

EXAMENSARBETE

Sjuksköterskans sätt att bedöma postoperativ smärta

En litteraturöversikt

Nurses assessment of postoperative pain

A literature review

Examensarbete inom ämnet omvårdnad
C-Nivå 15 Högskolepoäng
Vårtermin 2008

Joselyne Castillo
Maria Almqvist

Handledare: Ulrika Parker
Examinator: Lars Westin

Sammanfattning

Titel:	Sjuksköterskans sätt att bedöma postoperativ smärta
Institution:	Institutionen för Vård och natur, Högskolan i Skövde
Kurs:	Examensarbete i omvårdnad, 15 högskolepoäng
Författare:	Almqvist, Maria; Castillo, Joselyne
Handledare:	Parker, Ulrika
Sidor:	20
Månad och år	April, 2008
Nyckelord:	Smärta, postoperativ, bedömning, behandling, kunskap och sjuksköterska

Postoperativ smärta fortsätter att vara ett stort och svåridentifierat problem. Omfattningen av okontrollerad smärta hos patienterna har inte förändrats märkbart de senaste decennierna. Sjuksköterskor tenderar att underskatta patientens smärta. Syftet med denna studie är att undersöka olika faktorer som påverkar sjuksköterskans sätt att bedöma postoperativ smärta. För att uppnå vårt syfte valdes litteraturstudie som metod. Sökning av litteraturen gjordes utifrån syfte och problemformulering i databaserna Academic Search Elite, CINAHL och SweMed +. Sex artiklar valdes ut och analyserades i fem steg. I resultatet framkommer sju faktorer som påverkar sjuksköterskans sätt att bedöma postoperativ smärta: kommunikation, erfarenheter och attityder, sjuksköterskans kunskap, information och förberedelser, att tolka smärta, hinder i smärtbedömningen och uppföljning av smärtbedömningen. Trots att omfattande forskning finns inom detta område, bör forskning bedrivas även i framtiden. En utökad smärtutbildning för sjuksköterskor kan vara gynnsamt.

Abstract

Title: Nurses methods of assessing postoperative pain

Institution: School of Life Sciences, University of Skövde

Kurs: Thesis in nursing care 15 ECTS

Author: Almqvist, Maria; Castillo, Joselyne

Supervisor: Parker, Ulrika

Pages: 20

Month and year: April, 2008

Keywords: Pain, postoperative, assessment, management, knowledge and nurse

Postoperative pain is still a major problem that is difficult to identify. The extent of uncontrolled pain in patients has not improved noticeably over the last decades. Nurses tend to underestimate the patients pain. The aim of this study was to examine factors influencing nurses' assessment of postoperative pain. To obtain the aim a literature review was chosen. Search of literature was carried out in the databases: Academic Search Elite, CINAHL, SweMed +. Six articles were analysed according to a five-step- method. The result of the selected articles showed seven factors influencing how nurses assess postoperative pain: communication, experiences and attitudes, nurses knowledge, information and preparation, to interpreting pain, obstacles in pain assessment and following-up the pain assessment. Despite extensive research in this subject, there is a need for the research to continue. It would be favourable to increase the pain education for nurses.

Innehållsförteckning

<i>Inledning</i>	<i>1</i>
<i>Bakgrund</i>	<i>1</i>
Smärta	1
Smärtanalys	2
Smärtskattning	4
Faktorer som påverkar smärtupplevelsen	5
Konsekvenser av inadekvat behandlad akut smärta	5
Sjuksköterskans omvårdnad om patienten och preoperativa förberedelser	6
Omvårdnadsteoretiskt perspektiv	6
Tidigare forskning	7
Problemformulering	8
<i>Syfte</i>	<i>8</i>
Frågeställning	8
<i>Metod</i>	<i>8</i>
Datainsamling	9
Urval	9
Analys	10
Etiska aspekter	11
<i>Resultat</i>	<i>12</i>
Kommunikation	12
Erfarenheter och attityder	13
Sjuksköterskans kunskap	14
Information och förberedelser	14
Att tolka smärta	15
Hinder i smärtbedömningen	15
Uppföljning av smärtbedömningen	16
Sammanfattning av resultatet	16
<i>Diskussion</i>	<i>17</i>
Metoddiskussion	17
Resultatdiskussion	17
<i>Konklusion</i>	<i>20</i>
<i>Referenser</i>	<i>21</i>

INLEDNING

Smärtupplevelsen har under lång tid betraktats som en högst personlig och subjektiv upplevelse. Adekvat bedömning av postoperativ smärta (smärta efter ett kirurgiskt ingrepp) är nödvändig för en effektiv behandling. Utan bedömningen är det omöjligt att identifiera smärtans natur eller individuella smärtuttryck. Det finns brister i sjuksköterskans bedömning av postoperativ smärta, och det är ett faktum att många patienter idag av olika anledningar är underbehandlade vad gäller smärtlindring postoperativt (Mackintosh, 2007). Målet med denna uppsats har varit att erhålla ökad kunskap om sjuksköterskans olika sätt att bedöma postoperativ smärta samt olika faktorer som påverkar bedömningen.

BAKGRUND

Smärta

Smärta definieras enligt International Association for the study of pain (IASP): “An unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage or described in terms of such damage” (www.iasp-pain.org).

Smärta klassificeras ofta efter varaktighet, så att smärta indelas i akut (kortvarig) och kronisk (långvarig). Akut smärta kännetecknas av ett väldefinierat tidsmönster för smärtans insättande. Smärtan åtföljs av tecken på hyperaktivitet i det autonoma nervsystemet, som till exempel svettning, vasokonstriktion, ökad muskelspänning och blekhet. Akut smärta svarar vanligen bra på analgetikabehandling samt på behandling av smärtans bakomliggande orsak. Kronisk smärta definieras vanligen som smärta som består under sex veckor eller längre, eller som smärta förknippad med en kronisk patologisk process. Denna smärtyp är ofta svårare att behandla. Kronisk smärta kan bestå i ihållande smärta som har en identifierbar orsak, till exempel artrit, men kan också vara mer svårförklarad. Insättandet av kronisk smärta är ofta tidsmässigt vagt. Kronisk smärta skiljer sig från akut smärta i det att ständig smärta ger upphov till förändringar i CNS. Det förekommer också en adaptation i det autonoma nervsystemet, det vill säga att kroppen inte kan upprätthålla den fysiologiska smärtreaktionen under någon längre tid. Vid ihållande smärta kommer därför de uttalade fysiologiska tecknen som är förenade med akut smärta, som till exempel hypertoni, takykardi, kallsvettning eller ökad muskeltonus sannolikt att återgå till det normala. Vidare leder kronisk smärta ofta till förändringar av personlighet, livsstil och funktionell förmåga (Hawthorn & Redmond, 1999).

Neurogen smärta uppkommer vid skador eller dysfunktion i en eller flera nervfibrer. Karaktäristiskt för en neurogen smärta är att den kan lokaliseras till nervens anatomiska förlopp. Smärtupplevelsen uppkommer när de smärtimpulserna som leder till nervsystemet har hindrats i en nerv, men de löper centralt i närliggande fibrer. Vid amputation kapas nervfibrer och det bildas så kallade sprouts. Tillsammans med receptorernas påverkan av noradrenalin ökar impulsintensiteten och smärta uppkommer.

En annan mekanism bakom neurogen smärta är en obalans mellan hämmande och stimulerande impulser i fibrerna (Redke, 1999).

Smärtreceptorerna, även kallade nociceptorer, sitter på fina ändförgreningar på speciella nerver. Smärtreceptorerna finns mest i hud, slemhinnor och bindväv. Vid vävnadsskada frigörs substanser som bradykinin, prostaglandiner, leukotrier, serotonin, histamin. Dessa substanser har i uppgift att framkalla inflammatorisk reaktion och öka smärtekänslighet hos smärtreceptorerna. Den akuta smärtan är initialt ofta vällokaliserad, intensiv, stickande och övergår sedan till en mer diffus, ömmande och molande värk vars utbredning är större än den initiala (Grefberg & Johansson, 2003).

Den visceral smärtan är diffus och svår att lokalisera. Känsligheten i våra inre organ är väldigt liten. Man kan skära och bränna i våra organ utan att det framkallar smärta. Däremot framkallas smärta av spasm i glatt muskulatur, sträckning, syrebrist, inflammation eller kemisk irritation av slemhinnor (Redke, 1999). En cancertumör som växer i levern ger ingen smärta förrän tumören trycker på eller växer i leverkapseln. Smärtreceptorerna i hinnorna som omger organen skickar signaler via smärtfibrer som kopplas samman med närliggande somatiska smärtfibrer i ryggmärgens bakhorn. Detta gör att medvetandet tolkar t.ex. att smärta strålar från armen, när det i själva verket utlöses från hjärtat, så kallad överförd smärta (Grefberg & Johansson, 2003).

Begreppet idiopatisk smärta betecknar smärta som framstår som överdriven mot bakgrund av den bakomliggande organiska orsaken. Termen används ibland för smärta som saknar en klar identifierbar orsak. Det ger inte någon definition av smärtans patologi. En del patienter som lider av idiopatisk smärta har också affektiva och beteendemässiga störningar som kan tyda på ett psykiskt tillstånd (Hawthorn & Redmond, 1999).

Smärtanalys

Vid arbetet med patienter som har ont måste sjuksköterskan ha kunskaper på många olika områden och smärtanalysen kräver integrerade kunskaper inom anatomi, fysiologi och psykologi. Det är viktigt att kunna sätta sig in i den sjukes situation, men också att förstå hur den sjuke känner sig och upplever sin tillvaro. Sjuksköterskans förmåga till empati sätts på prov i arbetet med smärtpåverkade patienter. Smärtanalysen utgör grunden för en riktad smärtbehandling och för systematisk uppföljning av behandlingens effekt. Bedömning av smärtintensiteten är viktig i analysen. Skattningar utifrån patientens smärtbeteende är i allmänhet inte tillförlitliga, men i vissa fall är observation av smärtbeteendet eller smärtrelaterade ändringar i autonoma funktioner, som exempelvis puls eller blodtryck det enda sättet att skatta. Det gäller exempelvis spädbarn och dementa personer (Werner & Strang, 2003).

Effektiv kommunikation är grundläggande för en noggrann smärtbedömning. Vårdpersonal bör prioritera att tala med och lyssna till patienterna och bekräfta dem som individer. Det är viktigt att beakta alla hinder i kommunikationen som individen kan ha, som till exempel hörselnedsättning eller andra språkliga hinder. Det är välkänt att många faktorer påverkar patientens totala smärtupplevelse. Dessa komplexa kombinationer betyder att det är omöjligt att i förväg bedöma eller sätta riktlinjer för den troliga nivån av

smärta som individen kommer att uppleva efter en viss operation. Smärtupplevelsen för varje enskild individ kan endast bedömas och behandlas effektivt på en individuell nivå. Effektiv smärtbedömning bör identifiera om patienten har andra tillstånd eller sjukdomar som också kan orsaka smärta. Om patienten har flera källor till smärta bör varje källa bedömas enskilt och vid behov behandlas separat. Vid skattning av postoperativ smärta på sjukhus är det sällsynt att flerdimensionella används, då de anses vara komplexa och tidskrävande. Det vanligast förekommande verktyget är endimensionella, som fokuserar på specifikt en eller två aspekter av smärta, oftast smärtintensiteten. Endimensionella smärtskattningsverktyg bör användas med försiktighet, då de endast fokuserar på en eller två aspekter av den totala smärtupplevelsen och utelämnar till exempel de psykologiska faktorerna som kan ha betydelse. Metoden kan också skapa misstolkningar, då vissa patienter kan ha svårt att beskriva sin smärta som en punkt på en linje. Trots att endimensionella smärtskattningsverktyg har begränsningar, är ändå någon form av skattningsverktyg bättre än ingen alls. Vidare är det viktigt att observera skillnader i smärtbedömning i vila och i rörelse, även begränsade rörelser som djupandning eller hosta (Mackintosh, 2007).

Det finns inte belägg för samstämmighet mellan individer som skattar sin smärtnivå. Till exempel, en smärtskattning på sju kan ha olika innebörd för två olika patienter, det kan också tolkas annorlunda av sjuksköterskan (Sloman, Rosen, Rom & Shir, 2004). Ett dilemma är att det är vanligt att patienter inte rapporterar sin smärta eller väntar tills smärtan är outhärdlig därför att de tror att personalen är alltför upptagen och har andra, viktigare och mer sjuka patienter att ta hand om. Det kan också vara så att de helt enkelt inte vill vara till besvär (Hawthorn & Redmond, 1999).

McCaffery och Pasero (1999) har identifierat åtta viktiga faktorer att ta hänsyn till när man bedömer smärta. Dessa faktorer är: smärtans lokalisation, intensitet och kvalitet (stickande, huggande), smärtans insättande, varaktighet och variationer, ord som patienten använder för att beskriva sin smärta, vilka metoder patienten föredrar att använda som smärtlindringsmetod, faktorer som kan minska eller förhöja smärtupplevelsen hos patienten och vilken effekt smärtan har på patienten. Alla dessa faktorer bör beaktas när man bedömer individens smärtupplevelse och det är bra att dokumentera dessa för att försäkra sig om en god kommunikation mellan patienten och vårdteamet.

Patienter upplever ofta att vårdpersonalen kommunicerar på ett bristfälligt sätt. En undermålig kommunikation mellan patienten och sjuksköterskan, eller att patienten upplever att konsultationen kunde ha fungerat bättre, är orsaken till att patienter ibland väljer att inte vara uppmärksam eller att inte följa behandlingen som de borde. Det finns en ökad förståelse för att det finns en korrekt metod att kommunicera med patienter, vilket kan resultera i förbättringar vad beträffar: belåtenhet med konsultationen, förståelse för det egna tillståndet samt förståelse för anledningen till behandlingen. Det första intrycket är viktigt. Patienten lägger märke till både vårdpersonalens uppträdande och miljön. Det är viktigt att vårdpersonalen är positiv när de möter sina patienter. Vårdpersonal bör lägga tonvikten vid att lyssna i mötet med patienten. Tyvärr är det så att personal inom hälso- och sjukvård knappt står ut att lyssna till patienten i tjugo sekunder innan de avbryter patienten. Därför är det inte överraskande att många patienter upplever att deras problem inte har uppmärksamats. När vårdpersonal lyssnar till en patient bör uppmärksamheten

fokuseras på icke verbal kommunikation från patienten, och i synnerhet lägga märke till sinnesrörelser (Miles, 2008).

Smärtskattning

Vid användande av visuell analog skala, VAS beskriver patienten sin egen smärta på en skala från 0-10, där 0 är ingen smärta alls och 10 är värsta tänkbara smärta. För att förenkla mätningen kan en VAS- skala i form av en linjal med en rörlig markör användas. VAS är ett enkelt och mycket användbart instrument för smärtskattning. Trots att det är en relativt enkel metod att skatta smärta är det viktigt att patienten förstår syftet med och tillvägagångssättet för mätningarna. För att uppnå optimalt resultat bör patienten informeras om VAS-skalan preoperativt (Rawal, 1999).

The McGill Pain Questionarie, (MPQ) är ett flerdimensionellt mätinstrument som kartlägger både smärtans intensitet och karaktär. Det används framförallt vid bedömning och behandling av långvariga smärttillstånd. Frågeformuläret består av mer än 100 ord, indelade i 20 undergrupper med vars hjälp patienten kan beskriva sin smärtupplevelse. Vid användande av en verbal beskrivande skala får patienten själv gradera sin smärtintensitet med hjälp av ord. Termer som används är t.ex. ingen, mild, medelsvår, svår eller outhärdlig smärta. Ansiktsskalan är ett redskap som ofta används till de minsta, det vill säga till små barn. Patienten får se ett antal ansikten med skiftande mimik och får välja det som bäst beskriver sin egen situation eller upplevelse (Rawal, 1999).

Människor som plågas av smärta uppvisar vanligen många olika beteenden i form av verbala uttryck, kroppsrörelser och ansiktsuttryck. Smärtans intensitet eller kvalitet uttrycks dock inte alltid som direkta beteenden. Verbalisering är det viktigaste sättet för en person att förmedla att han eller hon har ont, om man godtar principen att ”smärta är vad patienten säger att den är”. Vissa patienter kan vara oförmögna att uttrycka smärtan med ord, till exempel människor med nedsatt kognitiv funktion. De måste försöka förmedla sin smärta med hjälp av bland annat ljud, som till exempel gråt, flämtande, kvidande eller skrik. Patienter använder en mängd kroppsrörelser, såväl för att uttrycka som för att kontrollera smärta. Vissa kroppsrörelser är oerhört effektiva sätt att både reducera smärtans intensitet och förhindra att den återkommer. Haltande, immobilisering, skyddande rörelser och stödjande av den smärtsamma kroppsdelens är exempel på kroppsrörelser relaterade till smärta hos patienten (Hawthorn & Redmond, 1999).

Smärtsinnet har en särställning i förhållande till de andra sinnen eftersom smärta upplevs som obehagligt och skrämmande. Smärtsinnet skiljer sig också genom att smärta – i likhet med rädsla och vrede – aktiverar det sympatiska nervsystemet. Aktivering av det sympatiska nervsystemet leder till många fysiologiska reaktioner i kroppen, som till exempel att hjärtfrekvensen ökar och blodtrycket stiger. Blodkärlen kontraheras och blodtillförseln till huden minskar, vilket kan ses på patienten som då blir blek. Vidare sker det en ökad frisättning av glucos till blodet, ökad sekretion av binjuremargshormonerna adrenalin och noradrenalin, ökad svettsekretionen samt minskad peristaltik i mag-tarmkanalen. (Sand, Sjaastad & Haug, 2004).

Faktorer som påverkar smärtupplevelsen

En mängd olika faktorer förmodas inverka på den enskilda individens upplevelse av och tolerans för smärta. Dessa faktorer kan vara smärtans mening, personens kulturella ursprung, religion, upplevelse av kontroll över smärtan, kön samt emotionella faktorer som ångest och stämningsläge. Patienter med ökat känslomässigt lidande, oavsett vad det beror på, rapporterar mer smärta (Hawthorn & Redmond, 1999).

Rädslan för postoperativ smärta anges av patienterna som ett av de större orosmomenten inför kirurgi. Patientens psykiska tillstånd och de psykologiska effekterna av akut smärta måste därför också bedömas. Det finns individuella variationer beträffande smärtröskel, smärtbeteende och tolerans för smärta och det är vanligt med stora individuella variationer i smärtupplevelsen och behovet av analgetika efter samma kirurgiska ingrepp. Även om akut smärta ofta betraktas som en enkel och entydig kroppsförnimmelse, är den en komplex reaktion, som i huvudsak påverkas av ångest, oro depression och tidigare smärtupplevelser. Det krävs alltså mer än effektiva analgetika för att behandla akut smärta (Rawal, 1999).

En individ med smärta har en kropp, tankar, känslor och beteenden. De är alla involverade i värken och smärtan i olika omfattning hos olika individer och vid olika tillfällen. Smärta är förknippad med starka känslor såsom rädsla, ångest, sorg, ilska, hjälplöshet och hopplöshet. De egna emotionella resurserna är avgörande för smärtuttrycket och smärtlidandet. Coping eller bemästring är beteendemässiga ansträngningar att kontrollera eller tolerera en svår situation. Självsikt och självkänsla, det vill säga vår inre bild av oss själva, är viktiga "jag" funktioner. De är centrala för hur vi kommer att handskas med påfrestningar vare sig det gäller smärta eller andra svåra upplevelser och en viktig förutsättning för tilliten till den egna kapaciteten att klara svåra påfrestningar. Man talar om inre och yttre kontroll. En människa som litar till inre kontroll känner sig delaktig och tar eget ansvar, medan en människa som litar till yttre kontroll lägger över ansvaret på andra eller slumpen. Negativa tankar om värken och smärtan och den aktuella situationen, så kallade katastroftankar, påverkar både den fysiska och psykiska hälsan i negativ riktning. Känslan av att vara kapabel att klara av den aktuella livssituationen, liksom förväntningarna på hur det kommer att gå, har också betydelse för hur det verkligen kommer att gå (Werner & Strang, 2003).

Konsekvenser av inadekvat behandlad akut smärta

Inadekvat smärtbedömning och behandling har djupgående effekter på patienten. Detta orsakar ökad nivå av oro och sömnstörningar samt svårigheter i mobilisering men även rastlöshet, irritabilitet, aggression och kanske det viktigaste, onödigt lidande och obehag (Mackintosh, 2007).

Akut smärta påverkar många av kroppens organsystem. Det ger förändringar i det endokrina systemet, andningen, njurfunktionen, mag-/tarmkanalen, cirkulationen och det autonoma nervsystemet. Detta kan ge effekter hos patienten som minskade andningsrörelser, vilket kan leda till pneumoni samt ökade halter av stresshormonerna adrenalin, noradrenalin och cortisol. Hjärtarbetet ökar och patienten kan få hjärtarytmier. En fördröjd postoperativ mobilisering med ökad risk för tromboemboliska komplikationer

(djup ventrombos) kan inträffa, likaså föreligger en ökad risk för illamående och kräkningar och minskad tarmmotilitet. Det finns en koppling mellan oro och postoperativ smärta. Ökad oro och ångest leder till ökad smärta och behovet av smärtstillande läkemedel ökar (Rawal, 1999).

Akut smärta kan övergå i långvarig smärta. Långvarig smärta efter kirurgiska ingrepp förekommer hos 10-25 % av patienterna. Postoperativ smärta är en riskfaktor för utveckling av långvariga smärttillstånd och kraftig smärta omedelbart efter ett operativt ingrepp ökar sannolikheten för att smärttillståndet blir permanent (Werner & Strang, 2003).

Sjuksköterskans omvårdnad om patienten och preoperativa förberedelser

För en patient är ett kirurgiskt ingrepp en stressfylld upplevelse både fysiskt och psykiskt, eftersom kroppens integritet hotas. Ibland kan det till och med vara livshotande. Detta gör att många upplever ångest, otrygghet och maktlöshet. Om patienten får en god preoperativ omvårdnad med adekvat information kan dessa negativa upplevelser minskas och patienten får då bästa möjliga utgångsläge för operationen. Sjuksköterskan kan ge råd och hjälp att hantera stressorerna, söka smärtlindring och återfå bästa möjliga funktion. Oavsett operationstyp är det viktigt att sjuksköterskan gör en ordentlig bedömning av patienten preoperativt för att kunna ge bästa möjliga omvårdnad, såväl före som efter operationen. Den preoperativa bedömningen ligger till grund för den fortsatta omvårdnaden under och efter ingreppet (Holm & Hansen, 2000). Smärtupplevelsen är korrelerad till den preoperativa förväntan, vilket talar för att förbättrad information kan minska smärtupplevelsen. Med bättre och mer individanpassad information kan man uppnå bättre smärtbehandlingsresultat (Larsson, Nilsson, Jansson & Dahlen, 2003).

Sjuksköterskans arbete skall oavsett verksamhetsområde och vårdform präglas av ett etiskt förhållningssätt och bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet, samt utföras i enlighet med gällande författningar (lagar, förordningar, föreskrifter) och andra riktlinjer. Sjuksköterskans arbete skall utgå från en värdegrund som vilar på en humanistisk människosyn. Sjuksköterskan skall också visa omsorg och respekt för patientens autonomi, integritet och värdighet samt uppmärksamma och möta patientens sjukdomsupplevelse och lidande och så långt det är möjligt lindra detta genom adekvata åtgärder. Den etiska koden för sjuksköterskor är en vägledning i att handla i överensstämmelse med sociala värderingar och behov. Enligt denna kod har sjuksköterskan fyra grundläggande ansvarsområden: Att främja hälsa, att förebygga sjukdom, att återställa hälsa och att lindra lidande. God omvårdnad ska ges till alla oavsett hänsyn till ålder, hudfärg, trosuppfattning, kultur, handikapp eller sjukdom, kön, nationalitet, politisk åsikt, ras eller social status (Socialstyrelsen, 2005).

Omvårdnadsteoretiskt perspektiv

Omvårdnadens mål är att hjälpa individen att bemästra, bära och finna en mening i sjukdom och lidande och att hjälpa vederbörande att acceptera sin sårbarhet som människa och bevara hoppet. Sjuksköterskan använder sig själv terapeutiskt i interaktionen med

patienten. Kommunikation och målinriktad, intellektuell kontakt med patienten är centrala begrepp. Förhållandet mellan sjuksköterska och patient är en mellanmänsklig relation mellan likvärdiga parter – inte mellan roller. Relationen utvecklas genom olika stadier: det inledande mötet, framväxt av identitet, empati, sympati och slutligen ömsesidig förståelse och kontakt. Empati är en fas i processen mot att uppnå en tät relation, och viktig för etableringen av ömsesidig förståelse mellan sjuksköterskan och patienten. Kirurgi är mer än endast en procedur, det är en erfarenhet som upplevs av en människa. Sjuksköterskan bör ta sig tid att sätta sig in i patientens situation. Det är inte enkelt för någon att genomgå ett kirurgiskt ingrepp, som inkluderar obehagliga, smärtsamma och ibland pinsamma upplevelser för patienten. Många är de patienter som upplever rädsla och oro i timmar inför en operation (Travelbee, 2006).

Tidigare forskning

Postoperativ smärta fortsätter att vara ett stort och svåridentifierat problem. Omfattningen av okontrollerad smärta hos patienterna har inte förändrats märkbart de senaste decennierna (Werner & Strang, 2003; Botti, Bucknall & Manias, 2004). Såväl läkare som sjuksköterskor underskattar patientens smärta, och rapportera en lägre smärtnivå jämfört med patientens egen skattning. Denna underskattning av patienternas smärta pekar på att sjuksköterskor gör bedömningar som baseras på patientens sätt att uttrycka smärta och sköterskans egna erfarenheter. Sjuksköterskor tenderar att behandla utifrån sina egna uppfattningar om patientens smärta och vilken smärtnivå patienten bör uppleva i särskilda sammanhang. Sjuksköterskor ställer få frågor till patienten om dennes smärta. De patienter som rapporterar svår smärta, är ändå nöjda med den postoperativa omvårdnaden. Många patienter tror att smärta är oundvikligt eller till och med nödvändigt efter ett operativt ingrepp. Både läkare och sjuksköterskor tenderar att överskatta risken för att patienten utvecklar ett beroende av opioida analgetika, och har en överdriven rädsla för läkemedlens bieffekter (Botti, et. al., 2004).

Läkare förlitar sig på sjuksköterskornas rapporteringar av patientens smärta och om sjuksköterskor underskattar patientens smärta resulterar detta med stor sannolikhet i att patienten blir undermedicinerad. Patienten relaterar till sina egna personliga erfarenheter av smärta, medan sjuksköterskor tenderar att jämföra sina patienter med de patienter de vårdat tidigare genom åren. Sjuksköterskornas nivå av utbildning har inte visat sig som betydelsefullt vad beträffar smärtbedömningen (Sloman, et. al., 2004). Den grundläggande principen vid smärtbedömning och behandling är att smärta är en subjektiv upplevelse och sjuksköterskan bör acceptera patientens utläggning om sin smärta (Botti, et. al., 2004).

Sjuksköterskor anser att de fysiska aspekterna i smärtbedömningen, samt användningen av VAS- skalan är viktiga, men saknar empati för patientens oro och ångest. Mindre erfarna sjuksköterskor förlitar sig mycket till smärtskalor, medan de mer erfarna även beaktar patientens beteendemässiga och fysiologiska tecken på smärta samt smärta från operationsstället. Sjuksköterskor tilldelar mer trovärdighet till de patienter som tydligare kan uttrycka sin smärta, ångest och sina behov. Sjuksköterskor bör anta ett mer personligt förhållningssätt vid tolkningen av patientens upplevelse. Patienten är den enda tillförlitliga källan om sin smärta, oro och behandling (Manias, 2002).

Problemformulering

Smärta är ett komplex fenomen som upplevs som obehagligt eller skrämmande av de flesta människor. När sjuksköterskan bedömer patientens smärta krävs integrerade kunskaper inom anatomi, fysiologi och psykologi. Om sjuksköterskan saknar insikt om att smärta är ett multidimensionellt fenomen, kan det leda till att sjuksköterskan endast fokuserar på den fysiska dimensionen av smärta och ser inte helheten. Det är inte troligt att optimal smärtlindring uppnås om det endast fokuseras på de fysiologiska orsakerna till smärta. Vidare är smärtupplevelsen personlig och kan endast bedömas och behandlas effektivt på en individuell nivå. Patienter som har ont uttrycker smärta på olika sätt, men det verbala uttrycket är det viktigaste sättet för en person att förmedla sin smärta. Ett dilemma är att patienterna kan vara obenägna att tala om när de har ont. Det har visat sig att sköterskan tenderar att underskatta patientens smärta och skattningen skiljer sig från patientens egen uppfattning om dennes upplevda smärta. Detta kan leda till att patienten blir underbehandlad. Effektiv kommunikation är grundläggande för noggrann smärtbedömning, och en undermålig kommunikation mellan sjuksköterskan och patienten kan påverka bedömningen på ett negativt sätt. Bedömningen av postoperativ smärta fortsätter att vara ett stort och svåridentifierat problem, trots omfattande forskning. Då sjuksköterskan har en central roll i bedömningen av patientens smärta är det relevant att öka kunskapen om de olika faktorer som påverkar smärtbedömningen genom denna studie.

SYFTE

Att beskriva olika faktorer som påverkar sjuksköterskans sätt att bedöma patientens smärta postoperativt.

Frågeställning

Vilka faktorer kan påverka sjuksköterskans sätt att bedöma patientens postoperativa smärta?

METOD

Metoden som använts i denna studie har varit en litteraturöversikt, baserad och sammanställd av tidigare forskning. Med en litteraturöversikt menas en systematisk ansats att hitta publicerad information som skall ingå i undersökningen. En genomgång av litteraturen kan ses som en viktig del av en forskningsstudie. När problemområdet är avgränsat kan sökord formuleras, som sedan utgör grunden för litteratursökningen (Forsberg & Wengström, 2003).

Datainsamling

De databaser som använts vid sökningarna var: Academic Search Elite, CINAHL och Swemed+. Sökorden som använts vid sökningarna var: assessment, postoperativ, pain, nurse, knowledge och management, se figur 1. Artikel nummer 5 har hämtats från referenslistan i en uppsats på Internet. Vid sökning i tidskriftlistan fanns artikeln och skrevs ut. Artiklar äldre än tio år valdes bort. De studier som använts till resultatet var utförda i länder som bedriver avancerad sjukvård, det vill säga länder i Västvärlden med en standard som liknar den svenska.

Databas: Academic Search Elite Sökord	Antal träffar	Antal använda artiklar
Assessment and postoperative and pain	161	3
Nurse and pain and knowledge	155	1
Databas: CINAHL Sökord	Antal träffar	1
Nursing and pain and assessment and postoperative	45	
Databas: SweMed + Sökord	Antal träffar	
Postoperativ and smärta	63	

Figur 1. Översikt över sökningar av artiklar till resultatet.

Urval

Polit och Beck (2003) beskriver förfaringssättet vid en systematisk litteraturstudie i åtta steg. För att finna relevant material till föreliggande studie används de första tre stegen: först identifiera sökord, sedan identifiera referenser genom sökningar i databaser och slutligen väljs relevanta referenser för att samla in data genom att läsa abstrakt. Kriterierna i urvalet var att artiklarna skulle vara kvalitativa, inriktade mot omvårdnad och relatera till syftet. I första hand koncentrerade vi oss på om titeln i artiklarna relaterade till studiens syfte. Gjorde den det, läste vi artiklarnas abstrakt. På detta sätt valdes 19 artiklar ut och lästes igenom av båda författarna. 13 artiklar valdes bort på grund av att de inte relaterade till syftet. Slutligen valdes 6 artiklar ut och användes i resultatet. Under figur 2 presenteras de artiklar som medverkar i resultatet översiktligt.

	Författare	Artikelnamn	Syfte	Metod	Slutsats
1	Manias, E Botti, M & Bucknall, T Australien År 2002	Observation of pain assessment and management- the complexities of clinical practice.	Att utforska sjuksköterska-patient interaktionen i samband med smärtbedömning och behandling inom postoperativ omvårdnad.	En kvalitativ studie där 12 kliniska observationer av 12 legitimerade sjuksköterskor gjordes.	Fyra teman identifierades: avbrott, smärttolkning, ge akt på patientens signaler och konkurrerande krav mellan läkare, patienter och andra sjuksköterskor.
2	Sjöström, B Dahlgren, L & Haljamäe H Sverige År, 2000	Strategies used in postoperative pain assessment and their clinical accuracy.	Att beskriva varierande metoder som används av sjuksköterskor och läkare i smärtbedömning och att utvärdera riktigheten av metoderna.	Data samlades på två sätt. Genom kvalitativa intervjuer med 30 sjuksköterskor och 30 läkare och genom smärtskattning med hjälp av VAS- skalan.	De flesta sjuksköterskorna bedömer utifrån hur patienten ser ut och typiska tecken hos patienten vid smärta, vilket leder till underskattning av postoperativ smärta.

	Författare	Artikelnamn	Syfte	Metod	Slutsats
3	Dahlman, G. Dykes, A.K & Elander, G Sverige År 1999	Patients evaluation of pain and nurses management of analgetics after surgery. The effect of a study day on the subject of pain for nurses working at the thorax surgery department.	Att beskriva patienters utvärdering av smärta och behandlingen av smärta efter thorax kirurgi. Sedan upprepa utvärderingen med en ny grupp patienter efter en utbildningsdag för sjuksköterskorna om ämnet smärta och smärtbehandling, och utforska om studiedagen påverkade sjuksköterskornas smärthantering.	Kvalitativ studie där 80 patienter dagligen utvärderade sin smärta med VAS. Patienterna intervjuades före utskrivningsdagen. 69 sjuksköterskor både på kirurg avdelningen och intensivavdelning svarade på frågeformulär både före och efter utbildningsdag.	Efter utbildningsdagen fick patienterna högre dos opioider och patienterna upplevde mindre smärta. Men utbildningsdagen ändrade inte sjuksköterskornas värderingar och attityder.
4	Watt- Wattson, J Stevens, B Garfinkel, P Streiner, D & Gallop, R. Canada År, 2001	Relationships between nurses' pain knowledge and pain management outcomes for their postoperative cardiac patients.	Att undersöka sambandet mellan vad sjuksköterskor vet och tror om smärta och resultatet för deras postoperativa hjärtpatienter.	Kvalitativ intervjustudie där 94 sjuksköterskor och deras 225 patienter medverkade.	Både sjuksköterskorna och patienterna behöver klarhet över patientens roll i smärthanteringen.
5	Richards, J & Hubbert, A. USA År, 2007	Experiences of expert nurses in caring for patients with postoperative pain.	Att undersöka hur expert sjuksköterskor värderar, behandlar och vårdar patienter med postoperativ smärta.	Kvalitativ intervju studie där 3 sjuksköterskor medverkade.	Fyra teman identifierades; att beakta hela människan, den självständiga konsten att vårda, att acceptera det patienten säger och engagemang inom kirurgisk omvårdnad.
6	Dihle, A Bjölseth, G, & Helseth, S Norge År, 2005	The gap between saying and doing in Postoperative pain management.	Att förstå hur sjuksköterskor bidrar till Postoperativ smärtbehandling på en Kirurgavdelning samt att identifiera hinder för att uppnå optimal postoperativ smärtlindring.	Kvalitativ observationsstudie samt intervjuer av 9 sjuksköterskor.	Ett huvudtema framkom: en motsägelse mellan det som sjuksköterskorna sade att de gjorde och det som de verkligen gjorde.

Figur 2. Översikt över artiklar som medverkar i resultatet.

Analys

Analysen av data har skett enligt Polit och Beck (2004). Artiklarna lästes igenom för att bli bekant med textinnehållet. Understrykningar och anteckningar gjordes utifrån syftet. Materialet analyserades genom att noggrant läsa igenom referenserna flera gånger för att få en övergripande bild av materialet. Ur resultat- och diskussionsdelarna i artiklarna identifierades och formulerades olika teman, som fick utgöra resultatet.

Etiska aspekter

Den vetenskapliga forskningens mål är att finna fakta som kan användas för att lösa problem, såväl teoretiska som praktiska, som leder till nya kunskaper. Detta kallas för forskningens kunskapskrav. Forskningen får inte utsätta människor för fysiskt eller psykiskt obehag eller skada. Människor har rätt till integritet och skydd mot insyn i sitt privatliv (Olsson & Sörensen, 2004). Det är ur etisk synvinkel viktigt att kunna lita på forskarna och deras resultat. Med fusk och ohederlighet inom forskningen avses avsiktlig förvrängning av forskningsprocessen, genom bedrägliga handlingar, som kan innebära förvrängning av resultat eller tolkningar, bedräglig analys av data eller genom felaktig användning av metodik. Slutligen skall redovisningen av projektet ske enligt vetenskapligt accepterade normer. Det är ett grundläggande etiskt krav att forskaren på ett ärligt och kunnigt sätt utnyttjar sina data och kan redovisa grunderna för sina resultat och slutsatser (Medicinska forskningsrådet, 2003). Resultatet baseras på sex stycken artiklar och redovisas objektivt utan färgning av egna åsikter. Författarna till denna uppsats har försökt att inte förvränga eller feltolka artiklarnas resultat.

RESULTAT

Vi har valt att presentera resultatet av studien under sju teman, vilka representerar olika faktorer som kan påverka sjuksköterskans sätt att bedöma postoperativ smärta. Dessa teman framkom under forskningsprocessen och upplevs som angelägna att lyfta fram, därför att de kan ha stor betydelse för hur sjuksköterskan bedömer postoperativa patienters smärta. De olika faktorer som kan påverka sjuksköterskans bedömning av postoperativ smärta är: kommunikation erfarenheter, värderingar, attityder sjuksköterskans kunskap information och förberedelser att tolka smärta hinder i smärtbedömningen uppföljning av smärtbedömningen. Under figur 3 beskrivs översiktligt vilka artiklar som ingår under varje tema.

Artikel nr	Kommunikation	Erfarenheter och attityder	Sjuksköterskans kunskap	Information och förberedelser	Att tolka smärta	Hinder i smärtbedömningen	Uppföljning av smärtbedömningen
1		X	X		X	X	
2	X	X					
3	X		X		X		
4	X		X		X		
5	X	X			X		
6	X	X	X	X			X

Figur 3. Översikt över vilka artiklar som medverkar under varje tema i resultatet.

Kommunikation

Smärta är ett individuellt fenomen och patienten är den enda som kan avgöra smärtnivån. Smärtbedömningen ses som en del av en helhet, som något som inkluderar såväl bedömning som behandling. Smärtbedömningen anses vara integrerad med, inte avskärmd från behandlingen. Sjuksköterskor som använder sig av en metod där man bedömer utifrån vad patienten säger och som lärt sig att lyssna på patienten, bedömer smärtan närmare patientens egen skattning. Denna subjektiva metod verkar mest logisk ur ett patientperspektiv och är mest framgångsrik vad beträffar att lindra patientens smärta. (Sjöström, Dahlgren & Haljamäe, 2004).

Sjuksköterskor förväntar sig att patienterna frivilligt skall uttrycka sin smärta och be om hjälp och de menar att måttlig smärta är en förväntad följd av kirurgi. Ett stort antal patienter uppger att de inte frivilligt skulle be om smärtstillande läkemedel (Watt-Watson, Stevens, Garfinkel, Streiner & Gallop, 2001; Dahlman, Dykes & Elander, 1999). Den bästa indikatorn på att patienten har ont, är när patienten själv säger så, menar sjuksköterskor i Richards och Hubberts studie (2007).

Sjuksköterskorna i studien av Dihle, Bjölseth och Helseth (2005) säger att de bedömer patientens smärta genom att kommunicera med patienten och fråga dem om deras smärta,

samt genom att observera icke-verbala tecken på smärta, som till exempel svettning, illamående, blekhet och kroppsspråk. Vissa sjuksköterskor ställer direkta frågor om patientens smärta, till exempel "har du ont?" Andra sköterskor ställer mer öppna, indirekta och generella frågor om det allmänna tillståndet, "hur mår du"? Om inte patienten säger något efter en sådan generell fråga om tillståndet, uppfattas det av sjuksköterskan som att allt är bra, inklusive smärtnivån. Det vanligaste svaret från sjuksköterskan är då "ring på klockan om du vill något". Författarna poängterar i studiens diskussion att en direkt fråga som "hur är din smärta" eller "har du någon smärta nu" samt en målinriktad kommunikation verkar göra det lättare för patienten att tala mer öppet om sin smärta. Att lyssna till patienten är en mer effektiv metod för att bedöma smärta än att förlita sig på hur patienten ser ut. Det är osannolikt att sjuksköterskan uppnår någon meningsfull information med ett sådant angreppssätt (a a).

Erfarenheter och attityder

Enligt Sjöström, et. al., (2000) framkommer det att en del sjuksköterskor klassificerade patienterna utifrån vad som är typiskt för patienter som genomgått en viss typ av operation, och de har på förhand bildat sig en uppfattning om smärtan som patienterna kommer att uppleva. Av den anledningen tenderar sköterskorna att skatta patientens smärta långt ifrån patientens egen. Fokus vilar inte på individen. Sköterskorna menar att de genom erfarenheter har lärt sig vad de ska se efter när de bedömer smärta, att de kan se om patienten har ont eller inte. En sjuksköterska i studien säger: "jag har en klar bild av hur dessa patienter brukar se ut, och i hennes fall, ja... hon uppträder som de brukar göra". Sjuksköterskornas tidigare erfarenheter är av mindre betydelse i den postoperativa smärtbedömningen, åtminstone när erfarenheterna används rutinmässigt och utan att reflektera, poängterar författarna i studiens diskussion (a a).

Sjuksköterskor upplever det ibland som svårt att bortse från sina egna värderingar, och helt enkelt acceptera det patienten säger. Det kan krävas ansträngningar för att inte döma patienten. "Vid olika tillfällen har utmaningen varit att jag inte kunnat hålla mina fördomar borta, och då kanske jag inte behandlade patientens smärta lika aggressivt som jag skulle göra med någon som enligt min mening upplevde genuin smärta" (Richards & Hubbert, 2007).

Det faktum att många sjuksköterskor fortsätter med en viss aktivitet trots att patienten uttryckte smärta, kan förklaras med att: sjuksköterskan inte tror att patienten har ont, sjuksköterskan är okänslig inför patientens tecken på smärta eller är inte engagerade i den aktuella situationen, sjuksköterskan är övertygad om att det är omöjligt att vara totalt smärtfri eller också anser sjuksköterskan att patienten måste tolerera en viss nivå av smärta (Dihle, et. al., 2005). Sjuksköterskor tenderar att fokusera smärtbedömningen till patientens operationssår postoperativt. Patienter tvingas ibland vara tvungna att envist övertyga sjuksköterskan om sin smärta eller sitt obehag från ett annat ställe än operationssåret. Först då riktade sjuksköterskan uppmärksamheten mot det ställe där patienten verkligen hade ont. Det kan exempelvis handla om smärta förenad med förstoppning eller smärta från stället där venkatetern sitter. Sjuksköterskor i studien prioriterar patientens förmåga att tolerera smärta under en pågående aktivitet, istället för att försöka att kontrollera patientens smärta på förhand. Flera sköterskor menar att patienterna borde vara relativt smärtfria och kapabla att kunna röra sig fritt, eftersom

smärtlindring hade administrerats nyligen. Oerfarna sjuksköterskor observerades i studien göra flertalet försök att erhålla ett blodprov, utan att fråga patienten hur denne upplevde situationen (Manias, Botti & Bucknall, 2002).

Sjuksköterskans kunskap

Smärta är ett komplex, multidimensionellt fenomen (Manias, et. al., 2002). Men postoperativ smärta anses av en del sjuksköterskor som något normalt och ett enkelt fenomen att identifiera och bedöma. Av den anledningen används inte alltid smärtskattningsskalor. Användandet av ett smärtskattningsverktyg kan uppmuntra till en mer direkt kommunikation med patienterna, öka patienternas benägenhet att berätta om sin smärta och medverka till att minska underskattningar av patienternas smärta (Dihle, et. al., 2005).

Sjuksköterskor med mer kunskap om smärta har inte patienter som upplever mindre smärta. Sjuksköterskornas kunskap om smärta är inte associerad till mindre smärta eller mer adekvat smärtlindrande behandling för deras patienter. Många sjuksköterskor skattar sin egen kunskap och kompetens om smärta och smärtbehandling som excellent, trots måttlig kunskap eller ingen vidareutbildning om smärtan. De flesta patienterna skattade sin smärta som lätt vid vila men måttlig till svår vid rörelse. Sjuksköterskor som inte undersöker eller upptäcker smärta hos sina patienter har ingen vetskap om skillnaderna i smärta vid vila och i rörelse. Bristerna i denna specifika bedömning om smärta i rörelse kan vara orsaken till att sjuksköterskor inte administrerar analgetika. Sjuksköterskor menar att postoperativa patienter som lider av illamående bör få mindre dos morfin. Både sjuksköterskor och patienter behöver klarhet i patientens roll i smärtbedömningen och smärtbehandlingen (Watt-Watson, et. al., 2001). Endast en utbildningsdag har inte något inflytande på sjuksköterskornas kunskap och attityd till smärtbehandling. En investering i en smärtutbildning av högre kvalitet för sjuksköterskor skulle vara gynnsamt, menar författarna till studien (Dahlman, Dykes & elander, 1999).

Information och förberedelser

Sjuksköterskorna i studien av Dihle, et. al., (2005) hävdar att de värdesätter preoperativ information och att de ger information om postoperativ smärta vid patientens inläggning på sjukhuset dagen före operationen. Informationen de ger till sina patienter handlar enligt dem själva i huvudsak om att patienten kommer att få smärtlindring när de behöver, att det är vanligt att uppleva smärta efter en operation, att smärtupplevelsen är individuell och att det är viktigt att patienten rapporterar sin smärta till sjuksköterskan. Vid observationer fann man däremot att ingen av sjuksköterskorna ger preoperativ information, om inte patienten ställde specifika frågor. Sjuksköterskan besöker patienten inför operationen i huvudsak för att få information *från* patienten, till exempel anamnes, kostvanor och vilka läkemedel patienten använder. Den information patienten får handlar till största delen om rutinerna på avdelningen (a a).

Att tolka smärta

Patientens psykosociala situation eller svårigheter att verbalt uttrycka sin smärta, kan vara en förklaring till att sjuksköterskor kan ha svårt att känna igen och tolka den smärtan dessa patienter upplever. När patienten uttrycker smärta på ett sätt som sjuksköterskorna inte känner igen, kommer sköterskorna att underskatta smärtan (Dahlman, et. al., 1999).

Sjuksköterskor besvarar såväl verbala och icke- verbala samt beteenden relaterade uttryck för smärta på olika sätt. Vissa sköterskor bekräftar patientens uttalande om sin smärta, men följer inte upp med följdfrågor och bekräftar inte heller patientens tillstånd. Om patienten jämrar sig eller grimaserar under mobilisering eller andra rörelser, fortsätter ofta sjuksköterskan med aktiviteten tills det är klart. De förklarar fördelarna med kroppsörelser för patienten inför aktiviteten, men sågs inte erbjuda någon smärtlindring till patienterna inför en aktivitet. De förväntar sig att patienterna skall tolerera en viss grad av smärta under en viss aktivitet, som mobilisering och såromläggning (Manias, et. al., 2002).

Sköterskor håller inte alltid med sina patienter och antar ibland att patienterna överskattar sin smärta. Undermedicinering av patienterna är därför uppenbar. Bristande tilltro till patienternas berättelser om sin smärta kan betyda att sköterskorna har egna riktlinjer för vilken smärtnivå som är acceptabel och troligtvis också när och hur smärta skall uttryckas (Watt-Watson, et. al., 2001).

Sjuksköterskor i en studie av Richards och Hubbert, (2007) beskriver sina egna unika metoder att tillämpa i rollen som sjuksköterska. Efter att ha lyssnat till patienten, undersöks om patienten visar andra tecken på smärta, som grimaser, ovilja att röra sig, förhöjd hjärtfrekvens, hyperventilation eller känslomässiga status som gråt, och ångest. Ibland skattar patienten sin smärta som mild, men kan inte röra sig utan att darra. I sådana fall brukar sjuksköterskan ha med detta i sin smärtbedömning och talar med patienten om sina observationer. När sköterskorna i studien har bedömt att patienten har smärta, väljer de att först av allt ändra patientens läge och sedan ge smärtlindring enligt läkarordinationen, men de ger alltid den lägsta dosen först. En sköterska beskriver att opioider som smärtlindring är hennes sista val, och föredrar istället metoder som humor, avslappning och olika sätt att distrahera. En annan berättar att hon försöker behandla smärtan med att använda kyla och värme, ge patienterna en kudde, vända på dem, minska externa stimuli genom att mörklägga rummet, och först efter en eller flera av dessa åtgärder fråga patienterna om de vill ha smärtlindrande läkemedel (a a).

Hinder i smärtbedömningen

Det kan förekomma en anseelig fördröjning mellan tidpunkten då patienten begär smärtlindring och när den ges, på grund av att sjuksköterskan blir avbruten. Avbrotten är ofta relaterade till sjuksköterskans övriga arbetsuppgifter som behöver utföras i tid, exempelvis att administrera läkemedel, leta efter material, svara i telefonen eller bistå studerande eller andra sjuksköterskor med hjälp i omvårdnadsarbetet. Sjuksköterskorna i studien upplever en känsla av konflikt i det dagliga arbetet. De känner sig pressade att anpassa sig till rådande normer på avdelningen och vara uppmärksamma och påpassliga på behov från övrig personal. Samtidigt ville de se till patienternas individuella behov. Det

är vanligt att sjuksköterskorna avbryter det patientnära omvårdnadsarbetet för att delta vid ronder eller förse doktorn med information (Manias, Botti & Bucknall, 2002).

Uppföljning av smärtbedömningen

I en studie av Dihle, et. al., (2005) visar det sig att många sköterskor ger analgetika inför övningar, men få observeras göra en ny bedömning av patientens smärta strax innan eller under mobiliseringen. Detta resulterar ofta i situationer där patienten visar tecken på smärta eller obehag, som grimaserande eller stönanden. De flesta sköterskorna i studien fortsätter med den aktuella aktiviteten utan att ge ytterligare analgetika. Det finns dock sköterskor som uppmuntrar patienterna att tala om ifall mobiliseringen eller träningen var smärtsam. De erbjuder ofta smärtlindrande läkemedel utan att patienterna hade frågat efter det, och genom en tydlig kommunikation uppmuntrar de patienterna att acceptera smärtstillande inför en aktivitet (a a).

