



Sjukesleie til pasientar som har amputert

Korleis kan sjukesleiarar fremje meistring hjå pasientar som opplever fantomsmerter etter amputasjon?

Kandidatnummer: 229

VID vitenskapelige høgskole

Diakonova

Bacheloroppgave

Bachelor i sykesleie

Kull: BIS 2016

Antall ord: 10 191

Dato: 23.05.2019

Opphavsrettigheter

Forfatteren har opphavsrettighetene til rapporten.
Nedlasting for privat bruk er tillatt.

Samandrag

Hensikt: Amputasjon av ein ekstremitet er eit livsforvandlande inngrep og fantomsmerter er ein vanleg konsekvens. Denne bacheloroppgåva er eit forsøk på å svare på følgjande problemstilling: ”Korleis kan sjukepleiarar fremje meistring hjå pasientar som opplever fantomsmerter etter amputasjon?”

Metode: For å undersøke problemstillinga er det gjort ein litteraturstudie og anvendte forskingsartiklar er funne i databasane Cinahl og PubMed.

Resultat: Funna viser at medisinske behandlingsmetodar generelt gir dårleg effekt mot fantomsmerter, medan spegelterapi har vist seg å både lindre smertene og fremje meistring. I tillegg kan personar med fantomsmerter ha nytte av problemfokuserert og tilnærma meistringsstrategi. Mange opplever gode relasjonar og sosial støtte som viktig for å handtere den nye situasjonen og smertene.

Drøfting: Det er viktig at sjukepleiarar informerer pasienten om meistringsstrategiane samt støttar vedkommande til hensiktsmessige endringar som fremjer meistring.

Konklusjon: Sjukepleiarar spelar ei sentral rolle i pasienten sin meistringsprosess gjennom ein god relasjon, informasjon og helsefremjande arbeid.

Abstract

Aim: Limb amputation is a life changing intervention and phantom limb pain is a usual consequence. This bachelor’s thesis is an attempt to answer the following question: “How can nurses promote coping in patients who experience phantom pain after amputation?”

Methods: To examine this problem a literature study is made and research articles are found in the databases Cinahl and PubMed.

Results: The results show that medical treatment methods generally have poor effect on phantom pain, whereas mirror therapy both alleviate pain and promote coping. In addition, people with phantom pain can benefit from problem-focused and approaching coping strategies. Relationships and personal support are important for many in handling pain.

Discussion: Nurses need to inform the patient about different coping strategies, and support him in doing appropriate changes that promote coping.

Conclusion: Nurses play an important role in ensuring that the patient experiences coping, through good relationship, information and health promotion.

Innhald

1 Innleiing	1
1.1 Bakgrunn for val av tema.....	1
1.2 Problemstilling.....	2
1.3 Relevans for sjukepleiefaget og oppgåva si hensikt.....	2
1.4 Avgrensing.....	3
1.5 Omgrepsavklaringar.....	3
1.6 Oppgåva si vidare oppbygging.....	4
2 Metode	5
2.1 Beskriving av metoden.....	5
2.2 Søkjestrategi.....	6
2.3 Kort introduksjon til valte artiklar.....	8
2.4 Kjeldekritikk.....	9
3 Resultat	10
3.1 Fantomsmerter.....	10
3.1.1 Behandling og varigheit.....	11
3.2 Meistring og meistringsstrategiar.....	12
3.2.1 Tilnærming-unngåing-modellen.....	12
3.2.2 Problemfokuserert og emosjonelt fokusert meistring.....	13
3.3 Spjelterapi.....	13
3.4 Presentasjon av forskingsartiklar.....	14
3.5 Benner og Wrubel sin sjukepleieteori.....	16
3.6 Sjukepleiarar sitt ansvar.....	17
3.6.1 Lovverk.....	18
3.6.2 Yrkesetiske retningslinjer.....	18
4 Drøfting	20
4.1 Presentasjon av case.....	20
4.2 Livstilfredsheit og bearbeiding av kjensler.....	20
4.3 Betydinga av god informasjon.....	22
4.4 Bøn som meistringsstrategi.....	23
4.5 Spjelterapi og aksept.....	23
4.6 Empowerment og depresjon.....	24
4.7 Behov for sosial støtte.....	26
4.8 Dei ulike aspekta sin relevans for kvarandre.....	26
5 Konklusjon	28
Litteraturliste	29

1 Innleiing

Sjå for deg at du har mista ein arm etter ei ulykke, men samtidig kjenner du armen heile tida. Du opplever intense smerter der armen ein gong var. Dette er kalla fantomsmerter. Tenk på kva du treng i ein slik situasjon. Alt du kanskje håpar på er å bli sett og møtt av fagfolk som har erfaring og kompetanse innan det som er nytt og ukjent for deg. Nokon som kan hjelpe deg på vegen mot å meistre din uvande situasjon. Sjukepleiarar kan ha den rolla. Av alle personar som amputerer ein ekstremitet opplever heile 60 til 90 % fantomsmerter. Ein av dei er Anne Grethe frå dokumentaren Overleverne på NRK. Ho fortel at ho alltid har vondt i armen som ikkje er der lenger. Då eg såg programmet i vinter vart eg rørt og inspirert av hennar pågangsmot. Ho bestemte seg nemleg for å bli Norges kulaste dame med ein arm og satt seg som mål å springe maraton, og fullførte dette fire år etter amputasjonen. I eitt av sine motiverande foredrag fortel ho lyttarane at ”du er ikke tankene og følelsene dine, du er hvordan du velger å reagere på dem”. Dette er eit perspektiv som gir gode føresetnadar for meistring. Samtidig krevjest dette mental styrke, og ein kan ikkje forvente at alle har same livskraft som Anne Grethe. Sjukepleiarar treng å ta rolla som aktiv støttespelar for pasienten og oppmuntre han til å takle livet sjølv om det er tøft. Dei skal fremje meistring og sjå pasienten med verdigheit og respekt. Ein slik sjukepleiar ynskjer eg å vere.

1.1 Bakgrunn for val av tema

Fantomsmerter er for mange eit kjent, men noko mystisk fenomen. Før eg dykka inn i dette temaet viste eg lite om kor normalt det er å oppleve fantomsmerter etter amputasjon av ein arm eller eit bein. Studiar viser at mellom 60 og 90 % av alle dei som har amputert opplever fantomsmerter (Foell, Bekrater-Bodmann, Diers & Flor, 2014; Nortvedt & Engelsrud, 2014). Fantomsmerterne kan komme i mange ulike former; nokre opplever dei som akutte i intervallar, andre meir kronisk over lengre periodar. Intensiteten varierer og mange har vanskeleg for å beskrive smerten. Samtidig er fantomsmerter vanskeleg å lindre. Til trass for at svært mange farmakologiske midlar er prøvd ut har ein endå ikkje komme fram til ein ideell måte å smertelindre denne pasientgruppa (Nelson, 2013; Nortvedt & Engelsrud, 2014). I praksis møtte eg pasientar som hadde gjennomgått amputasjon og oppleve sterke fantomsmerter. Dette vekka mi faglege interesse og eg valte temaet fantomsmerter fordi det engasjerer meg, samtidig som undervisning om fantomsmerter er nærast fråverande i

sjukepleieutdanninga. Sidan det er påvist at svært mange pasientar opplever fantomsmerter etter amputasjon synest eg det er relevant å lære meir om kva sjukepleiarar kan bidra med for at pasienten skal oppleve meistring.

1.2 Problemstilling

Ut frå dette temaet kom eg fram til følgjande problemstilling:

Korleis kan sjukepleiarar fremje meistring hjå pasientar som opplever fantomsmerter etter amputasjon?

1.3 Relevans for sjukepleiefaget og oppgåva si hensikt

Sjukepleie er eit profesjonsfag der fokus, innhald og funksjon er grunnleggjande områder. Ved utøving av sjukepleie er helse, livskvalitet og meistring sjukepleiaren sine mål for pasienten (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug & Grimsbø, 2016). Nortvedt skriv at «Fantomsmerter kan ha en karakter og intensitet som truer selve viljen til å leve» (Nortvedt, 2016, s. 174). Sjukepleiarar har ei viktig rolle som aktiv lyttar når ein pasient fortel om sine fantomsmerter og smerter generelt. Det å ikkje bli trudd på kan opplevast meir tyngande og vondt enn smertene i seg sjølv (Danielsen, Berntzen & Almås, 2017). Det kan vere vanskeleg å vite korleis ein kan gå fram for å handtere smertene og elles situasjonen med ein amputert kroppsdel. Det er ei sjukepleieoppgåve å hjelpe pasienten ved å gi råd om korleis ein på best måte kan nærme seg måla om helse, livskvalitet og meistring. Denne pasientgruppa kan sjukepleiar møte på sjukehuspost, helsehus, sjukeheim, akuttmottak, med andre ord over alt. Derfor er det viktig at sjukepleiarar har kunnskap om temaet og innsikt i ulike strategiar for å oppnå god pleie og gi pasienten ei oppleving av meistring.

Hensikta med denne oppgåva er å forsøke å svare på korleis sjukepleiarar kan fremje meistring hjå pasientar som opplever fantomsmerter etter amputasjon ved å belyse ulike meistringsstrategiar samt sjukepleiarar si helsefremjande rolle.

1.4 Avgrensing

I denne oppgåva er det fokusert på fantomsmerter og meistringsstrategiar hjå personar som har amputert eit bein eller ein arm. Dette uavhengig av årsak til amputasjon, sjukehistorie samt medikamentell behandling fordi det finst mange ulike grunnar for at personar må amputere, mellom anna traume og komplikasjonar ved diabetes. Avgrensinga er vidare at pasientane er over 18 år, for at tilfella skal sjå så like ut som mogleg då for eksempel eit barn i same situasjon har andre behov og treng anna oppfølging. Det vil bli sett på ikkje-medikamentelle terapi- og meistringsmetodar til trass for at det finnast medikamentell behandling. Dette er for å halde oppgåva relevant for sjukepleiarar då ordinasjon av legemiddel er ei legeoppgåve. I oppgåva møter sjukepleiar pasienten på rehabiliteringsstaden der ho kan følgje pasienten sitt meistringsløp då legemiddelhandtering ofte står sentralt i den akutte postoperative fasen og er irrelevant for oppgåva. Omgrepa meistringsstrategi og meistringsmetode vil bli brukt synonymt i teksten. Spegelterapi er inkludert fordi det er ein utradisjonell meistringsmetode som har hatt relativt god effekt mot fantomsmerter. Kulturelle utfordringar blir ikkje tatt med i oppgåva grunna så mange kulturforskjellar ved smerteoppleving og -handtering. Pårørande har ei viktig rolle som støttespelarar for pasienten, derfor blir dei nemnt gjennom oppgåva, men ikkje fokusert på. I oppgåva vil sjukepleiaren bli omtala som ho og pasienten som han, med unntak av casen der pasienten er ho.

1.5 Omgrepsavklaringar

Under vil sentrale omgrep i problemstillinga bli definert.

- Meistring

Lazarus & Folkman sin definisjon på meistring lyder slik: ”Kontinuerlig skiftende kognitive og atferdsmessige bestrebelser på å mestre spesifikke indre og/eller ytre krav, som etter personens oppfatning tærer på eller overstiger hans ressurser” (i Kristoffersen, 2016, s. 247). Meistring handlar om å akseptere situasjonen og gripe både den og egne kjensler på ein føremålstenleg måte (Eide & Eide, 2017).

- Fantomsmerter

Fantomsmerter er smerter som refererer til ein manglande kroppsdel (Nortvedt & Engelsrud, 2014). Dei kan komme i form av krampe eller som brennande, ilande eller stikkande smerter som oppstår akutt (Grønsløth, Roa, Kjønneøy & Almås, 2017).

1.6 Oppgåva si vidare oppbygging

Vidare i oppgåva vil det i metodekapitlet presenterast anvendt metode for oppgåva. Deretter beskrivast databasar og søkjeord som har blitt brukt samt kombinasjonen av dei for å komme fram til utvalte forskingsartiklar. Vidare følgjer ein kort introduksjon til artiklane samt ei kritisk evaluering av dei. I resultatkapitlet blir det lagt fram aktuell litteratur, forskning og sjukepleieteori. Det vil òg bli presentert relevant lovverk samt yrkesetiske retningslinjer. I drøftingskapitlet vil problemstillinga bli drøfta i lys av teorien som vart presentert i det føregåande kapitlet i tillegg til ein fiktiv case. I konklusjonen vil eg forsøke å svare på problemstillinga i oppgåva.

2 Metode

Dette kapitlet beskriver metode og litteraturstudie samt anvendte kriterium og søkje strategiar for korleis relevante forskingsartiklar har blitt funne og valt ut. Vidare følgjer ein kort introduksjon av forskingsartiklane som er nytta i oppgåva og sist ein kjeldekritisk tilnærming av dei.

2.1 Beskriving av metoden

I boka *Metode og oppgaveskriving* presenterer Dalland (2017) metode som ein framgangsmåte for å samle informasjon til undersøkinga som skal bli gjort. Han viser til sosiologen Vilhelm Aubert som definerer metode slik:

En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder (i Dalland, 2017, s. 51).

Kva type metode ein brukar blir valt på bakgrunn av kva kunnskap ein vil skaffe seg for å drøfte eit bestemt spørsmål. Dalland (2017) beskriver to typar metode; kvantitativ og kvalitativ. Kvantitativ forskning gir målbare data i form av tal og statistikk. Styrkane ved kvantitativ metode er at den går i breidda og får fram eit heilskapsbilete som kan representere feltet. Nokre svakheitane ved denne metoden er mellom anna at datainnsamlar ikkje har direkte kontakt med deltakaren/objektet, samt at variablar i deltakarane sine erfaringar ikkje kjem fram då det oftast er standardiserte undersøkingar. Kvalitativ forskning gir data basert på meiningar og opplevingar som ikkje er målbare. Denne forskinga byggast ofte på funn frå kvantitative studiar. Fordelar ved kvalitativ metode er at ein får gå på djupet av det som blir undersøkt. Forskaren har direkte kontakt med deltakaren og får innblikk den enkelte sitt perspektiv samt ulikskapar mellom deltakarane gjennom intervju med opne spørsmål. Ulempa ved metoden er at ein får eit snevert svar på det som forskast på, og ein kan ikkje generalisere resultatane med mindre fleire kvalitative studiar med lik hensikt har fått same utfall. Ein kvantitativ studie har som mål å presentere forklaringar medan ein kvalitativ studie sin hensikt er å formidle forståing (Dalland, 2017).

Denne oppgåva er eit litteraturstudium. Dalland (2017) beskriv at ei litterær oppgåve først og fremst blir basert på skriftlege kjelder. Desse kjeldene er fagkunnskap, forskning og teori som allereie finst. Det metodiske i ei slik oppgåve er essensielt og dette i form av kjeldekritikk. Det gjeld all datainnsamling, om det er skriftlege eller observerte kjelder. Bruk av egne erfaringar frå praksis inngår som ein valfri del av ei slik oppgåve og kan gi idear for val av tema og/eller problemstilling. Derimot kan det gjerne vere andre interesser som legg grunnlaget for kva ein vil skrive om (Dalland, 2017).

2.2 Søkjestrategi

For å finne aktuell forskning søkte eg i anerkjente databasar. For det meste har eg retta søkja mine mot databasane Cinahl og PubMed. Søk i SveMed+ og Medline vart òg prøvd, men det gav få resultat og dermed vart ingen artiklar derfrå tatt med i oppgåva. Eg enda opp med totalt fem forskingsartiklar frå Cinahl og PubMed. Under vil eg beskrive inklusjons- og eksklusjonskriterium, samt korleis eg kom fram til dei ulike artiklane og relevansen dei har for denne oppgåva.

Inklusjonskriteria gjer at søkja inneheld forskning som er relevant for oppgåva og dei er følgjande: deltakarar med ein amputert kroppsdel, alder over 18 år, artiklane fagfelleurderte, publisert i tidsrommet 2014 til og med 2019, anerkjente vitenskaplege tidsskrift, engelsk eller skandinaviske språk og ikkje-medikamentelle behandlingsformer. Eksklusjonskriteria utelukker forskning som ikkje er relevant for oppgåva og er følgjande: deltakarar med amputasjon av indre organ, fantomsmerter på grunn parese eller paralyse, alder under 18 år, artiklar publisert før 2014, studiar gjort utanfor Europa eller USA og medikamentelle behandlingsformer.

I Cinahl søkte eg på *coping*, så på *managing* og kombinerte dei med OR. Deretter søkte eg på *phantom pain*, så *phantom limb*, så *plp* og kombinerte dei med OR. Ved å kombinere *coping/managing* og *phantom pain/phantom limb/plp* med AND fekk eg 32 treff. Eg las alle overskriftene og ni av abstrakta for så å velje ut artikkelen *Strategies for Coping with Neuropathic Pain and Impact of Pain on the Functional Condition of Patient* av Kolpa, M., Jurkiewicz, B. & Mężyk, E., utgitt i 2016. Den er relevant for mi oppgåve fordi den tek føre seg meistringsstrategiar ved mellom anna fantomsmerter.

Eit anna søk i Cinahl gav gode resultat. Først søkte eg på *phantom pain* og *phantom limb* og kombinerte med OR. Så søkte eg på *mirror therapy* og *mirror treatment* og kombinerte dei med OR. *Phantom pain/phantom limb* og *mirror therapy/mirror treatment* vart kombinert med AND og eg avgrensa søket til fagfelleverdert forskning samt publikasjon i løpet av dei fem siste åra. Då fekk eg 27 treff. Eg las overskriftene og sju av abstrakta for å få oversikt og valte ut følgjande artikkel: *Mirror therapy for phantom limb pain: brain changes and the role of body representation* av Foell, J., Bekrater-Bodmann, R., Diers, M. & Flor, H., utgitt i 2014. Grunnen til at eg fann denne artikkelen relevant var at eg ynskta å inkludere ei ikkje-medikamentell terapiform i oppgåva som har god dokumentert effekt.

Vidare i Cinahl søkte eg på MeSH-orda *amputation* og *phantom limb* for så å kombinere dei med OR. Så søkte eg på MeSH-orda *coping* og *psychologic adaptation* og kombinerte med OR. Deretter kombinerte eg *amputation/phantom limb* og *coping/psychologic adaptation* med AND og avgrensa til publikasjonar dei fem siste åra samt fagfelleverdert forskning. Det gav meg 34 treff som eg las titlane på. Spesielt to artiklar fanga mi interesse og eg valte å bruke begge fordi dei ser på korleis ein kan meistre livet med ein amputert kroppsdel og dei utfyller andre anvendte artiklar om meistring av fantomsmerter. Den eine artikkelen er *An exploratory phenomenological study exploring the experiences of people with systemic disease who have undergone lower limb amputation and its impact on their psychological well-being* av Washington, E. D. & Williams, A. E., utgitt i 2014. Den andre artikkelen heiter *Satisfaction with life in individuals with a lower limb amputation: The importance of active coping and acceptance* av Pereira, M. G., Ramos, C., Lobarinhas, A., Machado, J. C. & Pedras, S., utgitt i 2018.

I PubMed søkte eg først på *coping* og *psychologic adaptation* for så å kombinere dei med OR. Så søkte eg på *phantom pain* og *phantom limb*, deretter kombinerte eg dei med OR. Vidare kombinerte eg *coping/psychologic adaptation* og *phantom pain/phantom limb* med AND og avgrensa resultatata til artiklar publisert innan dei fem siste åra og gjort på menneske. Då fekk eg 71 treff som eg las overskriftene på. Eg las abstraktet på tolv artiklar der tittelen var interessant før eg valte ut artikkelen "*Imprisoned*" in pain: *analyzing personal experiences of phantom pain* av Nortvedt, F. & Engelsrud, G., utgitt i 2014. Artikkelen er relevant for mi oppgåve fordi fokuset er fantomsmerter og korleis ein kan takle livet med det.

2.3 Kort introduksjon til valte artiklar

1. *Strategies for coping with neuropathic pain and impact of pain on the functional condition of patients.* Kołpa, M., Jurkiewicz, B. & Mężyk, E., 2016, Polen.

Hensikta med studien var å vurdere meistringsstrategiar hjå pasientar med ulike neurotiske smerter, mellom anna fantomsmerter. Det vart nytta kvalitativ metode og 60 pasientar deltok.

2. *Mirror therapy for phantom limb pain: brain changes and the role of body representation.* Foell, J., Bekrater-Bodmann, R., Diers, M. & Flor, H., 2014, Tyskland/USA.

Denne forskingsartikkelen si hensikt var å sjå på korleis spegelterapi påverkar hjernen og kva funksjon det har på pasientar med kroniske fantomsmerter. Studien brukar kvalitativ metode og inkluderer tretten pasientar.

3. *An exploratory phenomenological study exploring the experiences of people with systemic disease who have undergone lower limb amputation and its impact on their psychological well-being.* Washington, E. D. & Williams, A. E., 2014, Storbritannia.

Studien si hensikt var å ekspandere forståinga av korleis det er å leve med eit amputert bein samt kronisk sjukdom for å kunne identifisere dei pasientane som treng ekstra oppfølging.

Dette er ein kvalitativ forskingsartikkel og har seks deltakarar.

4. *Satisfaction with life in individuals with a lower limb amputation: The importance of active coping and acceptance.* Pereira, M. G., Ramos, C., Lobarinhas, A., Machado, J. C. & Pedras, S., 2018, Portugal.

Målet med studien var å sjå på forholdet mellom meistringsstrategiar og tilfredsheit med livet, samt ulikskapar på meistringsstrategiar og tilfredsheit med livet ut i frå kliniske og sosiodemografiske variablar hjå menneske som har amputert ein underekstremitet. 63 pasientar deltok i denne kvalitative studien.

5. *‘Imprisoned’ in pain: analyzing personal experiences of phantom pain.* Nortvedt, F. & Engelsrud, G., 2014, Norge.

Denne studien hadde som mål å finne ut korleis amputerte eller paralyserte pasientar beskriv si smerteoppleving og korleis fantomsmerter viser seg som ein kroppsleg fornemming. Dei ville òg sjå på forholdet mellom tapt og paralyserert kroppsdel, samt korleis fantomsmerter

påverka pasientane sine oppfatningar av verda og menneska rundt seg. Det er ein kvalitativ studie med åtte deltakarar.

2.4 Kjeldekritikk

Kjeldekritikk inneber å vurdere og karakterisere kjelder som er anvendt i ei oppgåve for å kontrollere at kjelda er sann (Dalland & Trygstad, 2017).

Resultata mine viser at det finst lite forskning gjort på fantomsmerter i Norge, i alle fall nyare forskning. Fire av fem artiklar har utanlands opphav, men eg har avgrensa utvalet til land i Europa og USA. Helsesystema i desse landa kan sjå annleis ut enn i Norge, men sidan artiklane handlar mest om kva strategiar menneske brukar for å handtere smerte og tap, er informasjonen overføringsbar. Alle artiklane er engelskspråklege og eg har sjølv oversett dei til norsk. Av den grunn må det takast med i betraktning at delar av tekstane kan ha blitt tolka på ein annan måte enn meint av forfatterane. All forskinga er som vist i kapittel 2.2 funne i sjukepleiefaglege databasar med vitenskaplege tidsskrifter som gjev artiklane troverdighet. Ved søka eg gjorde var det ynskjeleg at artiklane var fagfelleurdert, noko alle utvalte artiklar er. Ein fagfelleurdert artikkel har blitt analysert av ein uavhengig fagperson som sikrar kvaliteten og sørgjer for at den held standaren for vitenskaplege artiklar (Dalland & Trygstad, 2017). Alle forskingsartiklane i oppgåva er publisert i løpet av dei fem siste åra. Med det er det rimeleg å seie at artiklane er gyldige. Eg har i kapittel 2.3 beskrive kvar artikkel sin hensikt og sidan det viser at alle passar til mi oppgåve er dei av den grunn relevante. Når eg les artiklane opplever eg dei som objektive og utan interessekonflikt, men berre to av artiklane gir opplysningar om dette medan dei tre andre ikkje nemner interessekonflikt i det heile. Reliabiliteten synleggjerast i artiklane sine metodekapittel der anerkjente metodar blir presentert. I tillegg har dei fleste, fire av fem, av studiane fått tilnærma like resultat som liknande studiar. I denne litteraturstudien er det berre nytta kvalitativ forskning då det var vanskeleg å finne oppdatert kvantitativ forskning knytt til min problemstilling. Derimot fann eg to kvantitative artiklar som var mellom 14 og 17 år gamle med statistikk over kvar mange som opplever fantomsmerter etter amputasjon. Dei artiklane vart ekskludert frå oppgåva på grunn av dateringa, samt at dei var lite relevante då berre ein liten del av artiklane kunne brukast.

3 Resultat

Dette kapitlet presenterer teori frå anvendt litteratur, hovudfunn i valte forskingsartiklar og sjukepleieteori som er relevant for oppgåva. I tillegg vil sjukepleiarar sine ansvarsområder leggest fram i lys av tydingsfulle lover samt etiske holdningar.

3.1 Fantomsmerter

I midten av 1500-talet vart fantomsmerter omtala for første gong av ein krigskirurg ved namn Ambrois Paree (Nortvedt & Nortvedt, 2018). Før den tid var det få som skjøna at det var mogleg å ha smerter i ein manglande kroppsdel og helsepersonell forklara ofte fenomenet som forårsaka av enten nervesmerter i stumpen eller av psykologisk stress pasienten opplevde etter det traumatiske tapet av ein ekstremitet (Nelson, 2013). Sidan Paree si tid har fenomenet blitt forska på av mange nyfikne sjeler som har beskrive teoriar om fantomsmerter. Filosofen Renee Decartes, psykologen Ronald Melzack og filosofen Maurice Merleau-Ponty er blant dei (Nortvedt & Nortvedt, 2018). I dag veit me at begge dei forklaringane som eksisterte den gonga ikkje er sanninga og det er ikkje lenger noko tvil om at fantomsmerter er reelle smerter (Nelson, 2013).

Likevel er det fortsatt ikkje klarlagt kva som er den eigentlege årsaka til fantomsmerter (Rosén, 2017; Nelson, 2013; Nortvedt & Engelsrud, 2014). Dr. Rosén (2017) presenterer ei tolking som beskriv at den amputerte kroppsdelene framleis er representert i eit tenkt kroppskart i hjernen, som er ein slags mal over kroppsdelane. ”Sagt på en enkel måte kan vi si at kartet ikke stemmer med terrenget” (Rosén, 2017, s. 207). Ei noko lik tolking er kalla hjernen si ”best guess”, beste gjetting. Hjernen er vandt med å dagleg ta imot mange signal frå kroppen sine kroppsdelar. Når armen eller beinet plutsleg sluttar å sende informasjon og dette held fram i lang tid vil hjernen til slutt tolke det som at noko er svært feil og alvorleg. Då sender hjernen ut smertesignal for å gjere kroppen merksam på avviket (Nelson, 2013).

Opplevinga av fantomsmerter blir skildra på mange ulike måtar av forskjellige pasientar, men felles for desse beskrivingane er at metaforane er brutale og orda sterke. Dei mest brukte uttrykka for fantomsmerter er brenning, kløe og krampar (Nelson, 2013; Nortvedt & Engelsrud, 2014). I Nortvedt si doktorgradsavhandling fortalte fleire pasientar at dei aldri fekk fred frå smertene og at dei grua seg for å leggje seg om kvelden fordi dei visste at dei

vart liggjande vakne om natta utan å få den kvila dei trong (Nortvedt & Nortvedt, 2018). I ein annan studie beskriv ein pasient smertene i fantomarmen etter ei motorsykkelulykke slik:

It's as if the skin of my arm has been ripped off; salt is being poured on it and then it's thrust into fire. I also sometimes feel as if the fingers on my amputated hand are moving uncontrollably, which is both extremely painful and embarrassing (Nortvedt & Engelsrud, 2014, s. 602).

Ein annan beskriv smertene som om han har eit reir av insekt som konstant kryp både på utsida og innsida av kroppen, og ein tredje at det kjennest som at han har ein stor kul eller utvekst på hovudet som gir eit vedvarande ubehag (Nortvedt & Engelsrud, 2014; Nortvedt & Nortvedt, 2018).

3.1.1 Behandling og varigheit

Studiar viser at mellom 60 og 90 % av alle som har amputert ein arm eller eit bein opplever fantomsmerter (Foell et al., 2014; Nortvedt & Engelsrud, 2014). Sjølv om dette er ein normal og nærmast forventa konsekvens har det i all tid vert vanskeleg å behandle smertene. Tradisjonell medisinsk metode som smertelindring har sjeldan gitt god effekt (Rosén, 2017). Derfor har mange alternative behandlingsformer blitt utprøvd, mellom anna spegelterapi, terapeutisk massasje, laserterapi, magnetterapi og elektroterapi, og fleire av dei har gitt god effekt (Kołpa, Jurkiewicz & Mężyk, 2016). Smertene oppstår ofte i løpet av den første veka etter amputasjonen. Derimot har ein i andre tilfelle sett at smertene ikkje dukkar opp før månadar eller til og med år i etterkant. Sidan det er ikkje er gjort nok prospektive studiar på fantomsmerter, der ein følgjer pasienten over tid, er det vanskeleg å stadfeste tidsperspektivet av fantomsmerter, og i tillegg kan det verke som det er svært individuelt (Nikolajsen, 2013). Trass dette viser Nortvedt og Engelsrud (2014) til ein tidlegare studie med tusenvis av amputerte soldatar som hadde nettopp dette som formål, å følgje pasientane over tid. Dei fann ut at for nokre personar blir fantomsmerter kroniske då heile 70 % av soldatane levde med fantomsmerter 25 år etter amputasjonen. I Kołpa et al. (2016) sin forskning rapporterte mesteparten av deltakarane at dei framleis hadde fantomsmerter 12 til 18 månadar etter amputasjonen.

3.2 Meistring og meistringsstrategiar

”Behovet for å mestre oppstår når personen utsettes for belastningar, for eksempel sykdom” (Tveiten, 2016, s. 18). For å mestre ein slik situasjon treng personen ressursar som kunnskap og ferdigheiter tilgjengeleg (Tveiten, 2016). Empowerment og brukarmedverking kan vere med på å gi pasienten ei kjensle av kontroll og meistring over sin eigen helse og sjukdom då det handlar om å la pasienten involvere seg i sitt eige behandlingssløp (Ingstad, 2013; Kristoffersen, 2016). Empowerment kan vere vanskeleg å definere, men Tveiten (2016) presenterer ein definisjon som rettar lys mot aktiv meistring: ”Empowerment er å gi noen autoritet eller makt til noe, gjøre noen sterkere og mer betrodd, særlig med hensyn til eget liv og rettigheter” (Tveiten, 2016, s. 29).

3.2.1 Tilnærming-unngåing-modellen

Eide og Eide (2017) viser til ein stor forskningslitteraturstudie som fann ut at det finst over 400 måtar å oppnå meistring på. Dei presenterer vidare ein meistringsmodell; tilnærming-unngåing-modellen, på engelsk kalla approach-avoidance theory. Modellen byggjer på kvar enkelt sin grunnleggjande måte å handtere ein belastande situasjon på. Enten nærmar ein seg problema og er mottakeleg eller så held ein situasjonen på avstand. Tilnærming som meistringsmetode er svært hensiktsmessig blir av Eide og Eide (2017) beskrive som at ein har ein positiv haldning til situasjonen og er open for det som møter ein. Det inkluderer både å bidra med aktive handlingar, men òg å ynskje tankar og kjensler velkommen. Sentralt ligg det å akseptere situasjonen som den er og glede seg over moglegheita ein framleis har, vere i stand til å be om hjelp og råd samt ta imot emosjonell støtte. Både negative og positive kjensler kan vere til stades, så kva type kjensler ein har er ikkje det mest tydingsfulle, men måten ein møter og handterer dei på (Eide & Eide, 2017). Ein unngåande meistringsmetode er ein meir negativ måte å stille seg til situasjonen på. Då vil ein ofte fornekte eller fortrenge tankar og kjensler og fokusere på det negative i omstenda. Denne metoden inkluderer å vere passiv og holde problema på avstand, unngå å oppsøke støtte og kontakt samt prøve å ikkje la situasjonen gå innover seg. Negative kjensler og tankar tek mesteparten av rommet og det er ein lite hensiktsmessig metode for meistring (Eide & Eide, 2017).

3.2.2 Problemfokusert og emosjonelt fokusert meistring

Lazarus og Folkman sin meistringmodell skil mellom problemfokusert meistring og emosjonelt fokusert meistring (Kristoffersen, 2016). Avhengig av situasjonen vil ofte ein blanding av desse to strategiane bli brukt (Tveiten, 2016). Val av strategi blir òg påverka av faktorar som kva metode personen har brukt i tidlegare kriser, kva reaksjonar som ligg naturleg for ein samt konteksten. Problemfokusert meistring blir oftast brukt når personen sjølv meiner at han har gode sjansar for å meistre situasjonen. Personen bidreg aktivt og direkte med å handtere den vanskelege situasjonen og brukar fornuftige strategiar for å finne ei løysing (Kristoffersen, 2016). ”Problemorientert meistring brukes når noe, for eksempel smerte, kan påvirkes” (Tveiten, 2016, s. 20). Samtidig poengterer Kristoffersen (2016) at denne meistringsstrategien òg handlar om å bearbeide kjensler i situasjonar som ikkje kan påverkast. Emosjonelt fokusert meistring blir mest brukt i situasjonar som ikkje kan forandrast (Tveiten, 2016). Strategien blir brukt for å halde ut ein livsforvandlande endring og har som hovudmål å endre opplevinga av situasjonen. Mønsteret liknar på ”avoidant coping” som inneber å flykte frå eller unngå situasjonen ved å late som at ingenting har skjedd, bagatellisere eller nekte for alvorret, isolere og undertrykke kjenslene og ikkje dele problema sine med nokon andre. Andre eksempel er bruk av roande legemiddel og rusmidlar (Kristoffersen, 2016).

3.3 Spegelterapi

Spegelterapi, òg kalla spegelmetode, er ein ikkje-medikamentell behandlingsform som kan bli brukt for å smertelindre og handtere fantomsmerter etter amputasjon. Metoden har utgangspunkt i kunnskap om korleis hjernen tolkar sanseintrykk (Rosén, 2017). Dr. Rosén (2017) beskriv likskapstrekk mellom hjerneaktivitet ved ekstern persepsjon, den informasjonen me behandlar basert på sanseintrykk, og ved intern persepsjon, det me tenkjer eller førestil oss. Metoden går ut på at ein brukar ein ”spegelboks” med ein spegel på ei side og ein opning i boksen. Den amputerte sida, til dømes den venstre armen, blir skjult inni boksen, medan den friske armen er utanfor og dannar eit spegelbilete. Når personen ser ned i spegelen vil det sjå ut som at den venstre armen er intakt. Som nemnt i kapittel 3.1. har hjernen eit kroppskart som er samankopla med den fysiske kroppen. Det som skjer når personen ser to intakte armar er at hjernen registrerer bevegelse i den venstre armen slik at den delen av kroppskartet blir aktivert. Komfortable bevegelsar og stillingar i den friske armen vil i hjernen opplevast som behagelege og reelle rørsler i den amputerte. Dr. Rosén

(2017) presenterer vidare at ved å bruke spegelterapi over tid kan nervesystemet få betre funksjon og smertene i fantomlemmen kan bli redusert og dette er hensikta med metoden. Spegelterapi blir brukt innan rehabilitering og smertelindring av fantomsmerter, og behandlingsmetoden har hatt god verknad hjå mange (Rosén, 2017).



Figur 1. Bilete av spegelboks. Stumpen er gøymd inni boksen. 2019, av R. Phillips.

<https://no.pinterest.com/pin/452259987554461147/?autologin=true>

3.4 Presentasjon av forskingsartiklar

Strategies for coping with neuropathic pain and impact of pain on the functional condition of patients

Meistringsstrategiar ved kroniske neurologiske smerter var hovudfokuset i Kolpa et al. (2016) sin studie. Bøn og katastrofetenking toppa lista i deira studie. Deltakarane meinte at desse strategiane hjalp dei å meistre smertene meir enn å redusere smertene. Varigheita for smertene varierte, men det største talet av deltakarane (28,3%) rapporterte at smertene varte i 12 til 18 månadar og nesten like mange (26,7%) meldte om smerter i 3 til 12 månadar. Av alle pasientgruppene med ulike neurologiske smerter i studien var deltakarar med fantomsmerter blant dei som gav opplysningar om høgast smertegrad. Forfatterane hevdar at det er typisk å vende seg til religion og bøn når smerte er dominerande i ein krisesituasjon. Denne meistringsstrategien viste seg å vere effektiv fordi deltakarane fann styrke til å handtere livet og vart meir tilpassingsdyktige. Katastrofetenking vart klassifisert som ein lite hensiktsmessig

meistringsstrategi som kunne medføre redusert livskvalitet. Likevel brukte mange denne strategien for å prøve å handtere smertene (Kolpa et al., 2016).

Mirror therapy for phantom limb pain: brain changes and the role of body representation

I studien til Foell et al. (2014) viste spegelterapi seg å gi god effekt ved kroniske fantomsmerter etter amputasjon. Før pasientane byrja med spegelterapi fekk dei innføring i metoden både verbalt og skriftleg samt vart vist korleis øvingane skulle utførast. Deretter utførte pasienten øvingane framfor terapeuten for å sjekke at han hadde forstått dei slik at han kunne gjere dei heime på eiga hand. Forfatterane av studien belyste at spegelterapi passa betre for nokre pasientar enn andre då det var store individuelle forskjellar på verknaden, og viste til ein tidlegare studie kor 40 % av deltakarane ikkje hadde nytte av terapiforma. Det kjem ikkje fram kva type pasientar spegelterapi passar for, men kva kvalifikasjonar som er viktige for å oppnå god verknad. Desse kvalifikasjonane vart beskrive som evna til å relatere seg til spegelbiletet og å akseptere fantomlemmen som sin eigen lem. Spegelbehandlinga i denne studien gav middels god effekt. Den gjennomsnittlege smertereduksjonen blant deltakarane var 27 % etter dagleg behandling i fire veker, og det samsvarte med liknande studiar (Foell et al., 2014).

An exploratory phenomenological study exploring the experiences of people with systemic disease who have undergone lower limb amputation and its impact on their psychological well-being

Washington og Williams (2014) hevdar at amputasjon ei personleg oppleving. Dei viser til fleire studiar som viser at depresjon er ein vanleg reaksjon etter amputasjon og at den varer gjennomsnittleg i to år. Faktorar som alder, årsak til amputasjon, helsetilstand og grad av fantomsmerter hadde mykje å seie for om deltakarane i studien vart deprimerte. Andre faktorar måtte òg takast omsyn til etter amputasjon. Mange sleit med å akseptere sin nye situasjon og syntest det var vanskeleg å tilpasse seg den nye kvardagen. Behovet for støtte frå andre, spesielt pårørande, stod sterkt for å kunne meistre, og like viktig var det å ha gode relasjonar med venner og familie. Likevel beskreib dei fleste pasientane at det å vere sjølvstendig og få høve til å utføre daglegdagse oppgåver var svært tydingsfult samt at det kjendest krenkjande om nokon undervurderte deira evner. Alle desse faktorane verka inn på om pasientane opplevde velvære og god livskvalitet etter amputasjon (Washington & Williams, 2014).

Satisfaction with life in individuals with a lower limb amputation: The importance of active coping and acceptance

Pereira, Ramos, Lobarinhas, Machado og Pedras (2018) beskriv i sin studie korleis sosiodemografiske variablar kan ha innverknad på livstilfredsheit etter amputasjon. Dei fann ingen signifikant kopling mellom dei, men at det vart brukt ulike meistringsstrategiar blant gruppene som deltok. Kvinner hadde ofte ein nektande tilnærming, medan yngre ofte aksepterte situasjonen betre. Dei med ein partner i livet brukte meir kjensleuttrykk i si meistring. Pereira et al. (2018) oppdaga at bruk av humor, religion, planlagt meistring, aktiv meistring samt aksept har ein positiv binding til livstilfredsheit. I tillegg fann dei at tilfredsheit med livet og stoffbruk har ein negativ kopling. Akseptering og aktiv meistring var dei mest brukte strategiane for å meistre livssituasjonen. Likevel viste resultata at mesteparten av deltakarane var lite tilfredse med livet etter amputasjon, noko forfatterane beskriv som motstridande funn av kva tidlegare liknande studiar har vist. Samtidig viste funna ingen samanheng mellom varighet sidan eller grunn til amputasjon og livstilfredsheit eller meistringsstrategi (Pereira et al., 2018).

“Imprisoned” in pain: analyzing personal experiences of phantom pain

I sin studie om korleis menneske stiller seg til verden rundt seg etter amputasjon beskriv Nortvedt og Engelsrud (2014) at opplevinga av smerte er svært individuell og erfaringane personlege. Gjennom intervju fekk dei innblikk i korleis det var å leve med fantomsmerter samt deltakarane sine ekstreme skildringar av dei. Deltakarane uttrykte fortvilning over fantomsmertene og syntest det var vanskeleg å forstå at ein kan ha smerter i ein kroppsdel som ikkje lenger eksisterer. Nokre tvilte på sine eigne smerteopplevingar nesten dagleg og ein beskriv den kjensla slik: ”I don’t really have pain, do I? ...if you’ve lost your arm, you can’t feel pain in an arm you don’t have any more, right? So in a way, it has to be something psychic, something you imagine” (Nortvedt & Engelsrud, 2014, s. 603). Forfatterane beskriv at smerteintensiteten truleg forverrast når ein blir minna på korleis kroppen ein gong var og at den tapte kroppsdel er erstatta med sterke smerter. Dette kan igjen føre til at personen kjenner seg utestengt frå omgjevnadane (Nortvedt & Engelsrud, 2014).

3.5 Benner og Wrubel sin sjukepleieteori

Sjukepleieteorien til Patricia Benner og Judith Wrubel omhandlar mellom anna stress og meistring i ulike livssituasjonar og ved sjukdom. Benner og Wrubel (2001) hevdar at målet

med utføring av sjukepleie er å hjelpe menneske med stress knytt til helsesvikt, sjukdom og tap. Dei har eit fenomenologisk menneskesyn og av den grunn trur dei ikkje det finst ein fasit for god meistring, men at kvar enkelt meistrar på sin måte ut i frå livssituasjon, historie, ferdigheiter samt kva som er viktig for seg sjølv. Ein føresetnad for å kunne hjelpe andre er å setje seg inn i den andre sin noverande situasjon og spørje denne personen om kva moglegheiter han har. Deretter kan ein bidra med råd og rettleiing samt gi omsorg som kan skape fleire moglegheiter (Konsmo, 1995). Dette legg grunnlaget for å nå pasienten sine mål om meistring. Sjukepleiarar må hugse på at pasienten sine ynskjer og behov står i sentrum medan pårørande, legar og andre sjukepleiarar sine meiningar kjem i andre rekkje. Ved å kartlegge pasienten sine behov og setje dei først vil ein skape tillit og nærleik. Ein god relasjon vil gjere det lettare for sjukepleiaren å setje i gang og følge opp tiltak for pasienten og gjere dei endringane som trengst undervegs (Benner & Wrubel, 2001).

3.6 Sjukepleiarar sitt ansvar

Sjukepleiarar har ei viktig rolle i å hjelpe pasientar til meistring. I prosessen etter eit livsforvandlande inngrep som det å fjerne ein arm eller eit bein, er det viktig at pasienten aktivt får bearbeide kjenslene sine. Då kan sjukepleiaren vere ein god samtalepartner med sitt utanfrå perspektiv og gode spørsmål som kan oppklare pasienten sine tankar og verdiar (Kristoffersen, 2016). Sjukepleiarar har ein viktig funksjon som aktiv lyttar og bør vite at for pasienten kan det å ikkje bli trudd på opplevast vondare og meir tyngande enn sjølv fantomsmerter (Danielsen et al., 2017). Ein annan del av sjukepleiarane sine oppgåver er å hjelpe pasienten med å ta ein aktiv rolle og medverke for å unngå unødig tap av funksjonsevner og eigenomsorgsevner. Det er ein føresetnad for meistring at pasienten tek aktiv del i rehabiliteringa. Han må vite kva som krevjast av han sjølv slik at urealistiske tankar om prosessen blir unngått, som for eksempel at sjukepleiarane skal ordne opp og ha det fulle ansvaret for at han oppnår meistring. Pasienten treng difor informasjon om kunnskap og ferdigheter (Kristoffersen, 2016). Informasjon som gir kunnskap om sjukdommen, behandling og praktiske ting samt ferdigheiter vil i følge Eide og Eide (2017) gi pasienten auka sjølvbestemming og oppleving av meistring. Sjukepleiar har òg plikt til å drive helsefremjande arbeid, som handlar om å gi pasienten støtte til å endre vanar og å meistre sjukdom og funksjonssvikt ved å utvikle personleg kompetanse (Kristoffersen, 2016). Tveiten (2016) beskriv to hovudprinsipp ved helsefremjande arbeid: pasienten har ekspertkunnskap om seg sjølv og pasienten skal medverke. Samhandling mellom pasient og sjukepleiar samt å

bidra til brukarmedverking i behandlinga er òg ein del av det helsefremjande arbeidet (Tveiten, 2016).

3.6.1 Lovverk

Sjukepleiarar har eit stort ansvar og pasientar har ein del rettigheitar som er nedfelt i loven. Her vil det bli presentert ulike lovverk som er aktuelle for oppgåva.

I lova om kommunale helse- og omsorgstenester er den eine hensikta å ”forebygge, behandle og tilrettelegge for meistring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne” (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 1-1).

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) skal bidra til å fremje tillitsforholdet mellom pasient/brukar og helse- og omsorgstenesta/helsearbeidar. Det står om pasienten eller brukaren sin rett til medverking og informasjon om sin helsetilstand. Medverking skjer mellom anna ved at pasienten eller brukaren er delaktig i bestemmingane vedrørande behandlingsmetodar og -stad (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §§ 3-1 og 3-2).

Helsepersonelloven (1999) har som formål å bidra med å skape tillit til helsepersonell og sikre sikkerheit for pasientane samt kvalitet i arbeidet (§ 1). Det er viktig for sjukepleiarar å halde seg fagleg oppdatert. I loven sitt andre kapittel står det mellom anna om krav til å utøve forsvarleg helsehjelp og krav om å informere pasienten. Kravet om faglig forsvarlegheit og omsorgsfull hjelp inneber at sjukepleiarar handlar ut i frå egne kvalifikasjonar og kva som kan forventast ut i frå utdanning og erfaring (Helsepersonelloven, 1999, §§ 4 og 10).

3.6.2 Yrkesetiske retningslinjer

Sjukepleiarforbundet sine yrkesetiske retningslinjer er basert på menneskerettane slik FN beskriv dei samt ICN (International Council of Nurses) sine etiske prinsipp og reglar. I kapittelet om sjukepleiar og pasient står det mellom anna at sjukepleiarar skal bidra til helsefremjing, meistring og tilstrekkelig informasjon (Norsk Sykepleierforbund, 2011).

Punkt 2.1: Sykepleieren har ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom.

Punkt 2.3: Sykepleieren understøtter håp, meistring og livsmot hos pasienten.

Punkt 2.4: Sykepleieren fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått.

(Norsk Sykepleierforbund, 2011, s. 8).

Desse retningslinjene fungerer som ein garanti for pasienten om at sjukepleien som blir utøvd er etisk forsvarleg og til det beste for pasienten. Dei er relevante å ha med i oppgåva fordi det set fokus på sjukepleiaren sine ansvarsområder ovanfor pasienten. Retningslinjene er eit minstemål for god praksis, og med det legg dei grunnlag for at pasienten får god oppfølging (Molven, 2016).

4 Drøfting

I dette kapittelet vil det først bli presentert ein case som drøftast i oppgåva. Deretter vil problemstillinga, ”Korleis kan sjukepleiarar fremje meistring hjå pasientar som opplever fantomsmerter etter amputasjon?”, bli drøfta i lys av føregåande presenterte meistringsstrategiar, forskingsartiklar, sjukepleieteori samt lover og yrkesetikk.

4.1 Presentasjon av case

Følgjande case er ein oppdikta historie basert på observasjonar gjort i praksis samt relevant litteratur. Namn, kjønn, alder og andre data som er tydingsfulle er av fiktiv karakter. I vissheit om at det følgjer mange andre utfordringar etter å ha vert i ei trafikkulykke vil dette ikkje bli inkludert i casen for å fokusere på problemstillinga i oppgåva.

Katinka er ei ressurssterk kvinne på 53 år som er gift, har ein vaksen son og arbeidar som lærar. Ho er kristen og går til gudsteneste under høgtider. For to månadar sidan amputerte ho venstre arm under albogen etter ei bilulykke. Ho slit med fantomsmerter dagleg, og det stikk og brenn heilt ned til fingrane. Dei sterke medisinane gjer ho sløv og fungerer ikkje godt mot smertene. I den første tida etter amputasjonen syntest Katinka det var vanskeleg å stille seg til situasjonen. På rehabiliteringsstaden får ho oppfølging av mellom anna sjukepleiarar. Etter fleire samtalar med sjukepleiar bestemmer Katinka seg for å verkeleg ta tak i situasjonen og set seg mål om å meistre kvardagen med fantomsmerter. Ho blir anbefalt å prøve spegelterapi og vil gi det ein sjanse. Etter nokre veker med dagleg spegelterapi merka ho at fantomsmerterne gradvis minka. Fortsatt er det krevjande å leve utan ein arm, men ho byrjar å kjenne på håp om at livet ikkje treng å bli styrt av hennar avgrensingar.

4.2 Livstilfredsheit og bearbeiding av kjensler

Fantomsmerter er ein type smerte som opplevast på svært ulik måte av dei med ein amputert ekstremitet (Nortvedt & Engelsrud, 2014). Katinka i casen kjenner mykje stikking og brennande smerter i fantomarmen, og desse fornemningane samt kløe og krampar er svært vanlege ved fantomsmerter (Nelson, 2013; Nortvedt & Engelsrud, 2014). Ho opplever at dei sterke smertestillende medisinane ho tek dagleg ikkje fungerer særleg godt mot smertene. Det er ho ikkje åleine om. Rosén (2017) beskriv at tradisjonell smertelindring har vist seg å ha relativt dårleg effekt hjå dei fleste som har amputert. Dette faktum samt dei individuelle

smerteopplevingane gjer det desto vanskelegare å lindre denne pasientgruppa. På den eine sida opplever ein del pasientar redusert livskvalitet på grunn av fantomsmerter. Pasientane i Pereira et al. (2018) sin studie beskriv generelt lav tilfredsheit med livet. I den første perioden etter amputasjonen hadde Katinka eit distansert forhold til fantomsmerter. Pereira et al. (2018) beskriv at spesielt kvinner har tendensar til å nekte for den nye situasjonen. Dette gjorde at livskvaliteten til Katinka ikkje var så god då ho prøvde å late som om ingenting hadde skjedd. Då sjukepleiaren opplyste ho om ulike meistringsstrategiar kan det tenkjast at ho kjente seg igjen i den emosjonelt fokuserte tilnærminga. Dette er i tråd med Tveiten (2016) som beskriv at emosjonelt fokusert meistringsstrategi handlar om å flykte frå situasjonen. På den andre sida er det mange som lev godt og er tilfredse med livet trass fantomsmerter (Washington & Williams, 2014; Kołpa et al., 2016). Kristoffersen (2016) legg vekt på at det å akseptere eigne smerter og godta at ein ikkje alltid får påverka situasjonen er nyttig. I lys av dette kan ein anta at dei som har god tilfredsheit med livet brukar problemfokuserert meistringsstrategi. Dette samsvarar med Kristoffersen (2016) sin presentasjon av problemfokuserert meistring der personen aktivt bidreg med å finne ei føremålstenleg løysing. I denne situasjonen vil Katinka vere fornuftig dersom ho skjønar at hennar tankar og kjensler ikkje definerer ho, men at det er måten ho vel å reagere på dei som tel. Denne tolkinga har eg høyrte i TV-serien *Overleverne* på NRK, som nemnt i kapittel 1.

Det å kunne bearbeide kjenslene sine er vesentleg for å handtere ein krisesituasjon, men ikkje alle er like gode på det. Kristoffersen (2016) beskriv at sjukepleiarar bør leggje til rette for samtalar der pasienten får delt tankar og kjensler om livssituasjonen sin. Katinka er ikkje redd for å snakke om kjensler, men tvert i mot er det noko ho gjer stadig vekk, og mannen lyttar ofte til det ho har på hjertet. Pereira et al. (2018) fann i sin studie ut at dei med ein partner i livet oftare brukte kjensleuttrykk for å mestre livet etter amputasjon enn dei som ikkje hadde ein partner. I tillegg presenterer Eide og Eide (2017) at det å ynskje kjensler velkommen er sentrale trekk ved tilnærming som meistringsmetode. I lys av dette kan det tenkjast at bearbeiding av kjensler er helsefremjande og ein svært god måte å handtere situasjonen på. Katinka blir oppmuntra av sjukepleiaren til å snakke om både dei positive og negative kjenslene sine for å nå målet sitt om meistring. Ut i frå denne tilnærminga kan det verke som at det å lufte tankar frå heile kjenslespekteret er føremålstenleg. Det samsvarar med Eide og Eide (2017) som hevdar at det ikkje handlar om kva type kjensler ein har, men korleis ein tek i mot og bearbeider dei.

4.3 Betydinga av god informasjon

Benner og Wrubel (2001) hevdar at det ikkje finst noko fasit for kva god meistring er. På bakgrunn av funna i forskinga til Foell et al. (2014), Kołpa et al. (2016), Pereira et al. (2018) samt Washington og Williams (2014) kan ein gå ut i frå at meistring er individuelt og blir oppnådd på mange ulike måtar. Dette samsvarar med Eide og Eide (2017) sin presentasjon av ein studie som kartla over 400 meistringsstrategiar. Meistring skjer på grunnlag av faktorar som konteksten, pasienten sin personlegdom og tidlegare erfaringar med stressituasjonar (Konsmo, 1995). Katinka fann etterkvart sin måte å takle situasjonen på, men for å komme dit trong ho hjelp frå sjukepleiar som gav kunnskap om kva metodar som finst og kven som er hensiktsfulle. Kristoffersen (2016) beskriv at riktig kunnskap, ferdigheiter og informasjon er nødvendig for at pasienten skal ha realistiske tankar om prosessen. Pasientar har rett på å få informasjon og sjukepleiarar har plikt til å gi informasjon (Pasient- og brukarrettighetsloven, 1999; Helsepersonelloven, 1999). Dessutan har sjukepleiarar egne retningslinjer som forsterkar viktigeita av informasjon: ”Sykepleieren fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått” (Norsk Sykepleierforbund, 2011, s. 8). Dette er beskrivande for brukarmedverking og autonomi, noko Kristoffersen (2016) vektlegg som viktig for at pasienten sjølv skal ta ansvar for si eiga meistring. Nortvedt og Engelsrud (2014) presenterer pasientar sine opplevingar av tvil på egne smerteopplevingar. På bakgrunn av det sterke fokuset på informasjon kan det tenkjast at tvil kan forhindrast dersom pasienten får god kunnskap om kor vanleg det er å ha fantomsmerter etter amputasjon og at det er reelle smerter. Dette samsvarar med forskinga til Foell et al. (2014) samt Nortvedt og Engelsrud (2014) om at over halvparten av dei som amputerer ein arm eller eit bein opplever fantomsmerter. Katinka vart av sjukepleiar opplyst om kva fantomsmerter er og kva som er normalt. Då var ho ikkje i tvil om at smertene hennar var ekte og dette fremja tryggleik. Å ikkje bli høyrte eller trudd på si beskriving av smerteintensitet og –oppleving vil for mange pasientar kjennast verre ut enn sjølve smertene (Danielsen et al., 2017). Ut i frå dette kan det tenkjast at pasienten vil tvile på seg sjølv dersom han ikkje får god nok oppfølging av sjukepleiar. Dette er i samsvar med Danielsen et al. (2017) si beskriving av sjukepleiarar si viktige rolle som samtalepartnerar for pasienten.

4.4 Bøn som meistringsstrategi

Menneske er unike og møter krevjande situasjonar på ulike måtar, så det er viktig at sjukepleiar gjer pasienten merksam på kva meistringsstrategiar han brukar bevisst og ubevisst samt korleis moglegheitane han tenkjer han har (Konsmo, 1995). Då sjukepleiaren spør Katinka om kva meistringsstrategiar ho brukar fortel Katinka om si kristne tru og at ho ber meir enn vanleg i denne krevjande tida. Studiar viser at mange oppsøker bøn når dei er i ein krisesituasjon der smerte er ein stor del av problemet. Det har vist seg å vere ein effektiv meistringsstrategi fordi den tilsynelatande gir mot og styrke til å handtere livet (Kolpa et al., 2016). På bakgrunn av dette kan det tenkjast at når ein lyfter fokuset vekk frå seg sjølv og opp til noko større vil ein få eitt breiare perspektiv som kan gjere det lettare å tilpasse seg situasjonen. Pereira et al. (2018) beskriv bøn som eit eksempel på akseptering og aktiv meistring. I lys av dette er det mogleg å anta at ein person som ber i krisesituasjonar oftast vil bruke tilnærming som meistringsstrategi. Det er i tråd med Eide og Eide (2017) då den strategien handlar om å møte situasjonen med eitt ope sinn. Bøn er altså ein måte å meistre smertene på, og Katinka fortel at smertene ikkje nødvendigvis blir mindre av å be, men at ho får håp og tru på at det skal gå bra med ho. Fleire personar i Kolpa et al. (2016) sin studie opplys at bøn hjelper dei å meistre smertene sjølv om det ikkje hjelp mot smertene. Dette kan verke som ein svært hensiktsmessig tilnærming, då ein truleg vil leve lenge med fantomsmerter. Dermed er meistring av smertene eit meir oppnåeleg mål enn å bli kvitt dei. Det samsvarar med forskning som viser at fantomsmerter ofte har ein varigheit på eitt til halvanna år i tillegg til at nokre får kroniske smerter (Kolpa et al., 2016; Nortvedt & Engelsrud, 2014). Ikkje alle har noko forhold til religion eller trur på det å be. Denne meistringsstrategien vil ikkje ha noko hensikt for dei med mindre dei gjer som fleire gjer; ber for første gong (Kolpa et al., 2016). Det kan vere mogleg å anta at ein person som brukar unngåande meistringsstrategi ikkje ville tydd til bøn fordi han mest truleg ville vert passiv og ikkje oppsøkt noko form for kontakt eller støtte for å halde situasjonen på avstand. Dette støttast av Eide og Eide (2017) si beskriving av unngåande meistringsstrategi.

4.5 Spjelterapi og aksept

Spjelterapi er ein alternativ behandlingsform mot fantomsmerter som blir brukt for å meistre smertene, men òg for å lindre dei (Rosén, 2017). Katinka vart av sjukepleiaren råda til å prøve spjelterapi og ville teste ut det. Ho utførte ulike øvingar med spjelboksen ein til to gongar dagleg i fleire veker, då øvingar over lengre tid har vist seg å vere nødvendig for god

smertelindring. Foell et al. (2014) presenterer smertereduksjon på heile 27 prosent etter kontinuerleg terapi over fire veker. I same studie presenterast det visse evner personane som brukar metoden bør ha for at effekten skal vere god. Det er evna til å respektere fantomlemmen som sin eigen og relatere seg til spegelbiletet av den. I lys av dette kan det synest som at spegelterapi er ein form for problemfokusert meistringstrategi då det tilsynelatande inneber å ha trua på at ein klarar å meistre situasjonen. Dette er i tråd med Tveiten (2016) som hevdar at problemfokusert meistringstrategi oftast blir brukt når situasjonen kan påverkast. Også sjukepleiarar eg møtte i praksis la vekt på viktigheita av ein positiv haldning til metoden for å oppnå godt resultat. Studien til Pereira et al. (2018) samsvarar med funna i Foell et al. (2014) sin studie om at akseptering og aktiv meistring er ein gunstig strategi for å handtere fantomsmerter. Dette tyder på at pasientar som nyttar seg av spegelterapi bør ha ei aktiv rolle. Derimot kan ein antyde at ikkje alle har denne driven for å oppnå meistring i seg. Det er i tråd med Nortvedt og Engelsrud (2014) som beskriv at pasientar som ikkje er trygge på seg sjølv, ofte tvilar og fokuserer meir på fortida enn framtida. Då treng sjukepleiarar å motivere pasienten til å delta meir i prosessen (Kristoffersen, 2016). Katinka trong å bli utfordra på dette for å få motivasjon til framdrift. Med bruk av god rettleiing fekk sjukepleiaren satt i gang tiltak som kunne hjelpe ho å lindre smertene. Benner og Wrubel (2001) framhevar råd og rettleiing som ei viktig sjukepleieoppgåve for at pasienten skal kjenne sine moglegheiter. I lys av at det å relatere seg til spegelbiletet av fantomlemmen og akseptere den som sin eigen, legg grunnlaget for god verknad av spegelterapien, kan ein antyde at spegelterapi som meistringstrategi ikkje er så hensiktsmessig for menneske utan dei evnene. Desse personane brukar mest truleg ein unngåande meistringsmetode. Dette er i samsvar med Eide og Eide (2017) som hevdar at ein då vil halde situasjonen på avstand, noko som vil gjere det vanskeleg å late som den amputerte kroppsdelen er intakt.

4.6 Empowerment og depresjon

Benner og Wrubel (2001) er opptekne av at ei av hovudoppgåvene til sjukepleiarar er å hjelpe menneske til å meistre stresssituasjonar og dette er ein av hensiktene i helse- og omsorgstjenesteloven (2011). For mange pasientar som har amputert er det å vere sjølvstendig og gjere så mykje dei klarar og orkar sjølv viktig for sjølvkjensla (Washington & Williams, 2014). Det er ei svært god innstilling og slike personar ser ut til å velje aktive meistringstrategiar (Pereira et al., 2018; Eide & Eide, 2017). På bakgrunn av dette kan det

verke som at det å bestemme sjølv er viktig for pasientane og at det nesten er eit mål i seg sjølv. Det er i tråd med Tveiten (2016) som hevdar at empowerment er nødvendig for å oppleve autonomi ved at ein har makt over seg sjølv og eige liv. Det treng pasienten for å bli bevisst på ressursane sine og utnytte dei samt å medverke i situasjonen (Ingstad, 2013). Når Katinka opplever at sjukepleiaren støttar ho og gjer ho merksam på sine rettigheitar kan det gi ei kjensle av empowerment og at ho vil nå målet sitt. Dei yrkesetiske retningslinjene peikar på sjukepleiarar si rolle i å bidra til helsefremjing (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Det helsefremjande arbeidet kan gjere slik at pasienten finn vanar som passar den nye livssituasjonen (Tveiten, 2016). I lys av dette kan det tyde på at slikt arbeid gir pasienten håp om meistring. Det er derimot fleire faktorar som spelar inn på pasienten si oppleving av meistring. Kristoffersen (2016) påpeikar viktigheita av at han faktisk ynskjer å ta i mot hjelp og aktivt deltek i prosessen mot å meistre. Sjukepleiar bør minne pasienten på at han sjølv har spisskompetanse på si eiga helse og at meistring avhenger av hans vilje (Tveiten, 2016). Det kan tenkjast at det er lite sjukepleiarar som kan bidra med dersom pasienten ikkje har noko motivasjon for å meistre situasjonen. Washington og Williams (2014) opplyser om at det er relativt vanleg å lide av depresjon i tida etter amputasjon. Depresjon har mange likskapstrekk med unngåingstrategien, som for eksempel å isolere seg og stille seg passivt til situasjonen (Eide & Eide, 2017). Det er vanskeleg å seie kva som er grunnen til depresjon etter amputasjon. Forsking på dette temaet er ikkje eintydig då studien til Washington og Williams (2014) hevdar at faktorar som alder, årsak til amputasjon, generell helsetilstand og grad av fantomsmerter har betydning for om pasienten blir deprimert, medan Pereira et al. (2018) hevdar at grunnen til og tida sidan amputasjon ikkje heng saman med livstilfredsheit. Eg vel å anta at ein person som er deprimert er lite tilfreds med livet og visa versa. Funna frå studien til Washington og Williams (2014) er mest i tråd med mine erfaringar, og sidan Pereira et al. (2018) beskriv at deira funn var ulikt resultat i tidlegare liknande studiar, vel eg å anta at faktorar som alder, årsak, helsetilstand og fantomsmerter spelar inn på sannsynet for depresjon etter amputasjon. På den eine sida kan det verke som at Katinka ikkje står i fare for å bli deprimert då ho er relativt ung og ikkje har kronisk sjukdom eller andre sjukdommar. På den andre sida har ho vert involvert i ei alvorleg bilulykke og har høg grad av fantomsmerter dagleg. Sett i lys av støtteapparatet Katinka har rundt seg, med pårørande og oppfølging av mellom anna sjukepleiarar, kan det tenkjast at ho ikkje er utsatt for å bli deprimert, men at ho heller vil oppleve god livstilfredsheit. Likevel må ein ta i betraktning at smerteoppleving og

måten personar handterer slike situasjonar på er svært individuelt (Eide & Eide, 2017; Nortvedt & Engelsrud, 2014).

4.7 Behov for sosial støtte

Når ein finn seg sjølv i ein krisesituasjon, så hjelp det å ha nokon rundt seg som kan gi trøystande og motiverande ord (Washington & Williams, 2014). Katinka finn slik støtte i ektemannen sin og det har hjelpt ho mykje. Det er normalt å kjenne behov for å ha pårørande rundt seg. Washington og Williams (2014) beskriv at mange pasientar oppgir støtte og gode relasjonar som viktig for deira prosess i å meistre. Sjukepleiarar har òg ei rolle å fylle som støttespelarar for pasienten. Lova som sikrar pasientar sine rettigheit er med å setje fokus på viktigheita av ein god relasjon, og i tillegg legg sjukepleiarforbundet sine retningslinjer rammer for at pasienten skal få den beste oppfølginga (Pasient- og brukerrrettighetsloven, 1999; Norsk Sykepleierforbund, 2011). Å kartleggje pasienten sine behov og setje han i sentrum slik at han kjenner seg tydingsfull er essensielt i relasjonsbygginga (Benner & Wrubel, 2001). Det kan verke som at pasienten treng å ha ein tillitsfull relasjon til sjukepleiaren for å få vere mottakeleg for hjelp til meistring. Det er tydeleg at sjukepleiaren til Katinka klarte å skape tillit og openheit mellom dei sidan Katinka etter samtalanane byrja å tenkje annleis og ville prøve nye meistringsstrategiar. Benner og Wrubel (2001) beskriv at tillit kan oppstå ved at sjukepleiaren set seg inn i pasienten sin situasjon og set han i sentrum. Når sjukepleiaren lyttar aktivt til pasienten sine behov vil han kjenne seg høyrte og sett (Danielsen et al., 2017). På bakgrunn av dette kan det tyde på at dersom sjukepleiaren ikkje viser interesse for pasienten vil det vere vanskeleg å skape god kontakt, som kan føre til redusert kvalitet på oppfølginga og behandlinga. I følgje Nortvedt og Engelsrud (2014) kan minnet om og saknet av den amputerte lemman auke smerteintensiteten. I lys av verdien tillit og trygghet har for meistring er det tenkjeleg at dette overskygger pasienten sine vonde minner om den friske lemman, som moglegvis kan føre til stabilt lite smerter.

4.8 Dei ulike aspekta sin relevans for kvarandre

Washington og Williams (2014) framhevar viktigheita av gode relasjonar i tida etter amputasjonen. Det er mogleg å anta at det å utføre øvingar med spegelboksen dagleg over fleire veker krev ei positiv haldning og vilje til kontinuerlig arbeid. I lys av dette kan det tenkjast at støtte frå pårørande samt sjukepleiarar er nødvendig for at pasienten skal klare å

gjennomføre spegelterapien ved at han blir oppmuntra. Denne måten å stille seg til situasjonen er i tråd med Kristoffersen (2016) si beskriving av problemfokuset tilnærming. Kanskje pårørende til og med bør vere til stades når pasienten utfører nokre av øktene, slik at motivasjonen hans aukar. Å drive med spegelterapi er krevjande og må leggjast inn i den daglege rutinen til pasienten. Sjukepleiarar er plikta til å drive helsefremjande arbeid som mellom anna inneber å gi støtte til slike endringar (Norsk Sykepleierforbund, 2011; Kristoffersen, 2016). Ut i frå dette kan ein truleg anta at spegelterapi er helsefremjande då pasienten er i ein bearbeidingsfase som fører til endra åtferd og meistring.

Spegelterapi har vist seg å vere ein meistringsstrategi som gir mindre fantomsmerter og oppleving av meistring (Foell et al., 2014) og samtidig viser forskning at personar med intense fantomsmerter har større risiko for å bli deprimerte enn dei utan (Washington & Williams, 2014). Ut i frå dette kan det tenkjast at spegelterapi fører til betre livstilfredsheit på grunn av smertereduksjon og auka meistringsevne. Dette opplevde Katinka då ho gjekk frå å skugge unna problema sine til å aktivt prøve å meistre situasjonen med bruk av spegelterapi, og ho tenkte at målet hennar om å meistre fantomsmerter var nådd.

Før pasienten byrjar å praktisere spegelterapi bør han få informasjon om kva spegelterapi er, korleis hjernen fungerer og kva som skjer i hjernen når ein gjer øvingar med ein spegelboks, samt innføring i dei ulike øvingane (Foell et al., 2014). Det kan tenkjast at informasjon om spegelterapi er helsefremjande då det gir pasienten ei kjensle av eigarskap til behandlinga og tru på at det vil verke smertelindrande. Dette samsvarar med Tveiten (2016) som definerer at empowerment mellom anna omfamnar det å gjere nokon sterkare og meir fortrudd samt med helsepersonelloven (1999) som krev at sjukepleiarar gir tilstrekkeleg, god informasjon til pasienten for å utøve forsvarleg helsehjelp.

Ein annan strategi som har vist seg å verke positivt inn på livstilfredsheit er det å be. Det er i tråd med Pereira et al. (2018) sine funn om at tilhøyrsløse til religion er forbunde med betre livstilfredsheit. Bøn er for mange assosiert med noko ein gjer i ein krisesituasjon og talet for kor mange dette gjeld er høgt (Kołpa et al., 2016). I lys av dette kan det verke sannsynleg å anta at pasientar som brukar bøn som meistringsstrategi vil oppleve noko betre tilfredsheit med livet. Det kan tenkjast at dette vil styrke pasienten sitt empowerment då han sjølv involverer seg i sin meistringssituasjon. Dette samsvarar med Ingstad (2013) og Kristoffersen (2016) sine beskrivingar av empowerment og medverking.

5 Konklusjon

Denne oppgåva er eit forsøk på å svare på korleis sjukepleiarar kan fremje meistring hjå pasientar som opplever fantomsmerter etter amputasjon. Som det kjem fram både i historia innleiingsvis om Anne Grethe frå TV-serien på NRK og i den fiktive casen om Katinka så kan livet vere tøft og ikkje alltid like lett å handtere. Mange faktorar spelar inn på om pasienten kjenner at han meistrar sin situasjon med fantomsmerter. Sjukepleiarar har ei sentral rolle i meistringsprosessen den tida pasienten er på rehabiliteringsopphald. Mine funn antyder at relasjonen mellom sjukepleiar og pasient må vere basert på tillit og tryggleik for at sjukepleiar skal kunne utføre god hjelp mot målet pasienten har om å meistre fantomsmerter. For å skape den gode relasjonen verkar det som at sjukepleiar må sette seg inn i pasienten sin situasjon og finne ut kva han tenkjer og kjenner samt ha respekt for at fantomsmerter er ei individuell oppleving. Vidare tyder det på at informasjonen sjukepleiar gir om fantomsmerter, behandlingsmetodar og meistringsstrategiar er heilt nødvendig for at pasienten skal klare å akseptere sin kvardag samt bli bevist sine egne måtar å meistre på. Sidan forskning viser at alle har kvar sin måte å meistre ein krisesituasjon på bør sjukepleiarar gi rom for at pasienten kan oppleve bøn og religion som meningsfullt. Sjukepleieteoretikarane Benner og Wrubel vektlegg nettopp desse ulikskapane ved pasientane og viktigheita av å setje deira behov i sentrum for sjukepleieutøvinga. Spegelterapi har blitt anvendt som ein alternativ behandlingsform mot fantomsmerter og forskning på dette området tyder på at spegelterapi både kan gi smertelindring og oppleving av meistring. Samtidig er det i oppgåva lagt vekt på sjukepleiarar sine plikter ovanfor pasienten som er lovpålagte og omtala i dei yrkesetiske retningslinjene. Sjukepleiaren sitt helsefremjande arbeid kan gjennom støttande samtalar motivere pasienten til medverking og empowerment slik at han opplever meistring.

Litteraturliste

- Benner, P. & Wrubel, J. (2001). *Omsorgens betydning i sygepleje: Stress og mestring ved sundhed og sygdom*. København: Munksgaard Danmark.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. & Trygstad, H. (2017). Kilder og kildekritikk. I O. Dalland. *Metode og oppgaveskriving* (6. utg., s. 149-166). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Danielsen, A., Berntzen, H. & Almås, H. (2017). Sykepleie ved smerter. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth, & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5. utg., s. 381-427). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Foell, J., Bekrater-Bodmann, R., Diers, M. & Flor, H. (2014). Mirror therapy for phantom limb pain: brain changes and the role of body representation. *European journal of pain*, 18(5), 729-739. <https://doi.org/10.1002/jj.1532-2149.2013.00433x>
- Grønseth, K. L., Roa, E., Kjønneøy, I. & Almås, H. (2017). Sykepleie ved skader og sykdom i bevegelsesapparatet. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth, & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (5. utg., s. 169-206). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester LOV-2011-06-24-30. Henta frå <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell. LOV-1999-07-02-64. Henta frå <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Ingstad, K. (2013). *Sosiologi i sykepleie og helsearbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Kristoffersen, N. J. (2016). Stress og mestring. I N, J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.) *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., b. 3, s. 237-294) Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A. & Grimsbø, G. H. (2016). I N, J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.) *Grunnleggende sykepleie: Sykepleie - fag og funksjon* (3. utg., b. 1, s. 15-28) Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kołpa, M., Jurkiewicz, B. & Męzyk, E. (2016). Strategies for Coping with Neuropathic Pain and Impact of Pain on the Functional Condition of Patients. *The Journal of Neurological and Neurosurgical Nursing*, 5(1), 10-15.
<https://doi.org/10.15225/PNN.2016.5.1.2>
- Konsmo, T. (1995). *En hatt med slør-: Om omsorgens forhold til sykepleie: En presentasjon av Benner og Wrubels teori*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Molven, O. (2016). *Sykepleie og jus* (5. utg.) Oslo: Gyldendal Juridisk.
- Nikolajsen, L. (2013). Phantom Limb. I McMahon, S. B., Koltzenburg, M., Tracey, I., & Turk, D. *Wall & Melzack's Textbook of Pain: Expert Consult-Online and Print*. (6. utg., s. 915-925) USA: Elsevier Health Sciences. Henta frå
https://books.google.no/books?id=ok0_jIJ0w_wC&lpg=PA925-IA3&dq=literature%20books%20on%20phantom%20pain&hl=no&pg=PR4#v=onepage&q&f=false
- Nelson, D. (2013). *The Mystery of Pain*. Storbritannia: Singing Dragon. Henta frå
<http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.vid.no/ehost/ebookviewer/ebook/bmxlYmtfXzU2MTMwNF9fQU41?sid=4de1bc52-07f0-4155-ad0e-97de2de06c17@sdc-v-sessmgr03&vid=0&format=EB&rid=1>
- Norsk Sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Henta frå
https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

- Nortvedt, F. (2016). Smerte – en personlig og sammensatt erfaring. I N, J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.) *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., b. 3, s. 169-185) Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Nortvedt, F. & Engelsrud, G. (2014). “Imprisoned” in pain: analyzing personal experiences of phantom pain. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 17(4), 599-608.
<https://doi.org/10.1007/s11019-014-9555-z>
- Nortvedt, F. & Nortvedt, P. (2018) *Smerte - fenomen og etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter. LOV-1999-07-02-63. Henta frå <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Pereira, M. G., Ramos, C., Lobarinhas, A., Machado, J. C. & Pedras, S. (2018). Satisfaction with life in individuals with a lower limb amputation: The importance of active coping and acceptance. *Scandinavian journal of psychology*, 59(4), 414-421.
<https://doi.org/10.1111/sjop.12444>
- Phillips, R. (2019). Bilete av spegelboks. Henta frå
<https://no.pinterest.com/pin/452259987554461147/?autologin=true>
- Rosén, G. (2017). Hypnotiske metoder ved behandling av smerter. I E. A. Fors & T. Stiles (Red.) *Smertepsykologi* (s. 193-208). Oslo: Universitetsforlaget.
- Tveiten, S. (2016). *Helsepedagogikk: Pasient- og pårørendeopplæring*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Washington, E. D. & Williams, A. E. (2014). An exploratory phenomenological study exploring the experiences of people with systemic disease who have undergone lower limb amputation and its impact on their psychological well-being. *Prosthetics and orthotics international*, 40(1), 44-50. <https://doi.org/10.1177/0309364614556838>