja – Nei – Uklart

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

- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?
- Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? For eksempel intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse, og er det begrunnet hvorfor disse metodene ble valgt?
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, for eksempel beskrivelse av intervjuguide?
- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?
- Går det klart frem hvilken form dataene har (for eksempel lydopptak, video, notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

Kommentar:

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

Ja – Nei – Uklart

Tips:

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

Kommentar:

7. Er etiske forhold vurdert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

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

Kommentar:

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

Ja – Nei – Uklart

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

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

Kommentar:

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

Ja – Nei – Uklart

10 Del B: Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?

Ja – Nei – Uklart

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

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

Kommentar:

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

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

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

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

Kommentar: