

**KRONISK TENSJONSHODEPINE OG
MESTRINGSSTRATEGIER
HOS BARN OG UNGE**

*En kvalitativ studie om hvordan barn og ungdom håndterer kronisk
tensjonshodepine*

Kandidat 164449

Master i helsefag
Klinisk mastegrad i manuellterapi
Faggruppen for fysioterapivitenskap
Institutt for samfunnsvitenskapelige fag
Universitetet i Bergen
Høst 2010
Antall ord: 10734

TITTEL: Kronisk tensjonshodepine og mestringsstrategier hos barn og unge. En kvalitativ fenomenologisk intervjuundersøkelse om hvordan barn og unge håndterer det å leve med kronisk tensjonshodepine.

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Hodepine er den vanligst tilkjennegitte smerten i barndommen. Lidelsen kan gi konsekvenser for barn og ungdom på flere av livets arenaer, og den fører til betydelig nedsatt livskvalitet som søvnproblemer, angst, depresjon, energiløshet og manglende evne til å være sammen med venner på fritiden. Undersøkelser til nå har konkludert med at kognitiv atferdsterapi er den mest effektive behandlingen

Studiens hensikt: Hensikten med denne studien var å belyse hvilke mestringsstrategier barn og ungdom med kronisk tensjonshodepine benytter seg av. Å identifisere og beskrive aktive mestringsstrategier kan være av betydning både for oss som terapeuter og for pasientene selv. En bevisstgjøring på dette området kan bidra til at barn og ungdom lærer å håndtere sine smerter på en mer funksjonell måte, og dermed bedre sin livssituasjon.

Problemstilling: Hvilke mestringsstrategier benytter barn og ungdom med kronisk tensjonshodepine seg av i hverdagen?

Materiale og metode: Det er brukt et kvalitativt forskningsdesign i form av et halvstrukturert kvalitativt dybdeintervju av fire strategisk utvalgte gutter og jenter mellom 12-18 år. Dataene ble analysert i samsvar med Giorgi's fenomenologiske tilnærming.

Resultater: For å håndtere hodepinen var det å ha gode rutiner i forhold til mat og søvn vesentlig. Det å legge seg ned og hvile var viktig. Å trene og ta det mer med ro var andre strategier som ble benyttet.

Konklusjon: Flere mestringsstrategier ble funnet i studien. For å optimalisere behandlingen kan fysioterapeuter og manuellterapeuter ha nytte av å anvende kognitiv atferds-og mestringssterapi, og støtte og oppmuntre barn og unges evne til å identifisere og benytte seg av egne mestringsstrategier og ferdigheter.

Nøkkelord: Barn og unge, hodepine, mestringsstrategier, kvalitativ

TITLE: Chronic tension-type headache and handling strategies for children and adolescents. A qualitative phenomenological interview-based survey about how children and adolescents deal with living with chronic tension-type headache on an everyday basis.

SUMMARY

Background: Headache is the most expressed suffering in childhood. The suffering can have consequences for children and adolescents' wellbeing on several areas of life, and it can lead to reduces life quality. Studies conducted until now conclude that cognitive behaviour therapy is the most effective treatment.

Purpose: The purpose of this study was to shed light on what handling strategies children and adolescents with chronic tension-type headache use. To identify and describe active handling strategies can be of importance for us as therapists and for the patients themselves. Awareness in this area can contribute to children and adolescents' knowledge about how to manage their suffering in a more functional way, and thus better their life situation.

Problem definition: What handling strategies do children and adolescents with chronic tension-type headache use in everyday life?

Material and method: A qualitative research design is used in form of a semi-structured qualitative in-depth interview of four strategically chosen boys and girls between 12 and 18 years of age. The data is analysed in accordance with Giorgi's phenomenological approach.

Results: Several handling strategies where used by the adolescents. In order to handle headache, establishing daily routines with meals and sleep seem essential. To lie down and rest was also mentioned as a handling strategie. To work out and take things more at ease seem to be other strategies which were employed.

Conclusion: Several handling strategies were identified in the study. In order to optimise the treatment, the physiotherapist and manual therapist also can make use of cognitive behaviour- and handling strategies, in addition to the conventional treatment, and thus support and encourage the children and adolescents' abilities in identifying and consciously make use of their own handling strategies and skills.

Key words: children and adolescents, headache, handling strategies, qualitative

FORORD

Mange barn og unge i dag opplever å ha hodepine i hverdagen. De som har det tyngst har sjelden en smertefri dag, og dette setter sitt preg på hverdagen deres. Jeg ønsker å yte et lite bidrag for å gjøre livet deres litt lettere, og håper denne undersøkelsen kan bidra til å øke forståelsen for, og sette mer fokus på denne pasientgruppen.

Det har vært en lærerik prosess. Tiden i Bergen har også vært lærerik og inspirerende.

Takk til studiens informanter som stilte opp og delte sine erfaringer med meg. Andre vil få nytte av det dere har fortalt.

Takk til kolleger som hjalp meg å komme i kontakt med aktuelle deltakere

Takk til min veileder Liv Magnussen som med sitt klare blikk har gitt meg gode råd og hjulpet meg igjennom prosessen. Takk også til alle lærere ved seksjon for fysioterapivitenenskap som har bidratt med faglig kunnskap og gitt meg et større perspektiv på min yrkesutøvelse som manuellterapeut.

Takk til min kone Hege og guttene Henrik og Simon som gir meg livskvalitet og bidrar til at jeg lettere mestrer min hverdag. ”Pappa, nå er du vel ferdig med masteren snart?”

Til slutt vil jeg takke mine pasienter som har gitt meg utfordringer, og bidratt til at jeg ønsker å søke svar på en fortsatt uavklart lidelse.

Lars Skogvold

Kjeller, 1. desember 2010

INNHold

Tittelside

Sammendrag

Summary

Forord

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING	1
1.1 Bakgrunn for prosjektet	1
2.0 TEORI	3
2.1 Hodepine hos barn	3
2.1.1 Forekomst	3
2.1.2 Årsaker	3
2.2 Mestring	6
2.2.1 Hva er mestring ?	6
2.2.2 Mestringstro	7
2.2.3 Mestringsstrategier	8
2.2.4 Empowerment	9
2.3 Tidligere forskning på effekt av behandling	10
2.3.1 Medikamentell behandling	10
2.3.2 Fysioterapi og manuellterapi	11
2.3.3 Kognitiv terapi	12
2.3.4 Kognitiv terapi for barn og unge	12

3.0 HENSIKT OG PROBLEMSTILLING	13
3.1 Hensikt	13
3.2 Problemstilling	14
4.0 METODE	14
4.1 Valg av forskningsdesign	14
4.1.2 Det kvalitative forskningsintervju	14
4.1.3 Et fenomenologisk-hermeneutisk perspektiv	15
4.2 Utvalg	16
4.2.1 Inklusjonskriterier	17
4.2.2 Eksklusjonskriterier	18
4.3 Datainnsamling	18
4.4 Analyse	20
4.5 Ethiske hensyn	21
5.0 RESULTATER	23
6.0 DISKUSJON	27
6.1 Diskusjon av resultatene	27
6.2 Diskusjon av design og metode	30
6.2.1 Intern validitet	31
6.2.2 Ekstern validitet	32

7.0 KONKLUSJON	33
8.0 LITTERATURLISTE	34
VEDLEGG	49
Vedlegg 1: Godkjenning av søknad til Regional Komité for Medisinsk Forskningsetikk	49
Vedlegg 2: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring deltakerne	51
Vedlegg 3: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring deltakernes foreldre	53
Vedlegg 4: Intervjuguide	56

1.0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for prosjektet

Hodepine er den vanligste tilkjennegitte smerten i barndommen, og det er en av de vanligste årsaker til at barn oppsøker pediatrien (Hockaday 1991, Abu-Arefeh & Russel, 1994).

Tidligere studier har vist at denne lidelsen kan gi konsekvenser for barn på flere av livets arenaer. Det rapporteres om at barn med hodepine har en betydelig nedsatt livskvalitet i forhold til friske, men også i forhold til andre barn med andre typer lidelser som kreft, revmatisme, ADHD og astma (Bruijn et al., 2009). Barn med hodepine opplever en høy grad av tilleggsplager som angst og depresjon. Hodepinen har også ofte ledsagende symptomer som hukommelses- og oppmerksomhetsproblemer, angst, frykt, kostholdsproblemer, humørendringer og energiløshet (Roth-Isingkeit, Thyen, Stöven, Schwartzenberger & Schmucker, 2005). Det er også kjent at søvnproblemer også er assosiert med hodepine (Jenum & Jensen, 2002, Ong, Stepanski & Gramling, 2009, Ødegård et al., 2010).

Disse barna kan gå glipp av mange skoledager og har manglende evne til å være sammen med venner i fritiden (Stang & Osterhaus, 1993, Frare, Axia & Battistella, 2002). Migraine Headache Aid (2009) hevdet at hos 20 % av voksne med hodepine, debuterte plagene før 10 års-alderen, og mange hadde sin første hodepineopplevelse før de var 7 år. På lang sikt vil denne lidelsen i barne- og ungdomsårene kunne gi samfunnsmessige konsekvenser i form av tapte arbeidsdager som voksen. En tidligere undersøkelse har vist at hodepine stod for 6,2 % av korttidsfraværet i norsk industri (Hommeren, Lund, Rutlin & Winnem, 1993). En tilsvarende undersøkelse fra USA viste en andel på 9,4 % (Schwartz, Steward & Lipton, 1997).

Tensjonshodepine er den vanligste typen hodepine, og den høye forekomsten gjør at den representerer en av de mest kostbare lidelser i det moderne samfunn (Rasmussen, Jensen, Scroll & Olesen, 1991, Schwartz, Stewart, Simon & Lipton, 1998). Til tross for den høye

forekomsten oppsøker trolig kun omlag 20 % helsevesenet for hjelp (Castien, Windt, Grooten, & Dekker, 2010).

Enkelte forskere hevder at tensjonshodepine er lite anerkjent og at den kroniske formen er den mest forsømte og vanskeligste type hodepine å behandle (Bendtsen & Jensen, 2006). Jensen & Bendtsen (2006) hevder også i en annen artikkel at lidelsen er samfunnsmessig undervurdert på grunn av navnets psykologiske overtoner, og i forhold til migrene, blir tensjonshodepine ofte oversett av klinikere, forsømt av forskere, og ignorert av den farmasøytiske industrien. Shashi, Abu-Arefeh, & Hershey (2009) mener at tensjonshodepine blant barn har lidd samme skjebne. I motsetning til migrene, hvor behandlingstilbudet har bedret seg betydelig siste årene, har det ikke vært tilsvarende utvikling innen behandling av tensjonshodepine (Bendtsen, 2003). Undersøkelser til nå konkluderer med at kognitiv atferdsterapi er den mest effektive behandlingen (Holroyd et al., 2001, Trautmann, Lackschewitz, & Kroner-Herwig, 2006).

I min daglige praksis behandler jeg voksne, barn og ungdom med ulike typer hodepine, blant annet episodisk og kronisk tensjonshodepine. Flere av de voksne pasientene kan fortelle at plagene begynte allerede i begynnelsen av tenårene. Hos noen enda tidligere. Jeg synes at barn og unge med tensjonshodepine er en ufordrende gruppe pasienter å jobbe med. Jeg føler en utfordring i det å se helheten - det å kunne se hele pasientens liv i et perspektiv. I klinikken kombinerer jeg manuellterapibehandling med råd og veiledning av barn og foreldre i forhold til mulige årsakssammenhenger, mulige triggerfaktorer (utløsende faktorer), mestringsstrategier, og daglige rutiner. Jeg føler at jeg generelt vet for lite om denne pasientgruppen, og ønsker i første omgang å tilegne meg mer kunnskap omkring hvordan vi som terapeuter, og ikke minst pasientene selv kan håndtere denne lidelsen. I første omgang ønsker jeg gjennom intervju å undersøke hvilke mestringsstrategier barna selv foretrekker å bruke. Resultatene som kommer ut av denne studien vil forhåpentligvis kunne gi oss noe mer innsikt og forståelse av denne pasientgruppen, og kanskje å lære oss mer om hvordan barn og unge håndterer denne lidelsen. Nevrolog, professor og hodepineforsker Rolf Salvesen (2009) ved UiT og Nordland Sentralsykehus sier at «jo mer kunnskap man skaffer seg, jo mer interessant blir emnet og utfordringene pasientene presenterer» (s. 22).

2.0 Teori

2.1. Hodepine hos barn

2.1.1 Forekomst

I en litteraturgjennomgang av 107 publikasjoner fra hele verden ble det funnet at tensjonshodepine er den mest vanlige formen for hodepine (Stovner et al., 2007). Estimatenes er varierende, men svært høye når det gjelder årsprevalensen for hodepine blant barn. Dette ble belyst allerede i 1962, i en undersøkelse av 9000 skolebarn i Sverige som viste at 39 % av 6-åringene hadde hatt hodepine en eller flere ganger, og i 15-årsalderen var tallet steget til ca. 70 % (Bille, 1962). Senere studier har dokumentert en forekomst av hodepine på 4- 20% i førskolealder, og 38-50% i skolealder (Lanci et al., 1982, Mortimer, Kay, & Jaron, 1992, Zuckermann, Stevenson, & Bailey, 1987).

Tensjonshodepine utgjør omkring 10 % av alle typer tilbakevendende hodepine hos barn (Abu-Arafeh & Russel, 1994, Barlow, 1984). I befolkningen generelt antas det at forekomsten av den kroniske formen for tensjonshodepine ligger på mellom. 2-3 % (Rasmussen et al., 1991). Frem til 12-årsalderen ser det ut til at gutter og jenter er rammet likt, men etter dette det en overvekt av jenter (Shashi et al., 2009).

2.1.2. Årsaker

Årsaksforholdene til tensjonshodepine hos barn ser ut til å være av multifaktoriell art, men det er fortsatt uklare omringer omkring dette (Fumal & Schoen, 2008, Lew et al., 2006). Det opereres med både organiske, nevrofysiologiske, psykososiale og genetiske forklaringsmodeller - i tillegg til idiopatiske årsaker.

Når det gjelder selve patofysiologien, har det i årtier vært debattert om hvorvidt smerten som oppstår stammer fra myofascielt vev eller fra sentrale mekanismer i hjernen (Langemark & Olesen, 1987, Olesen, 1991, Jensen, 1999, Bendtsen, 2000). Selve betegnelsen tensjonshodepine stammer opprinnelig fra gamle teorier om lidelsens patofysiologi. Tidligere oppfatning var at tensjonshodepine var forårsaket av muskelkontraksjoner og ischemi i hode og nakkemusklene, og at muskelkontraksjonene var relatert til stress og spenning (Bendtsen, & Jensen, 2009). En oppfatning i dag er at det finnes en organisk forklaringsmodell til tensjonshodepine. I denne modellen er årsaksforklaringen knyttet til perifere smertemekanismer i form av myofascielle triggerpunkter, særlig suboccipitalt, men også i kjeve- og i andre cervicale muskler. Disse kan gi en referert smerte til hodet (Fernández-de-las-Penas, Alonso-Blanco, Cuadrado, Gerwin, & Pareja, 2006, Fernández-de-las-Penas, Arendt-Nielsen, Cuadro, & Pareja, 2007).

Det er konsensus blant forskere om at den kroniske formen for tensjonshodepine ofte har startet som en episodisk (Olesen et al., 2006). Omlag 16 % av pasientene med episodisk tensjonshodepine vil komme til å utvikle kronisk tensjonshodepine (Chen, 2009). Mens episodiske tensjonshodepine kan forklares ut i fra myofascielle triggerpunkter, kan kronisk tensjonshodepine i større grad forklares ut i fra sentral sensitivisering i ryggmargens dorsalhorn og i det trigeminocervicale komplekset (Chen, 2009). Sentral sensitivisering skjer sannsynligvis som følge av betydelige og langvarig smertefulle input fra myofascielle triggerpunkter i det pericraniale vev (Bendtsen, Jensen, & Olesen 1996, Nijs & Houdenhove, 2008). Resultatet av denne sensitiviseringen er at disse pasientene kan begynne å reagere på stimuli som normalt ikke er smertefulle, og samsvaret mellom nociceptoraktivering og smerteopplevelse blir dårligere. (Butler, 1997, Brodal, 2007).

Kronisk tensjonshodepine kan også ha genetiske årsaker. Dersom en av foreldrene led av det samme, fant forskere at det var mellom 2,1 og 3,9 ganger så stor risiko for at barna å utvikle kronisk tensjonshodepine (Russel, Ostergaard, Bendtsen, & Olesen, 1999, Mazzone et al., 2005, Arruda et al., 2010). Hos genetisk predisponerte individer kan det å ha migrene være en fremskyndende faktor i utviklingen av tensjonshodepine (Jensen, 2001).

Om stress kan være årsak til tensjonshodepine er usikkert. Det rapporteres derimot at stress og emosjonelle konflikter ser ut til å være utløsende faktorer i forhold til tensjonshodepine, og at det er en positiv sammenheng mellom stress og hodepine hos predisponerte individer (Chen, 2009). Dessuten kan stress bidra til en allerede økt sentral smertesensitivisering (Cathcart, 2009). På denne måten kan derfor stress bidra til å opprettholde og forsterke smertene ved kronisk tensjonshodepine. Dette fører oss over på et annet og viktig psykologisk perspektiv på denne lidelsen.

Det er gjort flere studier på barn og unge når det gjelder psykologiske faktorer og hodepine (Holden, Gladstein, Trulsen, Wall, 1994, Fearon & Hotopf, 2001). Fra et psykologisk perspektiv er tensjonshodepine og migrene i tidlig alder ikke nødvendigvis bare et tegn på en ren organisk patologi, men at det kan også være et uttrykk for psykososiale problemer. Balottin et al. (2004) fant i sin studie av 35 barn under 6 år med migrene og tensjonshodepine, at psykososiale forhold spilte en vesentlig rolle i forbindelse med hodepinedebuten og ved senere anfall hos barna de undersøkte. Det var særlig hjemmemiljøet som ble trukket frem. De fant at familiene ofte var preget av mye psykososialt stress. I en annen studie der 1443 familier ble fulgt over flere år, ble det funnet dårligere familieforhold blant barn med tensjonshodepine. Familieatmosfæren var ofte trist og foreldrene var mer avvisende til hverandre sett i forhold til familier med migrenebarn. En oversiktsstudie viste forøvrig at barn og unge med tensjonshodepine var assosiert med et signifikant høyere antall skilte foreldre (Karwautz et al., 1998). Studier har ellers vist at mer enn halvparten av barn og unge med kronisk tensjonshodepine har psykiske tilleggspilger som angst og depresjon (Umberto et al., 2003, Wang, Juang, Fuh, & Lu, 2007).

Videre har forskere også sett betydningen av skolebarns personlige karaktertrekk og atferd. Lanzi et al. (2001) fant ved hjelp av tester ut at lav selvfølelse og følelse av skyld var assosiert med langvarig hodepine hos barn. Mandic, Barabam, & Boranic (2003) konkluderte i sin studie av skolebarn mellom 12-15 år med kronisk tensjonshodepine, at barna hadde en stabil personlighet. De var prososiale, ambisiøse, ikke-aggressive, og hadde en sterk motivasjon i forhold til å oppnå bedre resultater på skolen og i livet generelt. Borge & Nordhagen (1995) fant også at barn mellom 4 og 10 år med hodepine viste en tendens til å ha høye

prestasjonsmål på skolen.

Uavhengig av mulige årsaker er det å ha kronisk tensjonshodepine forbundet med det å leve med smerter over tid. Det er en situasjon som krever store utfordringer både i forhold til håndtering av selve smerten i seg selv, og i forhold til å takle hverdagen.

2.2 Mestring

2.2.1 Hva er mestring?

Begrepet mestring kan kategoriseres på mange måter. Lazarus og Folkman (1984) definerte mestring som en konstant endring av kognitive og atferdsmessige anstrengelser for å håndtere spesifikke ytre og/eller indre forlangende som vurderes som anstrengende eller som overgår personens ressurser (s. 141). Lazarus (1993) og Scheier (1989) deler mestring inn i to hovedkategoriene – problemfokuset og emosjonsfokuset mestring. Problemfokuset mestring, også kalt aktivitetsrettet mestring, innebærer å gjøre noe med den vanskelige situasjonen (problemet), mens emosjonell mestring dreier seg mer om å tilpasse seg ved å endre følelsene sine, eller å tenke annerledes. Den siste strategien er således mer passivt orientert. Klein-Heissling og Lohaus (2002) deler emosjonsregulering videre i en konstruktive (f.eks. avspenning) og destruktive (sinne mot andre) mestringsstrategier.

Andre forfattere fremhever søken etter sosial støtte som en tredje mestringsstrategi. Den har både en problemløsende og emosjonsregulerende funksjon (Saile & Hülsenbusch, 2006). Sosial støtte fra omgivelsene kan innebære støtte på flere måter. Den kan for eksempel være emosjonell i form av at man får trøst, bekræftelse og omsorg, instrumentell i form av praktisk hjelp, informativ ved å bli tilført kunnskap, innsikt og ferdigheter, eller materiell ved å motta signaler om at man er økonomisk trygg. Det kan også handle om vurderingsmessig støtte, ved at man får hjelp til å løse og vurdere problemsituasjoner (Cohen & Wills, 1985, Bø, 1993). Lazarus & Launier (1981) og Austenfeld & Stanton (2004) ser på emosjonsfokusede mestring som destruktiv og dysfunksjonell, og fremhever de mer gunstigere problemfokusede

mestringsstrategiene. Ebata og Moos (1991) hevder for øvrig at ungdom som bruker mer aktiv og mindre passiv mestring er bedre tilpasset.

2.2.2 Mestringstro og «locus of control»

Mestringstro (self-efficacy) ble lansert av den amerikanske psykologen Albert Bandura (1977). Han beskrev mestringstro som det å ha tro på sine egne evner, og til å kunne påvirke, håndtere og takle utfordringer. Det viser seg at de som har en sterk mestringstro har en tendens til å velge aktive, problemløsende strategier fremfor passive og unnvikende. Dessuten kan det å inneha en overbevisning om å lykkes med å utføre påkrevd atferd i en gitt situasjon, være viktig for all terapeutisk endring (Turk & Gatchel, 2002). Bandura (1995) hevder også at «en person med mestringsforventning har tro på egne evner til å organisere og utføre de handlinger som er nødvendig for å håndtere fremtidige situasjoner» (s. 2). I motsatt fall vil det å ha manglende tillit til egne evner kunne føre til hjelpeløshet (Fjerstad, 2010).

Hvorvidt pasienten opplever å ha kontroll over sine smerter kan være viktig i forhold til smerteopplevelsen. Psykologen Julian Rotter (1954) er opphavsmannen til begrepet kontrollplassering («locus of control»). Det handler om hvor en person plasserer ansvaret for og kontroll av det som skjer. Det kan være i seg selv (indre kontroll), eller utenfor seg selv (ytre kontroll). Thorn (2004) hevder at intern kontrollplassering er forbundet med bedre tilpasning til kroniske smerter enn ekstern plasseringskontroll.

Både begrepet mestringstro og opplevelse av kontroll er sentrale i det kognitive perspektivet (Berge & Repål, 2010). Fjerstad (2010) mener at kognitiv terapi kan hjelpe pasienter med å håndtere kroniske smerter gjennom opplevelse av kontroll og det å ha mestringstro (s. 19).

2.2.3. Mestringsstrategier

Bruk av mestringsstrategier har vist seg å være en effektiv måte å hantles med kroniske smerter på (Berge & Repål, 2010). Forfatterne hevder at både smertens intensitet og frekvens kan reduseres gjennom tilegnelse av kognitive og atferdsmessige mestringsstrategier. Ved kroniske smerter er viktig at pasienten har et repertoar av mestringsstrategier å velge mellom, og at de i tillegg har tro på sin mestringssevne (s. 596). Ingen mestringsstrategi er generelt den beste. De samme strategiene er ikke like gode for alle, og heller ikke i alle situasjoner. Som oftest vil det være nødvendig å bruke forskjellige strategier i forskjellige situasjoner. Derfor er det viktig å ha et variert og rikt repertoar av strategier, og dessuten en evne til å bruke dem fleksibelt (Neuringer, 1964, Orbach et al., ref. i Ystgaard & Mishara, 2000).

Det er forsket mye på mestringsstrategier blant voksne med kroniske smerter, også i forhold til tensjonshodepine, men det er først i de senere årene at det er forsket på mestringsstrategier blant barn og ungdom med kroniske smerter (Hechler, et al., 2008). Få studier på området er funnet. Saile & Hülsenbusch (2006) gjorde en undersøkelse på hvordan barn mestret alminnelige problemsituasjoner. De fant at barn differensierte mestringsadferden etter hvor kontrollerbar situasjonen var. Problemfokuserte mestringsstrategier ble hyppigere brukt i kontrollerbare situasjoner, mens emosjonsfokusert mestrings og søken etter sosial støtte ble oftere foretrukket i ukontrollerbare situasjoner. Resultatene fra denne studien viste dermed at mestringsstrategier kan være kontekstavhengig. Når det gjelder forskjell på jenters og gutters bruk av mestringsstrategier er funnene konsistente kun når det gjelder jenters tendens til å søke sosial støtte i større grad enn guttene (Dise-Lewis, 1988, Paterson & McCubbin, 1987, Stark, Spirito, Williams, & Guevremont, 1989).

En undersøkelse viste at skolebarn hyppig tilbakevendende hodepine viste at de ofte benytter hvile og avslapping som mestringsstrategier, etterfulgt av avkjøling, analgetica og distraksjon. 18 % av barna gjør ingenting i forhold til å håndtere hodepinen (Bandell-Hoekstra, Abu-Saad, Passchier, & Knipschild, 1999). En annen studie viste at strategier barn og unge med kronisk hodepine benytter, er i foretrukket rekkefølge: medisiner, legge seg ned, distraksjon, avspenning, søke støtte i familien, ønsketanker, bli hjelpeløse, problemløsning, orientere seg mot fremtiden og tenke positivt (Holden et al., 1994).

Frare et al. (2002) gjorde en undersøkelse på mestringsstrategier og familierutiner hos barn mellom 8 og 14 år med hodepine. Den viste at det var en positiv sammenheng mellom familiens adaptive rutiner og barnets mestring. Jo bedre de daglige rutinene fungerte, jo lettere var det for barna å mestre hodepinen. Familiens daglige rutiner hadde en signifikant påvirkning på barnas evne til å mestre hodepinen. I tillegg scoret disse barna også høyere på oppfattet livskvalitet.

Jeg har ikke funnet tilsvarende undersøkelser i Norge, men det er tidligere gjort en lignende studie på voksne. Slettbakk og medarbeidere (2006) gjennomførte fokusgruppeintervju av 15 norske kvinner med episodisk tensjonshodepine for å belyse hvilke egeninitierte mestringsstrategier som ble brukt for å mestre hodepinen. De kom frem til at foretrukne strategier var å leve regelmessig i forhold til mat og søvn, bruk av kulde eller varmebehandling, trene, ta mer vare på seg selv uten å få skyldfølelse, og det å akseptere hodepinens tilstedeværelse.

2.2.4 Empowerment

Det ser ut å være ulike definisjoner på ordet empowerment, og det er vanskelig å finne et norsk ord som dekker det engelske begrepet. Talseth (2000) har oversatt empowerment med ordet *egenkraftmobilisering*. Denne oversettelsen støttes av Thesen og Malterud (2001). Talseth (2000) definerer empowerment som en prosess. Egenkraften til mennesket blir styrket og aktivert av denne prosessen. Egenkraftmobilisering (empowerment) er en prosess som er nødvendig for at mennesket skal kunne bli kjent med egne problemer og tilegne seg ressurser til å kunne håndtere hverdagen. Det kan derfor være naturlig å ha med dette begrepet i forbindelse med mestring og mestringsstrategier. Begrepet empowerment blir i denne studien brukt i betydningen av å være en bevisstgjørende prosess som barn og ungdom med kronisk tensjonshodepine involveres i. Det handler om å få i gang prosesser som kan styrke deres selvkontroll, selvfølelse og ferdigheter slik at de kan bli i bedre stand til å foreta forandringer i eget liv.

2.3 Tidligere forskning på effekt av behandling

Med så mange mulige og fortsatt uklare årsaksmekanismer, kan det være vanskelig å finne adekvate intervensjoner. Vi som terapeuter står overfor store utfordringer. Gjennom patofysiologiske funn vet vi noe om årsaken til den perifere og sentrale sensitiviseringen. Vi vet også at psykososiale faktorer kan bidra til å utløse og vedlikeholde en tensjonshodepine. Videre kan det se ut som om barnas karaktertrekk kan spille en rolle. De ulike årsaksmekanismene som hittil er kjent, kan tilsa at det kan være behov for forskjellige tilnærminger i behandlingen. Barn og voksne med tensjonshodepine benytter seg også av forskjellige behandlingsformer, men de fleste benytter seg av fysioterapi (Fernandez-de-las-Peñas & Schoenen, 2009, Castien et al., 2010).

Flere studier der effekten av både medikamentelle og ikke-medikamentelle intervensjoner for pasienter med episodisk og kronisk tensjonshodepine er blitt gjennomført.

2.3.1. Medikamentell behandling

Det lite som tyder på at medikamentell behandling har vesentlig effekt på kronisk tensjonshodepine. Shashi et al. (2009) fant ved en litteraturgjennomgang ingen randomiserte kontrollerte studier der som effekten av medisiner i behandling av pasienter med kronisk tensjonshodepine ble undersøkt. Ved en annen systematisk oversiktsstudie hevdet det derimot at bruk av det tricycliske antidepressive medikamentet amitriptyline kan ha en forebyggende effekt hos pasienter med hyppig episodisk eller kronisk tensjonshodepine (Silver, 2007, Bendtsen et al., 2010). Effekten av dette medikamentets er sannsynligvis uavhengig av dets antidepressive effekt.

2.3.2. Fysioterapi og manuellterapi

I fysioterapi og manuellterapi ser det generelt ut til å være gjort lite forskning på behandling av pasienter med episodisk og kronisk tensjonshodepine, spesielt når det gjelder barn. I en nylig publisert rapport fra European Federation of Neurological societies (EFNS), understrekes det også at den vitenskapelige basis for ikke-medikamentell behandling av denne type hodepine generelt er begrenset (Bendtsen et al., 2010). Det er manglende dokumentasjon for at fysioterapi og manuellterapi har effekt på denne type pasienter (Bove & Nilsson, 1998, Boline et al., 1995, Hoyt et al., 1979). Et problem er også at mange av studiene har hatt en for lav metodisk kvalitet (Castien et al., 2010). En systematisk gjennomgang av tilsvarende studier viste samme resultat (Fernandez-de-las-Peñas et al., 2006). EFNS anbefaler likevel å vurdere denne type behandling.

I etterkant av disse rapportene er det derimot blitt publisert en praktisk randomisert og delvis blindet klinisk studie som evaluerte effekten av manuellterapi hos voksne deltakere med kronisk tensjonshodepine (Castien et al., 2010). Behandlingen inneholdt en kombinasjon av mobilisering av cervical og thoracalcolumna, øvelser og holdningskorreksjon (postural). Resultatene av denne studien viste at manuellterapi var en effektiv behandlingsform når det gjaldt smerteintensitet og hodepinefrekvens både på kort og lang sikt (Andrasic, Lipchik, McCrory, & Wittrock, 2005).

En lignende studie som så på fysioterapibehandling i form av cervical mobilisering og trening, viste at også dette var effektive tiltak for tilsvarende pasientgruppe (Ettekoven & Lucas, 2006). En liten pilotstudie på barn dokumenterte forøvrig at en form for triggerpunktsesifikk fysioterapi kombinert med mobilisering, var effektivt hos barn med tensjonshodepine (Stulpnagel et al., 2009). Studien ble gjennomført på kun 9 jenter i alderen 5 til 15 år, og den har dermed begrenset gyldighet. Resultatene kan likevel gi en viss indikasjon på at denne type behandling kan være effektiv. Lignende studier med et høyere antall deltakere vil kunne gi bedre dokumentasjon.

2.3.4 Kognitiv atferdsterapi

Psykologisk behandling i form av kognitiv atferdsterapi har vist god effekt i flere studier av pasienter med kronisk tensjonshodepine. Holroyd et al. (2001) fant at behandling i form av stresshåndtering ga betydelig reduksjon i hodepineaktiviteten. Kombinert med tricykliske antidepressjonsmedikamenter økte effekten ytterligere. I en Cochrane gjennomgang ble det sett på effekten av psykologisk behandling av barn med hodepine. Behandlingen var effektiv, og den så ut til å være vedvarende. Trautmann et al. (2006) kom også i sin meta-analyse frem til at psykologisk baserte intervensjoner var effektive i behandling av barn under 18 år med primær hodepine.

2.3.5 Kognitiv atferdsterapi for barn og unge

Det er lite trolig at barn og unge oppsøker behandling av egen fri vilje. Som regel er det foreldre, skolen, barnehage eller andre som har sendt dem. Motivasjonen kan ofte være større hos henviser og foreldrene enn hos ungdommen, og det å søke behandling kan være ulystbetont og kjennes fremmed. Derfor blir alliansebygging viktig. Uten en god terapeutisk allianse vil behandlingen være nytteløs (Berge & Repål, 2010, s. 619). Barnets vurderinger må anerkjennes, samtidig som man arbeider for å få til en felles forståelse av problemet. Yngre barn er avhengig av sine foreldre, og det er viktig at vi som terapeuter også er i dialog med dem. Vi trenger informasjon fra foreldrene for å kartlegge barnets fungering og situasjon, men også i selve behandlingen er det ofte nyttig å ha foreldrene med i samtalen. Foreldrene er barnets viktigste hjelpere, og de trenger å være orientert om og ha forståelse for behandlingen. De trenger også kunnskaper om hvordan de kan videreføre behandlingsopplegget hjemme. (Berge & Repål, 2010, s. 619).

For å få pasienten interessert i behandlingen, kan det forsøkes å knytte den til erfaringer fra ungdommens eget liv. Det er for eksempel være nyttig at terapeuten presenterer seg som en slags trener som skal hjelpe den unge til å prestere bedre på et området der han eller hun opplever vansker. En slik trenermetafor kan bidra til å skape et medansvar hos pasienten.

Medansvar for mestring og en positiv utvikling forutsetter øving, hjemmeoppgaver og atferdseksprimentering. Mange unge kjenner trenerrollen fra idretten, musikken eller gjennom andre ting de har måttet lære seg. På den måten fremstilles ikke terapeuten som den som skal gjøre jobben alene. Endringer forutsetter aktiv medvirkning og medansvar fra den unges side (Berge & Repål, 2010, s. 619). Barna og ungdommene kan for eksempel få hjemmeoppgaver eller de kan utføre registreringer. I forhold til hodepine kan det være aktuelt å føre en hodepinedagbok, eller å notere ned hva som skjedde i forbindelse med situasjoner hvor de opplevde forbedring eller eventuelt forverring av hodepinen.

3.0 HENSIKT OG PROBLEMSTILLING

3.1. Hensikt

I min studie skal jeg undersøke hvilke mestringsstrategier barn og ungdom selv benytter seg av når de har hodepine. En slik undersøkelse vil kanskje kunne bidra til å gi bedre kunnskap om hvordan norske barn mestrer og håndterer hodepine. Det er mulig at norske barn tenker annerledes, eller at det er kulturelle forskjeller. I tillegg mener jeg det er viktig å foreta en studie hvor det ikke er forhåndsdefinerte svarkategorier. Ved et kvalitativt dybdeintervju vil barna få muligheten til å komme med sine egne beskrivelser og erfaringer på området. Det gir gode muligheter for å stille oppfølgende spørsmål og gå mer i dybden på temaet.

Som fysioterapeut og manuellterapeut vet jeg gjennom klinisk praksis allerede en del om hvilke handlinger og kognitive strategier barn og voksne pasienter med langvarig hodepine benytter seg av. Mange av disse handlingsmåtene er også kjente innen medisinsk vitenskap. Allikevel kan denne undersøkelsen bidra til å avdekke om det kan finnes ulike variasjoner i hva det enkelte individ opplever som virkningsfullt å gjøre i forhold til å håndtere sin hodepine. Å identifisere og beskrive barn og unges aktive handlinger og kognitive strategier på dette området, kan være av betydning både for oss som terapeuter og for pasientene selv.

18 % av hodepinebarna i en tidligere studie oppga ikke å ha noen form for mestringsstrategier (Bandell-Hoekstra et al., 1999). Det kan bety at det en bevisstgjøring på dette området kanskje kan bidra til at barn lærer å håndtere sine smerter på en mer funksjonell måte, og dermed kan bedre sin livssituasjon. Undersøkelsen kan også bidra til å gi oss terapeuter en bedre forståelse av denne pasientgruppen, og resultatene kan benyttes som en del av behandlingen. De kan bidra til å stimulere oss til, gjennom en dialog med pasientene, å støtte og underbygge deres egne handlinger og strategier. Resultatene kan også ha en overføringsverdi til andre grupper barn med kroniske lidelser.

3.2 Problemstilling

Hvilke mestringsstrategier benytter barn og ungdom med kronisk tensjonshodepine seg av i hverdagen ?

4.0 METODE

4.1. Valg av forskningsdesign

4.1.2. Det kvalitative forskningsintervjuet

Jeg har valgt å bruke et kvalitativt design i form av et kvalitativt dybdeintervju for å belyse problemstillingen. Det vil kunne gi meg en dypere innsikt og forståelse av emnet jeg ønsker å beskrive. I forhold til barn- og ungdoms mestring av kronisk tensjonshodepine, ønsket jeg å belyse hvilke erfaringer barn og unge har når det gjelder mestring av hodepine i hverdagen. Intervjusamtaler var derfor et godt utgangspunkt for å få kunnskap om hvordan den enkelte opplevde og reflekterte over sin situasjon (Thagaard, 1998). Det var ønskelig at barna kunne

bruke egne formuleringer omkring temaet. Barna ble oppmuntret til å snakke fritt om tankene og erfaringene sine. Jeg prøvde å knytte spørsmålene til deltakerne til beskrivelser av konkrete gjøremål. Barn kan ofte gi vage svar på generelle holdningsspørsmål, men har lettere for å fortelle hva de gjør i løpet av dagen (Thagaard, 2010). Selv om jeg har noe kjennskap til temaet det skulle intervjues om, stilte jeg åpne spørsmål og utviste en viss naivitet og nysgjerrighet omkring temaet som skulle utforskes. Gjennom å benytte kvalitativt dybdeintervju kunne jeg stille åpne spørsmål uten forhåndsdefinerte svarkategorier, og dermed få frem personenes subjektive holdninger, erfaringer og meninger (Malterud, 2008). I motsetning til en spørreskjemaundersøkelse, som ville gi mer overfladisk informasjon, opplevde jeg at dette var en styrke ved denne metoden. Intervjuet ble gjennomført i en halvstrukturert form. Det vil si at jeg på forhånd hadde laget en intervjuguide med en skisse over temaer jeg ønsket å belyse (Kvale, 2009). Den fungerte som en rettesnor eller huskeliste underveis. Jeg hadde på forhånd jobbet grundig for å finne frem til relevante spørsmål, og gjennomført et prøveintervju som en del av forberedelsene.

4.1.3 Et fenomenologisk- hermeneutisk perspektiv

Som teoretisk forankring i denne studien valgte jeg en fenomenologisk tilnærming i et hermeneutisk perspektiv. Den fenomenologiske tradisjon legger vekt på virkeligheten slik ”den viser seg” eller fremstår (Bengtsson, 1993). I fenomenologisk tenkning er menneskers naturlige sansede erfaringer, samt den livsverden hver enkelt lever i sentralt (Johannessen, Tufte, & Kristoffersen, 2006). I et kvalitativt design betyr en fenomenologisk tilnærming å utforske og beskrive mennesker og deres erfaringer og forståelse av et definert fenomen. I denne studien ble det lagt vekt på at det var informantenes egne opplevelser og deres egen livsverden som skulle legge grunnlaget for analysen. Det var viktig å finne frem til deltakernes egen forståelse av sine handlinger og strategier i forhold til det å mestre hodepinen. Gjennom analysen ble de essensielle trekkene ved handlingene avdekket, og jeg fikk frem en dypere forståelse av hvilken mening de ulike handlingene egentlig hadde for deltakeren (Grønmo, 2004).

Fenomenet eller den livsverdenen deltakerne beskrev ble fortolket i et hermeneutisk perspektiv. Hermeneutikk betyr fortolkningslære eller fortolkningskunst (Grønmo, 2004). Dette innebar at fenomenet måtte forstås ut i fra den sammenheng eller konteksten det ble hentet ut i fra. På den måten utfylte fenomenologien og hermeneutikken hverandre. Den hermeneutiske analysen er derimot mer omfattende enn den fenomenologiske. Den foretas på et bredere grunnlag og i lys av en større sammenheng. Det legges også vekt på forskerens egen fortolkning av deltakerne og deres synspunkter. Forskerens forforståelse i kraft av hans eller hennes egne erfaringer, betraktningmåter, faglige begreper og teoretiske referanseramme spiller en viktig rolle (Grønmo, 2004).

I forhold til prosjektets problemstilling var deltakernes opplevelser og handlinger i ulike situasjoner gjenstand for tolkningene og de senere resultatene. Analysearbeidet ble utført i vekslning mellom deler og helhetsinntrykk. Det ble foretatt en dekontekstualisering hvor jeg så på enkeltdelene, og en rekontekstualisering der enkeltdelene ble forsøkt satt inn i en større sammenheng (Malterud, 2008)

Språket ble tatt i bruk for å beskrive informantenes virkelighet og det medførte at jeg som forsker hadde en utfordring i forhold til selve fortolkningen. Å være helt objektiv og gjøre en ren beskrivelse av erfaringer er problematisk, da det å språkliggjøre opplevelse alltid innebærer en form for fortolkning (Malterud, 2008).

4.2. Utvalg

I utvalget ønsket jeg å gjøre et strategisk utvalg av barn med tensjonshodepine. Med strategisk utvalg menes det at jeg valgte ut deltakere som var relevante for undersøkelsen. Det vil si at de hadde et potensial for å kunne belyse den valgte problemstillingen (Malterud, 2008). Målet var i utgangspunktet å inkludere 5-10 barn i alderen 12-18 år med kronisk tensjonshodepine. Færre intervjuobjekter kunne vurderes dersom det viste seg at dataene nådde et metningspunkt, det vil si at studier av flere enheter ikke synes å kunne gi ytterligere forståelse av fenomenet. Som Kvale (2001) skriver, skal det skal det intervjues så mange personer som

er nødvendig for å finne ut det man trenger å vite. På grunn av den korte tiden som jeg hadde til rådighet i forhold til inkluderingen, ble det kun inkludert fire deltakere til studien, tre gutter og en jente. Det ble lagt vekt på at begge kjønn skulle være representert. Grunnen til det er at gutters og jenters erfaringer i forhold til problemstillingen kan være forskjellig. Ved å inkludere begge kjønn opplevde jeg å få en større perspektivrikdom. Aldersgruppen er litt tilfeldig valgt, men jeg gjorde en vurdering i forhold til at forekomsten av kronisk tensjonshodepine i denne aldersgruppen sannsynligvis er ganske høy, og at hodepine er noe mer sjelden før denne alderen (Sillanpaa et al., 1991). Det ble også vurdert dit hen at det kunne være vanskelig å få til meningsbærende samtaler med barn yngre enn 12 år. Fra 12 års alderen begynner barn å kunne tenke mer abstrakt og hypotetisk, og beveger seg mer bort fra kun en praktisk og konkret måte å tenke på. De kan lettere formulere sine problemer, og de er bedre i stand til å se seg selv fra utsiden. Dette leder til at de får en økt forståelse av sin egen person, og lettere kan gjenkjenne seg selv i andre (Goldinger, 1986).

4.2.1 Inklusjonskriterier

Inklusjonskriteriene var langvarig tensjonshodepine i henhold til den internasjonale hodepinekomiteens (ICHD) siste klassifisering fra 2004. Hodepinen defineres der som en bilateral strammende eller pressende smerte som er fra mild til moderat i intensitet. Den blir ikke verre ved fysisk aktivitet. Det skal ikke være kvalme eller oppkast (kun minimalt). Kun et av kriteriene lys og lydømfintlighet kan være til stede. Det må oppleves daglig eller hyppige episoder av hodepinen, og den varer i fra minutter til dager. Den må opptre oftere enn 14 dager i måneden og i mer enn 3 mnd., eller mer enn 6 mnd pr. år (ICHD, 2004). Deltakernes alder måtte være fra 12-18 år.

4.2.2. Eksklusjonskriterier

Eksklusjonskriterier var andre typer hodepine.

Etter erfaringer fra tidligere studier og litteratur om emnet, tok jeg høyde for at det kunne være vanskelig å definere spesifikt hvilke barn som har kronisk tensjonshodepine (Ruangsuwan & Sriudomkajorn, 2007, Ailani, 2009). Blant annet kan det særlig i forhold til barn, spesielt i startfasen, være vanskelig å skille klart mellom tensjonshodepine og migrene. Disse to typene kan dessuten gli litt over i hverandre, og dermed ha mange av de samme symptomene (Abu Arefeh & Russel, 1994). Noen barn kan også lide av begge typer hodepine samtidig. Jeg ser derimot ikke at dette har stor betydning i forhold til problemstillingen, eller at det skal kunne gi studien svakheter i vesentlig grad. Det ble understreket ovenfor de som skulle bidra med å rekruttere pasienter, at de som uttrykte klassiske migrenesyntomer (oppkast, pulserende smerte, forverring ved trening), skulle utelukkes fra studien. På disse områdene skiller de to hodepinetypene seg klart fra hverandre, og mestringsstrategier som benyttes kan være vesensforskjellig. Dataene vil bli mer pålitelig dersom virkningsmekanismene av mestringsstrategier kun blir undersøkt overfor en, så langt det er mulig å få til, spesifikkbestemt hodepinetype.

4.3. Datainnsamling

For å rekruttere informanter tok jeg kontakt med lokale barneleger og barnemanuellterapeuter, samt nevrologer ved nevrologisk avdeling på sykehus. De ble både muntlig og skriftlig via en prosjektbeskrivelse informert om kriteriene for inkludering. Deltakere som oppfylte IHC's kriteriene for kronisk tensjonshodepine, ble forespurt om deltakelse i studien. Etter å ha fått aktuelle deltakeres navn, adresse og telefonnummer til foreldrene, tok jeg så kontakt med foreldrene for å be om et intervju av deres barn. Barnet selv måtte også samtykke i deltakelsen. Begge parter måtte fylle ut samtykkeskjema før oppstart (vedlegg II og III).

Datainnsamling ble gjennomført ved hjelp av kvalitative dybdeintervju. Informanten ble på

forhånd opplyst om tema for samtalen og at den ville vare ca. 30-60 minutter. Så ble det avtalt tid og sted. Intervjuene fant sted på eget kontor, på kontoret til behandlende terapeut eller hjemme hos deltakerne. Det ble tatt praktiske hensyn i forhold til hva som passet informantene best. Noen bodde langt unna, og det var da mest praktisk for de å ta det hjemme eller på institusjonen de fikk behandling. For å få informantene til å åpne seg og fortelle, var det viktig at jeg som intervjuer klarte å skape tillit og en åpen og trygg atmosfære. Ved et av intervjuene, som var med den yngste informant på 12 år, ønsket moren å være tilstede som en ekstra trygghet for sønnen. Hun lot hovedsaklig han få uttrykke seg i samtalen, men supplerte på noen områder underveis.

Som en påminnelse for min egen del under intervjuet, benyttet jeg meg av en intervjuguide i stikkordsform. Jeg hadde på forhånd jobbet grundig for å finne frem til relevante spørsmål og det var blitt gjennomført et prøveintervju som en del av forberedelsene. Jeg var ikke bundet av rekkefølgen på spørsmålene, men prøvde å være åpen for endringer underveis. Dette ga intervjuet en halvstrukturert form. Gjennom litteraturstudier og tidligere arbeid med barn med samme diagnose, var jeg på forhånd godt kjent med temaet det skulle intervjues om. Det gjorde det også lettere å stille oppfølgende spørsmål.

Ordet mestringsstrategier ble ikke benyttet under intervjuet. Begrunnelsen for dette var at begrepet ikke var forståelig nok for de unge deltakerne. Derfor ble det i stedet brukt spørsmål som for eksempel: «har du noen teknikker du bruker for å minske hodepinen?»

Det ble under hele intervjuet benyttet lydbåndopptaker samtidig som jeg skrev notater. Opptakene var av god kvalitet, og intervjusamtalene kunne skrives ned ordrett i talespråkstil. Denne transkriberingen ble foretatt umiddelbart etter intervjuene. Materialet ble dermed strukturert i tekstform slik at det var lettere å få oversikt over. Allerede på dette punktet begynte analysen. Etter at jeg hadde skrevet ut intervjuene, leste jeg gjennom utskriftene en gang til, samtidig som jeg igjen lyttet til lydbåndopptaket. Dette for å være sikker på at jeg hadde fått med meg alt, og for å kontrollere at jeg ikke hadde hørt feil. For å beskytte konfidensialiteten til intervjupersonen og andre personer som ble nevnt i opptaket, ble det allerede på transkripsjonsstadiet laget fiktive navn på personer, institusjoner og steder som

hadde vært nevnt under intervjuet. Opptakene ble så slettet.

4.4. Analysen

Analysemetoden er teoretisk forankret i Giorgis metode for fenomenologisk analyse. Det ble benyttet systematisk tekstkondensering inspirert av Giorgi og senere modifisert av Malterud (2008). Metoden har mange likhetstrekk med den prosedyren som beskrives i grounded theory (Strauss & Corbin, 1990). Den er godt egnet for deskriptiv tverrgående analyse av fenomener som beskrives i et materiale fra mange ulike informanter, og for utvikling av nye beskrivelser og begreper.

Analysen av datamaterialet begynte allerede under intervjuet, og fortsatte etterpå under selve transskriberingen. Deretter ble det analysert ytterligere gjennom bearbeidingen og tolkningen av tekstene. Jeg så i den forbindelse etter spesielle mønstre, og eventuelt fanget opp forskjellige temaer og begreper som hadde vært belyst. Som beskrevet av Malterud (2008) foregikk analysen gjennom følgende fire trinn:

1. Første trinn innebar å lese alt materialet og få et samlet helhetsinntrykk. Det ble aktivt tilstrebet å legge til side egne forhåndsoppfatninger. Jeg så etter fellestrekk hos informantene. Deretter ble det foretatt en foreløpig klassifisering av aktuelle temaer som kommer til syne i materialet. Ifølge Malterud (2008) kan dette dreie seg om 4-8 temaer som vekker vår oppmerksomhet. Jeg utarbeidet en liste over aktuelle tema som jeg ga midlertidige merkelapper.
2. I neste stadium ble de meningsbærende enheter (tekstbiter) identifisert. I Giorgis prosedyre heter det at hele teksten skal deles inn i meningsbærende enheter. Malterud (2008) har modifisert dette til å velge ut tekst som bærer med seg kunnskap om fenomenene fra første trinn. De meningsbærende enheter (tekstbiter) ble kodet, for eksempel "legge seg ned" eller "trene". Tekstbitene ble så merket med farger.

3. Tredje stadium innebar å kondensere og abstrahere meningen i hver kodegruppe. Det ble foretatt en subgruppering innen hver kodegruppe og utviklet et ”kunstig sitat” – et artefakt forankret i data. Dette var en mer generell form for kodegrupper.
4. I fjerde stadium ble det foretatt en rekontekstualisering. Det vil si at innholdet i hver kodegruppe ble summert for så å kunne etablere begreper som reflekterer hovedvariasjonen av mestringsstrategier benyttet av barn-og ungdom med kronisk tensjonshodepine. Kunnskap fra hver enkelt kodegruppe og subgruppe ble sammenfattet, og det ble laget en innholdsbeskrivelse i fra hver kodegruppe. Sitater fra teksten ble brukt som illustrasjoner. Hver subgruppe fikk sitt eget avsnitt/overskrift som eventuelt kunne inneholde nye begreper. Til slutt ble resultatene vurdert opp mot tidligere empiri på området.

4.5 Etiske hensyn

Forskningsprosjektet ble gjennomført i henhold til Helsinkideklarasjonen. Dette er en erklæring som blant annet sier at medisinsk forskning er underlagt etiske standarder som fremmer respekt for alle mennesker, og beskytter deres helse og rettigheter (Malterud, 2008). Prosjektet ble tilrådd av Regional Komité for Medisinsk Forskningsetikk om tilråding til gjennomføring av studien (vedlegg I). Informantene og deres foreldre fikk skriftlig informasjon om prosjektet før de ved en underskrift samtykket i å delta (vedlegg II og III). Det ble spurt om tillatelse til bruk av lydbånd. Barna måtte selv tillegg gi sin tilslutning til å delta, eller eventuelt motsetter seg dette. I informasjonsskrivet (vedlegg II og III) ble det opplyst at alle opplysninger om forsøkspersonene, samt andre personer og institusjoner som er nevnt i intervjuet, ville bli behandlet konfidensielt. Ingen andre enn forskeren hadde tilgang til informasjonen. Informantenes konfidensialitet ble sikret ved å bruke fiktive navn og fødselsår. Spesiell informasjon som kunne identifisere informantene, ble utelatt eller omskrevet. Det ble opplyst om at det var frivillig å delta, og at deltakerne på hvilket som helst tidspunkt kan trekke seg uten å oppgi noen grunn til det. Jeg som forsker har tatt ansvar for resultatene og kvaliteten på arbeidet. Det er ikke jukset

med resultatene. Under hele prosjektperioden ble dataene i form av lydopptak og transkripsjon lagret forsvarlig, så uvedkommende ikke fikk tilgang til disse.

I kvalitative intervjuer kan den nære kontakten mellom forfatter og informant føre til en rekke etiske utfordringer (Thaagaard, 2002). En god kontakt kan virke forførende slik at informanten ledes til å være mer åpen enn hun eller han egentlig vil. Informert samtykke innebærer derfor ikke at informanten behøver å svare på ethvert spørsmål, og forfatteren skal heller ikke utsette informanten for kritisk vurdering.

Bache-Hansen (2009) i Forskningsetisk bibliotek sier at et intervju med barn kan føre til et potensielt ubehag, fordi barn og unge svarer på spørsmål omkring sine problemer. Ubegget kan skyldes at deres problemer aktualiseres, og i en setting der den som får informasjonen ikke har noe ansvar for å gjøre noe med de samme problemene. Dersom de ønsker å få hjelp med sine problemer, vil kanskje være en fordel at jeg som forsker kjenner til hvordan hjelp kan skaffes, og bistår barnet eller ungdommen med det. Forutsatt at intervjuet gjennomføres på en etisk og gjennomtenkt måte kan derimot det å delta i et intervju bidra til at barnet får styrket evnen til selvrefleksjon (Eide & Winger, 2008). De sier videre at intervjusituasjonen også kan være en slags medlæringssituasjon for barna, ved den kan bidra til å styrke deres identitet og selvfølelse.

I analysen og presentasjonen ble det brukt tematisert fremstilling. Ved bruk av denne analysemetoden er det lettere å anonymisere informanten. Som Thaagaard (2002) anbefaler, er det da sammenligningen mellom informantene som er det vesentlige, og ikke den enkelte informant. Informanten skal ikke gjenkjennes i offentlige tekster (Alver & Øyen, 1997). Hver informant ble derfor tildelt et tilfeldig nummer i stedet for navn. Anonymisert behandling av informantenes opplysninger er en viktig forutsetning for å opprettholde tillitsforholdet mellom forfatter og informant, og det er i tillegg et vesentlig aspekt i forhold til ivaretagelse av personvernet (Alver & Øyen, 1997).

5.0 RESULTATER

Den vanligste mestringsstrategien informantene foretrakk var å sørge for gode rutiner i hverdagen. Å ta det å litt roligere i hverdagen var også en av de mest effektive metodene de benyttet seg av for å mestre hodepinen. Det å legge seg ned og hvile i tillegg til lett trening ble også hevdet å være effektive metoder. Alle brukte eller hadde benyttet seg av medikamenter med varierende effekt. En av informantene brukte en type kuldekrem som hjelp. Alle informantene hadde benyttet seg også av ulike terapiformer som fysioterapi, naprapati, manuellterapi og kiropraktor, men opplevde ikke at dette hjalp vesentlig i forhold til hodepinen.

Gode rutiner

Flere av informantene uttrykte at god nattesøvn hadde positiv innvirkning på hodepinen. Det medførte at de fikk en bedre påfølgende dag, med mindre hodepine. Problemet kunne imidlertid være at de rett og slett ikke fikk sove om kvelden fordi de hadde så vondt i hodet når de la seg. Fikk de derimot lagt seg tidlig og sovnet, opplevde de at de både var mer uthvilte, og at det var lettere å komme seg opp om morgenen. Dette førte også til mindre tidspress med å komme seg til skolen. Det å få en rolig start på dagen gjorde at de slapp å begynne dagen med hodepine. De hadde god tid til både å ta en dusj og spise frokost. En deltaker uttrykte også at han fikk fortere vondt i hodet hvis han hadde det travelt med å komme seg av gårde til skole eller aktivitetene på ettermiddagen. Både gode rutiner på søvn og det å få i seg mat syntes derfor å være effektive tiltak for å redusere hodepineplagene.

Det blir verre hvis jeg spiser feil...jeg må holde det veldig strukturert. Hvis jeg for eksempel har glemt å spise frokost..., sånne ting..., eller hvis jeg glemmer å spise på skolen, er det ofte at jeg kommer hjem og har vondt i hodet. Noen ganger har jeg ligget i senga, og så har faren min sagt at jeg må komme ned å spise. Så går jeg ned og spiser, og da merker jeg at jeg blir mye bedre. Det funker kjempebra. Særlig det å få i seg litt kjøtt og sånn. Hvis jeg legger meg tidlig, og står jeg opp tidlig- kanskje en time før jeg drar. Kanskje tar jeg meg en dusj, spiser frokost og tar det helt med ro....ikke noe stress eller noen ting. Det hjelper (2).

Ta det roligere

Noen informanter merket forverring når de følte seg stresset og oppkavet. Det var særlig i perioder hvor de hadde mye å gjøre på forskjellige områder. Samtidig følte de at de måtte prestere bra overalt, både på skole og i idrett, og når de følte at de ikke hadde kontroll på alle gjøremålene økte hodepinen. I roligere perioder, hvor de også følte at de var rolige i seg selv, merket de at de hadde det bedre. En av dem fortalte:

Hvis jeg stresser veldig mye....jeg holder på med idrett i tillegg, det er veldig mye der også.....det er veldig mye prestasjonsangst...det lager man jo litt selv også...på skolen og alt mulig, samtidig som jeg har konstant vondt. Det er helt forferdelig.

Jeg hadde de første timene til naprapaten om morgenen.....klokka halv seks to ganger i uka. Så var det rett på trening...og så var det rett på skole og alt mulig. Jeg vet ikke jeg....roer jeg det ned, så har jeg det helt klart mye bedre, så det tror jeg veldig på. I perioder hvor jeg er bedre, så er det fordi jeg roligere. Jeg hadde faktisk tre uker i sommer som jeg var i syden, og da var jeg helt bra. Så jeg har det klart mye bedre når jeg slapper av. Det er veldig rart....når jeg er på Kypros, så er det veldig bra (3).

En annen deltaker opplevde tvert imot at en nært forestående «planlagt» stressende situasjon, som for eksempel en viktig eksamen på skolen, kunne fungere som et incitament for ham til å være ekstra nøye med sine daglige rutiner. Han sørget blant annet for å legge seg tidlig, spise riktig og ha ekstra god tid, slik at hverdagen ble roligere. Ved å planlegge og forutse denne stressende situasjonen, gjorde at han mestret situasjonen bedre enn han ellers ville ha gjort. Denne strategien hadde positive konsekvenser for ham i forhold til å holde hodepinen i sjakk. Han fortalte:

Jeg blir noen ganger bedre under eksamen fordi jeg tenker at nå må jeg gjøre alle ting riktig. Det er viktig for meg å være shape. Da går det som regel den riktig veien (2.)

Legge seg ned og hvile

Deltakerne benyttet seg også av hvile for å lindre smertene. Bare det å legge seg ned kunne ha

en positiv effekt. En gutt valgte å ligge i et helt mørkt og stille rom, og tålte ingen former for musikk eller andre lyder. En yngre informant benyttet anledningen til å høre på en lydbok eller lese et blad. Han forklarte at han da glemte hodepinen litt ved å være opptatt med å lytte til eller lese bøker og blader samtidig som han lå og hvilte. På denne måten kombinerte han også hvile med en form for distraksjon.

Jeg lærte meg at det hjalp å legge meg i et mørkt rom....ikke noe lys, og bare slappe helt av.....ikke noe lyd. Det er det som funker best uansett, og det gjør det fortsatt. Det hender at jeg ikke får sove, men bare det å ligge der gjør at det går mye bedre (2).

Trening og aktivitet

Deltakerne rapporterte at de ble bedre når de blant annet fikk beveget seg ute i friminuttene. Effekten vedvarte også en stund etterpå. En av dem fikk i tillegg lov av læreren til å gå ut av undervisningen for å løpe seg en tur rundt skolen, noe han følte hjalp. Det å jogge og bli varm i kroppen ga generelt bedring for denne informanten. Annen type trening som inneholdt mye hurtige bevegelser, dytting og mye kroppskontakt, for eksempel fotballtrening, hadde negativ effekt. Dersom fotballtreningen inneholdt gjentatte støt mot hodet i form av nikking av ball, måtte han ofte avbryte treningen pga. store hodesmerter. Han fortalt det slik:

Jeg blir bedre når jeg har friminutt og får beveget meg. Noe annet som hjelper er trening, joggeturer.....jeg vet ikke.....bare det å bli litt varm i kroppen. Da er det ofte at det går greit. Bare jogging er veldig greit. Da er det ikke sånn at jeg slår hodet...jeg blir ikke....ingen er borti deg. Du bare beveger deg og får litt blodsirkulasjon. Det blir ikke noe skader og sånn. På barneskolen var det sånn at jeg fikk lov til å løpe rundt skolen hvis jeg fikk vondt i hodet i timen (2).

For en annen informant kunne fotball virke positivt fordi han glemte hodepinen ved å være opptatt med noe annet. Det var ikke nødvendigvis det fysiologiske utbyttet av treningen som hadde effekt på ham, men mer selve det å få ledet oppmerksomheten vekk i fra hodepinen. Han opplevde også å legge mindre merke til hodepinen når han holdt på med andre aktiviteter som korps, seiling eller det å være sammen med venner. Han opplevde da noe hyggelig, og

kunne glemme at han hadde hodepine. Det hendte derimot noen ganger at han måtte avstå fra fritidsaktiviteter og bli hjemme på grunn av selve hodepinen dersom den var svært intens. Hadde han derfor mye hodepine i utgangspunktet, orker han ikke delta på noe. Han orket heller ikke da å være sammen med venner. Ved mer moderate smerter kunne derimot det å komme seg ut hjelpe. Hans mor fortalte dette under intervjuet:

Hvis han kommer seg ut, så glemmer han på en måte at han har vondt i hodet. Til og med det å gå på korpset hvor kan fungere veldig greit, for da skjer det noe som er hyggelig selv om det er en aktivitet med mye bråk. Da ser vi at han har det bra etterpå (1)

Ta medisiner

Alle informantene i undersøkelsen tok medisiner – de fleste daglig. Mest vanlig var det å bruke vanlige smertestillende medikamenter. Ingen rapporterte at disse førte til mindre smerter, men de tok det nærmest av vane. Tvert imot kunne de oppleve forverring, og de fortalte at forbruket etter hvert ble større og større. To av deltakerne hadde brukt det antidepressive medikamentet sarotex i lengre tid. For den ene hjalp dette noe for smertene. Det reddet nattesøvn for begge, og på den måten følte de seg mer uthvilt. Samtidig var de redde for å bli avhengig av medisiner. Den ene følte også at kombinasjonen av medisiner og det å prestere bra innen idrett og skole ikke hørte sammen.

Når jeg var liten spiste jeg dispril og paracet og sånn.....det var.... hver dag gikk jeg og gaflet det så det hjalp ikke til slutt. Jeg spiste så mye at jeg ble verre. Det gikk i motsatt retning...(2)

6.0 DISKUSJON

6.1. Diskusjon av resultatene

Denne undersøkelsen viste i hovedsak fem generelle mestringsstrategier som barn og ungdom med kronisk tensjonshodepine benyttet seg av. Disse fleste strategiene hadde positiv betydning i forhold til smerte og smerterelatert ubehag, og følelsen av velvære. Flere av resultatene i denne studien stemmer godt overens med resultater fra tidligere studier.

Gode rutiner, spesielt når det gjaldt mat og søvn, gjorde at de fleste informantene følte seg bedre. En annen undersøkelse viste også at gode familierutiner hadde en positiv effekt både i forhold til barns oppfattelse av livskvalitet og evnen til å mestre hodepinen.

Familiens evne til å organisere de daglige aktivitetene på en meningsfull måte for alle familiemedlemmene viste seg å være en forutsigelig faktor i forhold til å lykkes med mestringsstrategiene, og i forhold til god livskvalitet (Frare et al., 2002).

Barn og ungdom med kronisk tensjonshodepine har ofte et forstyrret søvnmønster, hvor de spesielt har vanskeligheter med å sovne om kvelden. Noen våkner også om natten. Det er ofte uklart om dårlig søvn er årsaken til eller konsekvensen av hodepine (Mack, 2010). Resultatet av dette blir uansett mer sammensatt, og inkluderer ofte mer smerter, dårligere søvnhygiene, og en tendens til at ungdommene ønsker å være mer "nattmennesker". Bedre søvn ble observert etter at hodepinepasienter fikk mer kontroll over hodepinen, bedre søvnhygiene, og ved å unngå koffein. Forebyggende bruk av amitriptylin og melatonin kan også hjelpe ((Rains, 2008). Forøvrig er mangel på søvn en av de viktigste triggerfaktorene for hodepine både hos voksne og barn (Hershey, Kabbouche, & Powers, 2006). Det anbefales ellers å ha en sunn livsstil med nok væskeinntak, et balansert kosthold uten å hoppe over måltider, og riktig og regelmessig søvn (Hershey et al., 2006). Regelmessige måltider og nok søvn anbefales også av norsk barnelegeforening (Hagelsteen, 2007).

Å ta det roligere var noe som hjalp for deltakerne i denne studien. I dette lå det at hvis de

hadde bedre tid og opplevde mindre mas og press, så hadde de det bedre. Dette kan også tolkes som at disse barna kan ha en sterk motivasjon i forhold til å oppnå bedre resultater på skolen og i livet generelt. Skolebarn med kronisk tensjonshodepine har vist å ha en personlighet som preges av å ha slike høye prestasjonsmål (Mandic, et al., 2003, Borge & Nordhagen, 1995). Lignende funn ser ikke ut til å være gjort i andre mestringsstudier på barn og ungdom med kronisk tensjonshodepine. Å unngå stress er heller ikke nevnt tidligere. Tidligere studier har derimot vist at stress kan være en triggerfaktor i forhold til tensjonshodepine (Chen, 2009). Stress kan generelt sett forverre kroniske smerter preget av sentral sensitivisering (Cathcart, 2009). Slettbakk og medarbeidere (2006) fant for øvrig lignende resultater hos voksne kvinner med tensjonshodepine. Funnene viste at kvinnene mestret plagene sine bedre dersom de tok mer kontroll over sin egen tid, rom og grad av medvirkning. De hadde lært seg å ta det mer med ro, og akseptere at de ikke kunne rekke alt, uten å få dårlig samvittighet. Denne forskjellen kan kanskje forklares med at de har en større grad selvtillit, modenhet og erfaring i forhold til yngre personer.

Tidligere studier har vist at det å ta medisiner og legge seg ned eller hvile er blant de hyppigst benyttede strategier barn og ungdom benytter for å mestre sin hodepine i hverdagen (Holden et al., 1994, Bandell-Hoekstra et al., 1999). Dette var også en av de vanligste strategiene som ble benyttet i denne studien. I sistnevnte studie var bruk av medisiner førstevalget blant en rekke ulike benyttede strategier. Medisiner var også en hyppig brukt strategi i foreliggende studie. Samtlige informanter benyttet seg av vanlige smertestillende medikamenter, uten at de hadde særlig effekter av disse. Tvert imot opplevde de fleste ubehagelige bivirkninger, og innså etter hvert at de var preget av et stort overforbruk. For en informant førte dette også til forverring. Dårlig effekt av medisiner er forøvrig godt dokumentert av andre (Seshia et al., 2009, Silver, 2007). At et overforbruk også kan føre til forverring stemmer overens med senere tids forskning, som viser at overdreven bruk av smertestillende medikamenter kan føre til en annen nylig klassifisert hodepinetype som internasjonalt kalles «medication-overuse-headache» (ICHD, 2004, Diener & Limmroth, 2004). Dette gjelder også for ungdommer spesielt (Lagerløv, Holager, Helseth, & Rosvold, 2009). To av deltakerne i studien rapporterte at antidepressiva hjalp i forhold til nattesøvnen. Tidligere rapporter har også dokumentert at det antidepressive medikamentet amitriptyline kan ha en forebyggende effekt hos pasienter

med hyppig episodisk eller kronisk tensjonshodepine (Silver, 2007, Bendtsen et al., 2010). Samtidig kan det gi forverring når anbefalte døgndoser overstiges, noe som ofte gjøres (Katsarava, Diener, & Limmroth, 2001).

Å bruke trening som en mestringsstrategi er ikke tidligere nevnt i andre undersøkelser på dette området. Grunnen kan være at dette ikke har vært en egen kategori ved tidligere spørreskjemaundersøkelser (Bandell-Hoekstra et al., 1999, Holden et al., 1994). Dersom dette ikke er tilfelle, tyder min undersøkelse på at trening som mestringsstrategi på dette området kan være et norsk fenomen. Trening, eller det å holde seg i form, er derimot nevnt i en tilsvarende norsk fokusgruppeundersøkelse som omhandlet episodisk tensjonshodepine og selv-initierte mestringsstrategier blant voksne kvinner (Slettbakk et al., 2006). Deltakerne i denne studien rapporterte at det å holde seg i form ved regelmessig trening, var en viktig strategi, og at de opplevde forverring av hodepinen i perioder hvor de ikke gjorde dette. Forøvrig kan det også trekkes paralleller til en nylig publisert artikkel som viste at tensjonshodepine blant barn og ungdom mellom 13 og 18 har sammenheng med livsstilsfaktorer som blant annet lav fysisk aktivitet og overvekt (Robberstad et al., 2010). Dette kan tolkes dit hen at økt fysisk aktivitet kan ha positive effekter i forhold til denne gruppen pasienter.

Analyser i denne og andre studier viste forøvrig at barn og ungdom også brukte distraksjon som mestringsstrategi (Bandell-Hoekstra et al., 1999, Holden et al., 1994). Under kategorien trening og aktiviteter nevnes det å det å være opptatt med aktiviteter som lesing, korps og fotball, eller å være sammen med venner som en metode for å lede oppmerksomheten bort fra hodepinen. Det ga deltakerne positive opplevelser, og som gjorde at de «glemte» at de hadde hodepine. Dette kan regnes som en form for distraksjon.

Slik mestring ble kategorisert i min studie, og slik det er definert i andre studier (Lazarus, 1993, Scheier 1989), viste deltakerne at de oftest benyttet problemfokuset mestringsstrategi. Passiv orientert (emosjonell) mestring, som å endre følelsene sine eller tenke annerledes, ble i mindre grad brukt. Det kan diskuteres om det å ta seg ned eller å ta medisiner er passive eller problemorienterte strategier. I min studie ble problembasert handling beskrevet som noe

individet gjør for å løse et problem, og således er både det å ta medisiner eller legge seg en problemorientert handling. På den annen side kan det å legge seg ned også sees på som en form for såkalt konstruktiv emosjonsregulert (passiv) strategi for å oppnå en avspenning (Klein-Heissling & Lohaus, 2002).

Alle deltakerne i studien bodde hos foreldrene, og hadde på den måten en viss form for sosial støtte i form av for eksempel praktisk hjelp, emosjonell og økonomisk støtte (Cohen & Wills, 1985, Bø, 1993). Sosial støtte regnes for både å ha en problemløsende og emosjonsregulerende funksjon (Saile & Hülsenbusch, 2006).

6.2 Diskusjon av design og metode

Rekruttering av deltakere til studien ble gjort ved hjelp av en barnemaellterapeut, barnenevrolog og en fysioterapeut som jobbet ved et tverrfaglig smertesenter. Pasienter som oppfylte inklusjonskriteriene ble forespurt av nevnte fagpersoner om deltakelse i studien. De som samtykket ble så oppringt for avtale om intervju. Alle deltakerne hadde dermed på forhånd oppsøkt helsevesenet, noe et fåtall pasienter med denne lidelsen sannsynligvis gjør (Castien et al., 2010). Dette kan enten tyde på at de inkluderte i studien ikke mestrer det å ha hodepine på egenhånd, eller tvert imot at de har en større motivasjon enn andre for å gjøre noe med sin vanskelige situasjon. Ungdom som ikke benytter seg av hjelp fra helsevesenet håndterer kanskje hodepinen selv. De har laget sine egne mestringsstrategier, eller som en tidligere studie antyder, de benytter seg ikke av helsevesenets tjenester på grunn av tidligere dårlige erfaringer (Castien et al., 2010). Det må også taes høyde for at det ikke er helt sikkert at alle deltakerne faktisk hadde diagnosen kronisk tensjonshodepine i henhold til kriteriene. Som nevnt tidligere kan det blant annet være vanskelig å skille klart mellom tensjonshodepine og migrene blant barn og ungdom, og disse to kan ha overlappende symptombilde (Abu Arefeh & Russel, 1994, Ruangsuan & Sriudomkajorn, 2007, Ailani, 2009).

Valget av et kvalitativt dybdeintervju ga alle deltakerne mulighet til å komme med sine egne erfaringer og opplevelser. Enkelte av informantene, spesielt de eldste, hadde lettere for å

meddele seg språklig, og deres erfaringer og synspunkter vil dermed kunne komme tydeligere frem i studien. En av de yngste deltakerne ble også supplert av en av foreldrene under intervjuet. Dette kan være en svakhet ved undersøkelsen, ved at denne deltakerens egne ord og meninger ikke kom til uttrykk. På den annen side kan foreldrene ha god oversikt over hvordan barnet har det til daglig og i de ulike situasjoner, og kan dermed bidra til å nyansere og berike informasjonen. Foreldrene er i kontinuerlig dialog med barnet og har mulighet til å observere barnets atferd i ulike situasjoner og har dermed sannsynligvis god oversikt og kjennskap til hvordan barnet takler hodepinen i dagliglivet. I dette spesielle tilfellet hadde foreldrene også god dialog med skolen.

6.2.1 Intern validitet

Mitt ståsted som forsker, faglige interesser og personlige erfaringer har vært avgjørende for hvilken problemstilling som er valgt. Disse forholdene kan også ha påvirket min teoretiske forståelse av emnet, valg av perspektiv, og hvilke metoder og utvalg som var relevante for å kunne besvare problemstillingen. Som manuellterapeut i klinisk arbeid med pasienter har jeg tidligere vært i befatning med emnet det er forsket på. Jeg har en førforståelse med meg i form av språklige og kulturelle holdninger. Gjennom mitt kliniske arbeid med barn med hodepine, samt studier av tekster og forskningslitteratur, har jeg både en bevisst og ubevisst med meg en form for forforståelse inn i prosjektet. Mine erfaringer, faglig perspektiv, teoretisk grunnlag og mulige antakelser, kan derfor å prege undersøkelsen. Ulempen ved å kjenne til temaet på en slik måte på forhånd, er at jeg ubevisst kan ha hatt forutinntatte holdninger. Det kan også ha bidratt til å gjøre meg mindre åpen for nye oppdagelser. På den annen side har det vært en styrke for meg i forhold til motivasjonen for prosjektet (Malterud, 2008). Det at jeg hadde visse forkunnskaper og erfaring med temaet, samt det å intervju barn, var kanskje en fordel når det gjaldt selve intervjuprosessen. Det gjorde det lettere for meg å stille intervjuobjektene spørsmål, og følge opp samtalen underveis (Kvale, 2009). Når det gjelder selve intervjusituasjonen forøvrig, kan den ha påvirket resultatene, noe som gir studien visse svakheter. Jeg som forsker og intervjuer kan ha feiltolket mine informanter. Dette svekker dataenes gyldighet. Det ble derimot forsøkt unngått ved å foreta en validering av svarene

underveis i intervjuet. Jeg spurte for eksempel informantene av og til om jeg hadde forstått dem rett. Ved et tilfelle måtte jeg ringe opp informanten kort tid etter intervjuet for å korrigere og supplere et av temaene. Hvilke resultater som har besvart de viktigste spørsmålene og hvordan konklusjonen ble vektlagt, vil også kunne være preget både av min forforståelse og rolle som forsker. Det har derfor vært viktig for meg å være disse forholdene bevisst, og være sensitiv i forhold til tolkning, analyse og teoretisk forståelse. Jeg har lagt vekt på å opptre ryddig og systematisk ved blant annet ikke å tillegge noen data større betydning enn andre for å påvirke resultatet i noen som helst retning. En annen svakhet er at jeg som forsker både har administrert og gjennomført studiet. Det har derfor vært en utfordring å beholde min objektivitet gjennom alle delene av prosessen, fra datainnsamling, analysen og fremstillingen av resultatene. Min personlighet og væremåte ovenfor deltakerne kan også ha påvirket deres tiltro til prosjektet, og dermed også resultatene i studien.

6.2.2 Ekstern validitet

Noe av hensikten ved å benytte et kvalitativt dybdeintervju er å få frem ulike variasjoner når det gjelder mestringsstrategier barn og ungdom benytter seg av, og som er til hjelp for det enkelte individ. På grunn av få deltakere i studien, er det vanskelig å konkludere med at kunnskapen som er fremkommet er gyldig for andre barn med kronisk tensjonshodepine. Det er også generelt vanskelig å generalisere ved bruk av kvalitative metoder (Malterud, 2008). De strategier som viste seg å være til hjelp for deltakerne i denne studien, trenger ikke nødvendigvis å gjelde for alle barn og unge med kronisk tensjonshodepine. Allikevel kan noen av funnene si noe om denne gruppen individer, og dermed ha betydning for andre barn og unge i samme situasjonen. Resultatene kan også ha en overføringsverdi i forhold til andre barn og unge med andre kroniske lidelser. De kan i tillegg gi grunnlag for å lage en hypotese og sende ut spørreskjema.

7.0 KONKLUSJON

Målet med studien var å finne ut hvilke mestringsstrategier barn og ungdom med kronisk tensjonshodepine benyttet seg av. Resultatene i studien kan benyttes i vår kliniske hverdag. Ved å informere pasienter om hva andre barn og unge i tilsvarende situasjoner gjør for å bedre sin tilværelse, kan de stimuleres til å se mulighetene til å gjøre noe med sin egen situasjon. Som terapeuter kan vi gjennom dialog bidra til å utvikle pasientenes mestringsferdigheter og tro på egen mestring. Som Fjerstad (2010) sier ”kan en slik form for kognitiv terapi skje gjennom en samtale med en terapeut, og at helsearbeidere kan «skape samtaler som fremmer endring og bedre egenomsorg, selvstøtte og selvfølelse – det som utgjør selve motstandskraften mot sykdom og belastninger” (s. 19). På den måten kan barn og unge lære å utnytte egne sine egne ressurser. Denne dialogen bør også skje i samarbeid med foreldrene. Barn i aldersgruppen 12-18 er vanligvis nært knyttet til sine foreldre, og foreldrene har i stor grad ansvaret for å følge opp blant annet daglige rutiner, og er en viktig sosial støtte for sine barn.

Manuellterapeuter, fysioterapeuter og andre som behandler disse barna kan kanskje kurses i kognitive teknikker. Kliniske studier som vurderer effekten av manuellterapi og fysioterapi på denne type pasienter, kan eventuelt også inkludere kognitive atferdsterapi og mestringsstrategier i behandlingen. Videre forskning kan også være å lage spørreskjema for å undersøke om mestringstrategiene benyttet i denne og andre studier er generelle for alle barn og unge med tensjonshodepine. Det bør også gjøres samme type undersøkelse som er gjort i denne studien, men da med flere deltakere. Det vil kunne gi undersøkelsen større gyldighet.

5.0 LITTERATURLISTE

Abu-Arefeh, I., & Russel, G. (1994) Prevalence of headache and migraine in schoolchildren. *BMJ*, 309, 765-9.

Ailani, J. (2009). Chronic tension-type headache. *Curr Pain Headache*, 13(6), 479-83.

Alver, B.G., & Øyen, Ø. (1997) *Forskningsetikk i forskerhverdag. Vurderinger og praksis*. Oslo: Tano Aschehoug.

Andrasik, F., Lipchik, G.L., McCrory, D.C., & Wittrock, D.A. (2005). Outcome measure in behavioral headache research: headache parameters and psychosocial outcomes. *Headache*, 45, 429-437.

Arruda, M.A., Guidetti, V., Galli, F., Albuquerque, R.C., & Bigal, M.E. (2010). Frequency of headaches in children is influenced by headache status in mother. *Headache*, 50(6), 973-980.

Austenfeld, J.L., & Stanton, A.L. (2004). Coping through emotional approach: A new look at emotion, coping, and health-related outcomes. *Journal of Personality*, 72, 1335-1363.

Bache-Hansen, E. (2009) Spørreundersøkelse blant skolebarn. Forskningsetisk bibliotek.

Hentet 2. mai 2010, fra

[Http://etikkom.no/no/FBIB/resussers/eksempler//sporreundersokelse-blant-skolebarn/](http://etikkom.no/no/FBIB/resussers/eksempler//sporreundersokelse-blant-skolebarn/).

Ballotin, U., Nicoli, F., Pitillo, G., Ferrari Ginevra, O., Borgatti, R., & Lanzi, G. (2004). Migraine and tension headache in children under 6 years of age. *Eur. J. Pain*, 8(4), 307-314.

Bandell-Hoekstra, I., Abu-Saad, H.H., Passchier, J., & Knipschild, P. (2000). Recurrent headache, coping and quality of life in children: a review. *Headache*, 40(5), 357-70.

Bandura A. (1977). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.

Bandura A. (1995). *Exercise of personal and collective efficacy in changing societies*. New York: Cambridge University Press.

Barlow, C.F. (1984). *The expression of childhood migraine. Headache and migraine in childhood*. (s. 46-75). Philadelphia: JB Lippincott.

Bendtsen, L. (2000). Sentral sensitization in tension-type headache- possible pathophysiological mechanisms. *Cephalalgia*, 20(5), 486-508.

Bendtsen, L. (2003). Central and peripheral sensitization in tension-type headache. *Curr Pain Headache*, 7(6), 460-5.

Bendtsen, L., Jensen, R., & Olesen, J. (1996). Qualitatively altered nociception in chronic myofascial pain. *Pain*, 65, 259-274.

Bendtsen, R., & Jensen R. (2006). Tension-type headache: the most common, but also the most neglected headache disorder. *Curr Opin Neurol.*, 19(3), 305-309.

Bendtsen, L., Evers, S., Linde, M., Mitsikostas, D., Sandrini, G., & Schoenen, J. (2010). EFNS guideline on the treatment of tension-type headache-Report of an EFNS task force. *European Journal of Neurology*, May 11, 1351-5101.

Bengtsson, J. (1993). *Sammanflætninger. Husserls och Merlau-Pontys fenomenologi*. Göteborg: Bokforlaget Daidalos.

Berge, T., & Repål, A. (2008). *Håndbok i kognitiv terapi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Bille, B. (1962). Migraine in school children. A study of prevalence and short term prognosis, and a clinical and psychological and encephalographic comparison between children with

migraine and matched controls. *Acta Paediatr Scand*, 51(Suppl 136), 1-151.

Boline P.D., Kassak K., Bronfort G., Nelson C., & Anderson A.V. (1995). Spinal manipulation vs. Amitriptyline for the treatment of chronic tension-type headaches: a randomized clinical trial. *J. Manipulative Physiol Ther*, 18, 148-154.

Borge, A.I., & Nordhagen, R. (1995). Development of stomach-ache and headache during middle childhood: co-occurrence and psychosocial risk factors. *Acta Paediatr*, 84(7),795-802.

Bove G., & Nilsson N. (1998). Spinal manipulation in the treatment of episodic tension-type headache: a randomized controlled trial. *JAMA*, 280, 1576-1579.

Brodal, P. (2007). *Sentralnervesystemet*. . Oslo: Universitetsforlaget.

Bruijn, J. et al. (2009). Quality of life in children with primary headache in a general hospital. *Cephalalgia*, 1, 23.

Butler, D.S. (1997). The integration of pain sciences into clinical practice. *Journal of Hand Therapy*, 10, 86-95.

Bø, I. (1993). *Folks sosiale landskaper: en innføring i sosiale nettverk*. Oslo: Tano

Carver, C.S., Scheier, M.F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283.

Castien, R.F., van der Windt, A.W.M., Grooten, A., & Dekker, J. (2010). Effectiveness of manual therapy for chronic tension-type headache: A pragmatic, randomized, clinical trial. *Cephalalgia*, 0(0), 1-11.

Cathcart S. A neural hypothesis for stress-induced headache. (2009). *Medical hypotheses*, 73, 1011-1013.

- Chen Y. (2009). Advances in the pathophysiology of tension-type headache: From stress to central sensitization. *Current pain & headache reports*, 13, 484-494.
- Cohen, S., & Wills, T.A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychol. Bull.* 98, 310-57.
- Diener, H.C, & Limmroth, V. (2004). Medication-overuse headache: a world wide problem. *Lancet Neurol*, 3, 475-483.
- Dise-Lewis, J.E. (1988). The Life Events and Coping Inventory: An assessment of life stress in children. *Journal of Psychosomatic Medicine*, 50, 484-499.
- Ebata. A.T., & Moos, R.H.. (1991). Coping and adjustment in distressed and healthy adolescents. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 12(1), 33-54.
- Eide, B.J., & Winger, N. (2003). *Fra barns synsvinkel. Intervju med barn – metodiske og etiske refleksjoner*. Oslo: Cappelen Forlag.
- Fearon, P., & Hotopf, M. (2001). Relation between headache in childhood and physical and psychiatric symptoms in adulthood: national birth cohort study. *BMJ*, 12;322(7295), 1145.
- Fernandez-de-las-Peñas, C., Alonso-Blanco, C., Cuadrado, M.L., Miangolarra, J.C., Barriga, F.J., & Pareja, J.A. (2006). Are manual therapies effective in reducing pain from tension-type headache? A systematic review. *Clin J Pain*, 22, 278-85.
- Fernandez-de-las-Peñas, C., Alonso-Blanco, C., Cuadrado, M.L., Gerwin, R.D., & Pareja J.A. (2006). Trigger points in the suboccipital muscles and forward head posture in tension-type headache. *Headaches*, 46, 454-60.
- Fernandez-de-las-Peñas, C., Ge, H.Y., Arendt-Nielsen, L., Cuadro, M.L., & Pareja J.A. (2007). Referred pain from trapezius muscle trigger points shares similar characteristics with chronic tension-type headache. *Eur J Pain*, 11, 475-82.
- Fernandez-de-las-Peñas, C. & Schoenen, J. (2009). Chronic tension-type headache: what is

new ? *Current Opinion in Neurology*, 22, 254-261.

Fjerstad E. (2010). *Frisk og kronisk syk. Et psykologisk perspektiv på kronisk sykdom*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Frare, M., Axia, G., & Battistella, P.A. (2002). Quality of life, coping strategies, and family routines in children with headache. *Headache*, 42(10), 953-62.

Fumal, A., & Schoenen, J. (2008). Tension-type headache: current research and clinical management. *Lancet Neurol.*, 7, 70-83.

Goldinger, B. (1986). *Tonårstiden. Utveckling från förpubert till vuxenålder*. Stockholm: Wahlström & Widstrand.

Grønmo, S. (2004). *Samfunnsvitenskapelige metoder*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Guidetti, V., Galli, F., Fabrizi, P., Giannantoni, A.S., Napoli, L., & Bruni, O. (1998). Headache and psychiatric comorbidity: clinical aspect and outcome in an 8-year follow-up study. *Cephalgia*, 18(7), 455-462.

Hagelsteen, J.H. (2007). Spenningshodepine.

Hentet 25. november, fra
www.barnelegeforeningen.no.

Hechler, T., Kosfelder, J., Denecke, H., Dobe, M., Hübner, B., Martin, A., Menke, A., Schroeder, S., Marbach, S., & Zernikow, B. (2008). Schmerzbezogene Copingstrategien von Kinder und Jugendlichen mit chronischen Schmerzen. *Schmerz*, 22, 442-457.

Hechler, T., Dobe, M., Kosfelder, J., Damschen, U., Hübner, B., Blankenburg, M., Sauer, C., & Zernikow, B. (2008). Effectiveness of a 3-week multimodal inpatient pain treatment for adolescent suffering from chronic pain: statistical and clinical significance. (2010). *Clin J*

Pain, 25(2), 156-166.

Hershey, A.D., Kabbouche, M.A., Powers, S.W. (2006). Chronic headaches in children. *Current Pain and Headache Reports*, 10, 370-376.

Hockaday, J.M. (1991). Migraine in children. *Maternal and Child Health*, 16, 246-7.

Holden, E.W., Gladstein, J., Trulsen, M., Wall, B. (1994). Chronic daily headache in children and adolescents. *Headache*, 34, 508-514.

Holroyd, K.A., O'Donnell, F.J., Stensland, M., Lipchik, G.L., Cordinglay, G.E., & Carlson, B.W. (2001). Management of chronic tension-type headache with tricyclic antidepressant medication, stress-management therapy, and their combination: a randomized controlled trial. *JAMA*, 285, 2208-2215.

Hommeren, O.J., Lund, V., Rutlin, E., & Winnem, M. (1993). Kortidsfravær i norsk industri. *Tidsskr. Nor Lægeforen.*, 113, 2426-8.

Hoyt, W.H., Shaffer, F., & Bard, D.A., Benesler, B.C., Blankenholm, G.D., Gray, J.H., Hartmann, W.T., & Hughes L.C. (1979). Osteopathic manipulation in the treatment of muscle-contraction headache. *J Am Osteopath Assoc.*, 78, 332-325.

International Classification of Headache Disorders (ICHD-II), 2nd edn. *Cephalalgia*, 24(suppl. 1), 1-160.

Jennum, P., & Jensen, R. (2002). Sleep and headache. *Sleep Med Rev.*, 6(6), 471-9.

Jensen, R. (1999). Pathophysiological mechanisms of tension-type headache: a review of epidemiological and experimental studies. *Cephalalgia*, 19, 602-621.

Jensen, R. (2001). Mechanisms of tension-type headache. *Cephalalgia*, 21, 786-789.

Jensen, R., & Bendtsen, R. (2006). Tension-type headache: Why does this condition have to fight for its recognition ? *Curr. Pain Headache Rep.*, 10(6), 454-458.

Johannessen, A., Tufte, P.A., & Kristoffersen, L. (2006). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstract forlag AS.

Jones, M., Edwards, I., & Gifford, L. (2001). Conceptual models for implementing biopsychosocial theory in clinical practice. *Manual Therapy*, 7: 2-9.

Kabbouche, M.A., Powers, S.W., Vockell, A.L., LeCates, S.L., Ellinor, P.L., & Segers, A. (2005). Outcome of a multidisciplinary approach to pediatric migraine at 1, 2, and 5 years. *Headache*, 45(10), 1298-1303.

Karwautz, A., Wöber, C., Lang, T., Böck, A., Wagner-Ennsgraber, C., Vesely, C., Kienbacher, C., & Wöber-Bingöl, C. (1998). Psychosocial factors in children and adolescents with migraine and tension-type headache: a controlled study and review of the literature. *Cephalalgia*, 19, 32-43.

Katsarava, Z., Diener, H.C., & Limmroth, V. (2001). Medication overuse headache: a focus on analgesics, ergot alkaloids and triptans. *Drug Saf*, 24(12), 921-7.

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Lagerløv, P., Holager, T., Helseth, S., & Rosvold, E.O. (2009). Selvmedisinering med reseptfrie smertestillende legemidler hos 15–16-åringer. *Tidsskr Nor Lægeforen.*, 129,1447-50.

Langemark, M., & Olesen, J. (1987). Pericranial tenderness in tension headache: a blind, controlled study. *Cephalalgia*, 7, 249-55.

Lanzi, G., Zambrino, C.A., Ferari-Ginevra, C., Termine, S., Arrigo, P., Vercelli, A., De Silvestri, C., & Guglielmino, R. (2001). Personality traits in childhood and adolescent headache. *Cephalalgia*, 21(1), 53-60.

Larsson, B., & Melin, L. (1988). The psychological treatment of recurrent headache in adolescents. Short-term outcome and its prediction. *Headache*, 28, 187-195.

Lazarus, R.S., & Launier R. (1981). Stressbezogene Transaktionen zwischen Person und Umwelt. In J.R Nitsch (Hrsg.), *Stress*, s. 213-259. Bern: Huber.

Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Verlag.

Lazarus, R.S. (1993). Coping theory and research: Past, present, and future. *Psychosomatic Medicine*, 55, 234-247.

Lew, H.L., Lin, P.H, Fuh, J.L, Wang, S.J, Clark, D.J, Walker, W.C. (2006). Characteristics and treatment of headache after traumatic brain injury: a focused review. *Am J Phys Med Rehabil.*, 85(7), 619-27.

Mack, K.J. (2010). Management of chronic daily headache in children. *Expert Rev. Neurother.*, 10 (9), 1479-1486.

Malterud, K. (2008). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget.

Malterud, K., & Thesen, J. (2001). «Empowerment» og pasientstyrking – et undervisningsopplegg. *Tidsskrift for Norsk Lægeforening*, 13(121), 1624-1628.

Mandic, Z., Barabam, D., & Boranic M. (2003). Chronic tension-type headache in school-aged children – personality traits and behavior. *Coll. Antropol.* 27 (1). 159-166.

Mazzone L., Vitiello, B., Incorpora, G., & Mazzone D. (2006). Behavioural and temperamental characteristics of children and adolescents suffering from primary headache. *Cephalalgia*, 26(2): 194-201.

McGrath, P.J. (1999). Commentary: recurrent headaches: making what works available to those who need it. *J. Pediatr Psychol*, 24, 111-112.

Migraine Headaches Aid. (2009). Migraine headache in children.

Hentet 20. november 2010, fra

[Http://migraineheadachesaid.com/2009/04/migraine-headaches-in-children](http://migraineheadachesaid.com/2009/04/migraine-headaches-in-children).

Mortimer, M.J., Kay, J., & Jaron, A. (1992). Epidemiology of headache and childhood migraine in an urban general practice using Ad Hoc, Vahlquist and IHS criteria. *Dev Med Child Neurol.*, 34, 1095-101.

Neuringer, C. (1964). Rigid thinking in suicidal individuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 28, 54-58.

Nijs, J. & Van Houdenhove, B. (2008). From acute musculoskeletal pain to chronic widespread pain and fibromyalgia: Application of pain neurophysiology in manual therapy practice. *Man Ther.*, 14(1), 3-12.

Olesen, J. (1991). Clinical and pathophysiological observations in migraine and tension-type headache explained by intergration of vascular, supraspinal and myofacial inputs. *Pain*, 46, 125-32.

Olesen, J., Bousser, M.G., Diener, H.C., Dodick, D., First, M., Goadsby, P.J., Göbel, H., Lainez, M.J., Lance, J.W., Lipton, R.B., Nappi, G., Sakai, F., Schoenen, J., Silberstein, S.D., & Steiner, T.J. (2006). New appendix criteria open for a broader concept of chronic migraine. *Cephalalgia*, 26(6), 742-6.

Ong, J.C., Stepanski, E.J., & Gramling, S.E. (2009). Pain coping strategies for tension-type headache: possible implications for insomnia ? *J Clin Sleep Med.*, *15*, 5(1), 52-6.

Patterson, J.M., & McCubbin, H.I. (1987). Adolescent Coping Style and Behaviors - Conceptualization and Measurement. *Journal of Adolescence*, *10* (2), 163-186.

Penzien, D.B, Rains, J.C, Lipchik, G.L, Creer, T.L. (2004). Behavioral interventions for tension-type headache: Overview of current therapies and recommendation for a self-management model for chronic headache. *Curr Pain Headache*, *8*, 489-499.

Peters, M, Abu-Saad, H.H, Vydellingum, V, Dowson, A, & Murphy, M. (2004). Migraine and chronic daily headache management: A qualitative study of patients` perceptions. *Scand J Caring Sci*, *18*, 294-303.

Rains, J.C. (2008). Chronic headache and potentially modifiable risk factors: screening and behavioral management of sleep disorders. *Headache*, *48* (1), 32-39.

Rasmusen, B.K., Jensen, R., Schroll, M., & Olesen, J. (1991). Epidemiology of headache in general population – a prevalence study. *J Clin Epidemiol.*, *44*, 1147-57.

Robberstad, L, Dyb, G., Hagen, K., Stovner, L.J, Holmen, T.L., & Zwart, J-A. (2010). An unfavorable lifestyle and reccurent headaches among adolecents: The HUNT Study. *Neurology*, *75*: 712-717.

Roth-Isigkeit A., Thyen, U., Stöven, H., Schwartzberger, J., & Schmucker, P. (2005). Pain among children and adolescent: restriction in daily living and triggering factors. *Pediatrics*, *115* (4), 1118.

Rotter, J.B. (1954). *Social learning and clinical psychology*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.

Ruangsawan, S. & Sriudomkajorn, S. (2007). 375 childhood primary headache: clinical features, the agreement between clinical diagnosis and diagnoses using the international classification of headache disorders in Thai children. *J Med Assoc Thai.*, 90(7), 1309-16.

Russell, M.B., Ostergaard, S., Bendtsen, L., & Olesen J. (1999). Familial occurrence of chronic tension-type headache. *Cephalalgia*, 19(4), 207-10.

Saile, H., & Hülsebusch, T. (2006). Bewältigung allgemeiner Problemsituationen bei Kindern mit chronischen Kopfschmerzen. Abhängigkeit von der Kontrollierbarkeit der Situation und Zusammenhänge mit Schmerzverarbeitung. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 14(1), 21-27.

Salvesen, R. (2009). Kronisk hodepine – møteplass for medisinsk vitenskap og legekunst. *Utposten*, 1(38), 19-22.

Schwarz, B.S., Stewart, W.F., Simon, D., & Lipton R.B. (1998). Epidemiology of tension-type headache. *JAMA*, 279, 381-3.

Schwartz, B.S., Stewart W.F., & Lipton R.B. (1997). Lost workdays and decreased work effectiveness associated with headache in the workplace. *J Occup Environ Med.*, 39(4), 320-327.

Seshia, S.S., Philips, D.F., & von Baeyer, C.L. (2008). Childhood chronic daily headache: a biopsychosocial perspective. *Dev. Med. Child. Neurol.*, 50(7), 541-545.

Shashi, S.S, Abu.Arafah, I., & Hershey, A.D. (2009). Tension-type headache in children: The cinderella of headache disorder. *Can. J. Neurol. Sci.*, 36, 687-695.

Sillanpaa, M., Piekkala, P., & Kero P. (1991). Prevalence of headache at preschool age in an

unselected child population. *Cephalalgia*, 11(5), 239-42.

Sillanpaa, M. & Antilla, P. (1996). Increasing prevalence of headache in 7-year-old school children. *Headache*, 36, 466-70.

Silver, N. (2007). Headache (chronic tension-type). *Clinical Evidence*, 1-21.

Slettbakk, R., Vaksdal-Nilsen, C., & Malterud K. (2006). Coping with headache. A focus group study about womens self-initiated actions and cognitive strategies. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 24, 22-26.

Spirito, A., Stark, L.J., Williams, C., & Guevremont, D.C. (1989). Common problems and coping strategies. I: Findings with normal adolescents. *J Abnorm Child Psychol*, 17(2), 203-212.

Stovner, L.J., Hagen, K., Jensen, R., Katsarava, Z., Lipton, R., Scher, A., Steiner, T., & Zwart J.A. (2007). The global burdon of headache: a documentation of headache prevalence and disability world wide. *Cephalalgia*, 27(3), 193-210.

Strauss A., & Corbin J. (1999). *Basic of qualitative research. Grounded theory-procedures and techniques*. Newbury Park: Sage Publications.

Stulpnagel, C., Reilich, P., Straube, A., Schäfer, J., Blaschek, A., Lee, S.H., Müller-Felber, W., Henchel, V., Mansmann, U., & Heinen F. (2009). Myofacial trigger points in children with tension-type headache. *J. Child Neurol.*, 24(4), 406-9.

Strauss A., & Corbin J. (1999). *Basic of qualitative research. Grounded theory-procedures and techniques*. Newbury Park: Sage Publications.

Talseth, S. (2000). *Selvhjelpsboken*. Sosial-og helsedepartementet, FRISAM.

Thagaard, T. (2002). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.

Thesen, J., & Malterud, K. (2001). "Empowerment" og pasientstyrking - et undervisningsopplegg. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 121(13), 1624-1628.

Thorn, B.E. (2004). *Cognitive therapy for chronic pain*. New York: Guilford Press.

Trautmann, E., Lackschewitz, H., & Kroner-Herwig, B. (2006) Psychological treatment of recurrent headache in children and adolescents – a meta-analysis. *Cephalalgia*, 26 (12), 1411-26.

Turk, D.C., & Gatchel, R.J. (2002). *Psychological approaches to pain management. A practitioner's handbook* (2. utg.). New York: Guilford Press.

Turkdogan, D., Cagirici, S., Soylemez, D., Sur, H., Bilge, C., & Turk U. (2006) Characteristics and overlapping features of migraine and tension-type headache. *Headache*, 46, 461-68.

Umberto, B., Nicoli, F., Pittillo, G., Ferrari Ginevra, O., Borgatti, R., & Lanzi, G. (2004). Migraine and tension headache in children under 6 years of age. *European Journal of Pain*, 8(4), 307-14.

Vahlquist, B., & Hackzell, G. (2009). Migraine of early onset: a study of thirty-one cases in which the disease first appeared between one and four years of age. *Acta Paediatr (Stockh)* 1949; 38: 622-36.

Van Ettekoven, H., & Lucas, C. (2006). Efficacy of physiotherapy including a craniocervical training programme for tension-type headache; a randomized clinical trial. *Cephalalgia*, 26(8), 983-91.

Verhagen, A.P., Damen, L., Berger, M.Y., Passchier, J., & Koes, B.W. (2009) Behavioral

treatments of chronic tension-type headache in adults: are they beneficial ? *CNS Neurosci Ther.*, 15, 183-205.

Vidflat, E., & Hopen, L. (2004). *Helsepedagogikk – samhandling om læring og mestring*. Oslo. Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk sykdom. Aker Universitetssykehus HF. Valdres Trykkeri.

Wang, S.J., Fuh, J.L., Juang, K.D., & Lu, S.R. Migraine and suicidal ideation in adolescents aged 13 to 15 years. *Neurology*, 31, 72(13), 1146-52.

Wangensteen, B. (red.). (2005). *Bokmålsordboka. Definisjons- og rettskrivningsordbok*. Oslo: Universitetsforlaget.

Ystgaard, M., & Mishara, B. (2000). Barn og mestringsstrategier. Utvikling og evaluering av programmet «Reaching Young Europa». *Suicidologi*, 5 (1), 22-23.

Zuckermann, B., Stevenson, J., & Bailey, V. (1987). Stomaches and headaches in a community sample of preschool children. *Pediatrics*, 79, 677-82.

Ødegård, S.S., Engstrøm, M., Sand, T., Stovner, L.J., Zwart, J.A., & Hagen, K. (2010). Association between sleep disturbance and primary headaches: the third Nord-Trøndelag Health Study. *J Headache Pain*, 11(3), 197-206.



UNIVERSITETET I BERGEN

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Vest-Norge (REK Vest)

Liv Magnussen
Uni helse
Christiesgt 13
Postboks 7810
5020 Bergen

Vår ref
2010/749

Dato
27.04.10

Ad. prosjekt: Barn med kronisk tensjonshodepine. Bruk av mestringsstrategier (2010/749)

Det vises til din tilbakemelding, datert 12.04.10 til komiteens merknader i vedtaksbrev datert 26.03.10. Komiteen ber i sitt brev om at det utarbeides et informasjonsskriv rettet til barna (10-15 år) som er tilpasset deres modenhetsnivå.

REK Vest v/leder behandlet saken.

REK Vest setter vilkår om at følgende momenter endres i forespørselen:

- Språket må forenkles og bedre tilpasses barn i denne aldersgruppen, jfr. formuleringer som "masteroppgave i manuellterapi", "det er kun autorisert personell knyttet til prosjektet" og "trekke ditt samtykke." Det er viktig at informasjonen er språklig tilgjengelig for de yngste barna.
- Det må framgå at det ikke er noen direkte nytte for barnet ved å delta i studien.
- Det må framgå av forespørlene at studien er godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Vest-Norge (REK Vest) den 27.04.10 med saksnummer 2010/749.

De øvrige momentene i tilbakemeldingen er tatt til orientering.

Vedtak:

Prosjektet godkjennes på betingelse av at ovennevnte vilkår tas til følge.

Postadresse:
RIEK Vest
Postboks 7804
5020 Bergen

E-post: rek-vest@uib.no

Hjemmeside:
<http://helseforskning.etikkom.no/xnet/public>

Org no. 874 789 542

Regional komité for medisinsk
og helsefaglig forskningsetikk,
Vest-Norge

Telefon 55 97 84 97 / 98 / 99

Besøksadresse:
2. etasje, sentralblokken,
Haukeland universitetssykehus

Vennlig hilsen

Jon Lekven
leder

Camilla Gjerstad
rådgiver

(Brevet er godkjent for elektronisk utsending uten signatur)

Kopi:
Forskningsansvarlig: postmottak@uib.no

Ny ordning fra 01.07.09:

En gjør oppmerksom på at denne søknaden er vurdert i henhold til helseforskningsloven, som ble satt i kraft 01.07.09. Dette innebærer at REK fra og med denne dato har kompetanse til å godkjenne opprettelse og endring av forskningsbiobank, å innvilge dispensasjon fra taushetsplikt og å gi tillatelse til bruk av personopplysninger til forskning. Saker som er søkt Helsedirektoratet, NSD eller Datatilsynet vedrørende ovennevnte, vil utelukkende bli behandlet av REK. Dette for å unngå parallellbehandling av saker nå i overgangsfasen.

REK Vest forutsetter at dette vedtaket blir forelagt den forskningsansvarlige til orientering. Se helseforskningsloven § 6, jfr. § 4 bokstav e.

De regionale komiteene for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk foretar sin forskningsetiske vurdering med hjemmel i helseforskningsloven § 10, jfr. forskningsetikkloven § 4. Saksbehandlingen følger forvaltningsloven. Komiteenes vedtak etter forskningsetikklovens § 4 kan påklages (jfr. forvaltningsloven § 28) til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag. Klagen skal sendes REK Vest (jfr. forvaltningsloven § 32). Klagefristen er tre uker fra den dagen du mottar dette brevet (jfr. forvaltningsloven § 29).

Forespørsel om å deltakelse i forskningsprosjekt (deltakere)

«Barn med kronisk tensjonshodepine. Bruk av mestringsstrategier».

Bakgrunn og hensikt

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt som har til hensikt å undersøke hvordan barn og ungdom opplever og mestrer det å ha hodepine. Vi har valgt å spørre deg om dette siden du er en av dem som ofte har vondt i hodet. Forskningsprosjektet utføres av Ansvarlig for studien er førsteamanuensis og veileder Liv H. Magnussen, Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen.

Hva innebærer studien?

Studien innebærer at du skal delta i et intervju eller samtale som vil vare i ca. ½ – 1 time. Du vil for eksempel bli spurt om hvordan du opplever det å ha vondt i hodet, og om hva du synes hjelper å gjøre når du har vondt i hodet.

Mulige fordeler og ulemper

Det er ingen direkte fordeler for deg å delta i samtalen, men det kan likevel være nyttig å prate om hodepinen og tenke gjennom hvordan du vanligvis håndterer hodepinen. Samtalen vil ikke medføre noe ubehag for deg.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Det du forteller vil bli tatt opp på lydbånd. Lydbåndopptakene vil bli skrevet om til tekst. Ingen andre enn den som intervjuer (masterstudent.....) skal høre eller lese intervjuet. Alle opplysninger om deg vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer, eller andre direkte gjenkjennelige opplysninger. En kode knytter deg og dine opplysninger gjennom en navneliste. Det er kun autorisert personell knyttet til prosjektet som har adgang til navnelisten og som kan finne tilbake til deg. I løpet av november i år vil all informasjon om deg bli slettet. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i masteroppgaven når den er ferdig.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Dersom du senere ombestemmer deg, kan du trekke deg fra prosjektet uten å oppgi grunn og uten at det får konsekvenser for deg på noen som helst måte. Siden du er under 18 år, må vi også innhente samtykke fra en av dine foreldre/foresatte. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte undertegnede..... på

telefon eller e-post Du kan også kontakte prosjektleder og veileder Liv Heide Magnussen på telefon 55583269/41108784 eller e-post liv.magnussen@uni.no

Studien er godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Vest-Norge (REK Vest) den 27.04.10 med saksnummer 2010/749.

Vennlig hilsen

.....
Manuellterapeut/masterstudent
Universitetet i Bergen

Telefon:

Liv H. Magnussen
førsteamanuensis/veileder
Universitetet i Bergen

Telefon: 55583269/41108784

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt skriftlig informasjon og samtykker i å delta i forskningsstudien.

Dato:

(Signering prosjektdeltaker)

Forespørsel om å delta i intervju i forbindelse med en masteroppgave

« Barn med kronisk tensjonshodepine. Bruk av mestringsstrategier ».

Bakgrunn og hensikt

Dette er et en forespørsel om deres barn er villig til å delta i et forskningsprosjekt for å undersøke hvilke mestringsstrategier som benyttes ved hodepine hos barn/ungdom. Hodepine er en av de vanligste årsakene til at barn oppsøker helsevesenet og smertene har ofte konsekvenser for barnet/ungdommen både på skolen og i fritiden. Hensikten med denne studien er å undersøke hvilke strategier barn/ungdom bruker for å mestre plagene i hverdagen. Studien inngår i en masteroppgave i manuellterapi og intervjuene gjøres av masterstudent og Ansvarlig for studien er førsteamanuensis og veileder Liv H. Magnussen, Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen.

Hva innebærer studien?

Studien innebærer intervju/samtale med ca 5-10 barn om hvordan de mestrer hverdagen når de har hodepine. Samtalen vil vare ca. ½ – 1 time. Barna vil for eksempel bli spurt om hvordan de opplever å ha vondt i hodet, og bli bedt om å fortelle litt om hvordan de håndterer hodepinen i ulike situasjoner. Hva gjør de for eksempel for å lette på plagene?

Mulige fordeler og ulemper

Det kan være nyttig for barnet/ungdommen å være med på samtalen. De kan bli mer bevisst på mulige teknikker de bruker for å redusere plagene. Kanskje vil de i løpet av samtalen erfare at de allerede benytter seg av gode strategier for å lette på plagene, og at de i ettertid vil benytte disse strategiene mer bevisst? Det skal ikke medføre noe ubehag å delta i intervjuet.

Hva skjer med informasjonen om deltakerne?

Intervjuene vil bli tatt opp på lydbånd. Intervjuene vil ikke kunne høres av andre enn den som intervjuer (masterstudent). Lydbåndopptakene vil deretter bli skrevet om til tekst der barnets/ungdommens navn erstattes med et kodenummer. Alle opplysninger om deltakerne vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer, eller andre direkte personidentifiserbare opplysninger. En kode knytter deltakerne og deres opplysninger gjennom en navneliste. Det betyr at opplysningene er aidentifiserte. Det er kun autorisert personell knyttet til prosjektet som har adgang til navnelisten (det vil si masterstudent) og som kan finne tilbake til deltakerne. I november 2010 vil all informasjon om deltakerne bli slettet. Det vil ikke være mulig å identifisere deltakerne når resultatene fremstilles i masteroppgaven.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Deltakerne kan når som helst og uten å oppgi grunn trekke sitt samtykke til å delta i studien. Dersom du/dere samtykker i at ditt barn deltar i studien, undertegner du/dere samtykkeerklæringen på siste side. Om du/dere nå sier ja til at ditt/deres barn kan delta, kan du/dere senere trekke tilbake samtykket. Dersom du/dere senere ønsker at ditt/deres barn skal trekke seg eller har spørsmål til studien, kan du/dere kontakte prosjektleder telefon, eller e-post Du kan også kontakte forsker og veileder Liv Heide Magnussen på telefon 55583269/41108784, eller e-post liv.magnussen@uni.no.

Studien er godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Vest-Norge (REK Vest) den 27.04.10 med saksnummer 2010/749.

Vennlig hilsen

.....
mastergradsstudent
Universitetet i Bergen
Telefon: 97141107

Liv H. Magnussen
førsteamanuensis/veileder
Institutt for samfunnsmedisinske
Universitetet i Bergen
Telefon: 55583269/41108784

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt skriftlig informasjon og samtykker i at mitt barn kan delta i studien.

Dato:

(Signering foresatt)

Vedlegg 3

Intervjuguide

Kan du fortelle kort om hva slags skole du går på og om dine fritidsaktiviteter?

Kan du huske når du første gang hadde hodepine?

Var det noe spesielt som utløste den, for eksempel en skade eller andre forhold?

Er det noe spesielt du kan gjøre som hjelper på hodepinen?

Har du noen spesielle teknikker du bruker?

Er det i noen spesielle situasjoner du får hodepine?

Hva pleier du å foreta deg da?

Hva gjør du hvis/når du har hodepine:

- om morgenen
- på skolen
- på ettermiddagen
- kvelden og natten

Hvilke teknikker synes du fungerer best å bruke?

Er det noe som gjør hodepinen verre?

Opplever du noen ganger noe som gjør hodepinen bedre?

Kan familie og venner bidra til å påvirke din situasjon/hodepine ?

Hender det noen ganger at du har så vondt at du føler deg hjelpeløs?

I løpet av intervjuet skal jeg prøve å komme innom følgende tema:

- mat/søvn
- hvile/avspenning
- trening/idrett/aktiviteter
- tilbaketrekking
- om de tenker på noe spesielt/bruker tankene/tenker positivt/negativt
- medisiner
- støtte fra andre, familie/venner
- terapi
- kulde/varme
- gi opp/hjelpeløs