Sammanfattning av resultatet

I resultatet framkommer olika faktorer som påverkar sjuksköterskans sätt att bedöma postoperativ smärta. Sjuksköterskan bör lyssna till patientens verbala uttryck för smärta. Sjuksköterskor som använder sig av en metod där man bedömer utifrån vad patienten säger och som lärt sig att lyssna på patienten, bedömer smärtan närmare patientens egen skattning. Sjuksköterskor som klassificerar patienterna utifrån vad som är typiskt för patienter som genomgått en viss typ av operation, har på förhand bildat sig en uppfattning om smärtan som patienten brukar uppleva. Av den anledningen tenderar sköterskor att skatta patientens smärta långt ifrån patientens egen. Fokus vilar under dessa omständigheter inte på individen. Postoperativ smärta anses av en del sjuksköterskor som något normalt och ett enkelt fenomen att identifiera och bedöma. Sjuksköterskor med mer kunskap om smärta hade inte patienter som upplevde mindre smärta. Många sjuksköterskor skattar sin egen kunskap och kompetens om smärta och smärtbehandling som excellent, trots måttlig kunskap eller ingen vidareutbildning om smärta. Sjuksköterskor uppger att de värdesätter preoperativ information, men denna information ges inte alltid och är inte adekvat. Patientens psykosociala situation eller svårigheter att verbalt uttrycka sin smärta påverkar dennes sätt att uttrycka sig. Detta kan vara en förklaring till att sjuksköterskor kan ha svårt att känna igen och tolka den smärtan dessa patienter upplever. Sjuksköterskor besvarar såväl verbala och icke-verbala samt beteenden relaterade uttryck för smärta på olika sätt. Humor, distraktion och lägesändringar är exempel på icke farmakologiska metoder som vissa sjuksköterskor använder. Sköterskor håller inte alltid med sina patienter och antar ibland att patienterna överskattar sin smärta. Studien visar på hinder som kan förekomma vid smärtbedömningen, exempelvis avbrott i arbetet. Många sköterskor ger analgetika inför övningar, men få observeras göra en ny bedömning av patientens smärta strax innan eller under mobiliseringen.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Syftet med denna studie var att beskriva sjuksköterskans bedömning av postoperativ smärta. Frågeställningen var: vilka faktorer kan påverka sjuksköterskans sätt att bedöma postoperativ smärta? För att uppnå syftet och besvara frågeställningen valdes en litteraturstudie, baserad och sammanställd av tidigare forskning. Enligt Backman (1998) är syftet med en litteraturgranskning vanligen att sammanställa all litteratur som finns inom ett givet område. Betoningen ligger således på att framställa en komprimerad sammanställning av resultat. En litteraturöversikt valdes som metod då en observations- eller intervjustudie utförd på klinik eventuellt kan störa verksamheten. Det kan också vara problematiskt att uppnå ett tillräckligt stort antal deltagare, för att studien skulle bli trovärdig. Genom diskussioner valdes ett ämne. Vi tyckte båda att smärta är ett intressant område, och formulerade en problemformulering och ett syfte. Därefter söktes lämpliga artiklar i olika databaser utifrån syfte och problemformulering. Det finns mycket forskning inom det valda området.

Resultatet baseras på sex artiklar, då det enligt Olsson och Sörensen (2004) vanligen används från fem till sex vetenskapliga artiklar för insamling av litteraturdata för resultatredovisningen. Referenserna analyserades enligt Polit och Beck (2003). Resultatet presenteras utifrån artiklarnas resultat under sju teman, och dessa framkom under analysen. Analysen av resultatet fann vi något problematiskt, eftersom en del textmaterial eventuellt skulle kunna hamnat under flera teman. Äldre uppsatser har lästs, för att se andras upplägg och få lite vägledning. Resultatet grundas på engelskspråkiga artiklar, och det har inte alltid varit enkelt att översätta till svenska. Resultatet har redovisats så korrekt som möjligt. Avsikten har varit att göra denna studie efter bästa förmåga.

Resultatdiskussion

Resultatet pekar på att patientens egen beskrivning av sin smärta är det mest tillförlitliga när sjuksköterskan skall bedöma smärtan (Richards & Hubbert, 2007; Dihle, et. al., 2005). Resultatet visar också att sjuksköterskor som bedömer utifrån vad patienten säger och lyssnar till patienten, bedömer smärtan närmare patientens egen skattning (Sjöström, et. al., 2004). Detta understryker vikten av att sjuksköterskan tar sig tid och aktivt lyssnar, utan att avbryta när patienten berättar om sin smärta, eller något annat som denne upplever som angeläget. Poängen är inte att sjuksköterskan applicerar sina personliga erfarenheter av smärta i omvårdnaden, utan patienten bör bekräftas genom att sjuksköterskan engagerar sig och lyssnar samt ställer direkta frågor till patienten om dennes smärta. Det krävs att sköterskan är engagerad i omvårdnadsarbetet och låter patienten förstå att han/hon är intresserad av patientens situation. En stressad sjuksköterska som patienten upplever vara på språng uppmuntrar inte till en meningsfull kommunikation som ger värdefull information. Det känns angeläget att poängtera vikten av att tro på det patienten

säger. Sjuksköterskan måste utgå ifrån att patienten berättar sanningen om sin smärta. Vidare bör sjuksköterskan sträva efter att upprätthålla så bra kontakt som möjligt med patienten. Om sköterskan kan vara personlig i mötet med patienten, ökar chanserna att patienten känner tillit till sjuksköterskan och trygghet i vården. Detta styrks av bakgrunden och tidigare forskning, som säger att smärtupplevelsen är högst individuell och endast kan bedömas och behandlas på en individuell nivå (Mackintosh, 2007; Botti, et. al., 2004; Manias, 2002) och en bristfällig kommunikation mellan sjuksköterskan och patienten har negativ inverkan på smärtbedömningen (Miles, 2008).

I resultatet framkommer att många sjuksköterskor på förhand har bildat sig en uppfattning om smärtan som patienterna kommer att uppleva och skattar av den anledningen ofta patientens smärta långt ifrån patientens egen skattning. Fokus vilar inte på individen (Sjöström, et. al., 2000). Resultatet visar också att sjuksköterskor ibland upplever det som svårt att helt bortse från sina egna värderingar och helt enkelt acceptera det patienten säger (Richards & Hubbert, 2007). Men tidigare forskning talar för att det är omöjligt att i förväg bedöma eller sätta riktlinjer för den troliga nivån av smärta individen kommer att uppleva efter en viss operation (Mackintosh, 2007) Detta är intressant att diskutera eftersom resultatet och tidigare forskning är varandras motsatser. Att helt bortse från sina egna värderingar och endast se patientens behov är inte enkelt. De erfarenheter sköterskan har från tidigare, liknande situationer är viktiga, men den smärtnivå patienten kommer att uppleva eller upplever kan bara antas. Sällan kan sjuksköterskan dra några slutsatser utifrån det. Vidare är det viktigt att se patienten som en unik individ med egna behov som också har erfarenheter med sig som påverkar dennes situation. Inte minst smärtupplevelsen påverkas av tidigare erfarenheter. Sjuksköterskan bör ha i åtanke att smärta upplevs olika av olika patienter och att smärtupplevelsen är personlig. Det som en patient upplever som mycket smärtsamt, kanske en annan inte tycker gör särskilt ont. Sjuksköterskan måste se helheten, alltså patienten i dennes totala situation. Sjuksköterskan skall bemöta alla patienter med respekt och omtanke. Utmaningen kan vara att inte låta attityder och värderingar färga smärtbedömningen eller behandlingen.

Resultatet avslöjar att postoperativ smärta anses vara något normalt och ett enkelt fenomen att identifiera och bedöma av en del sjuksköterskor (Dihle, et al., 2005). Resultatet visar också att sjuksköterskor med mer kunskap om smärta nödvändigtvis inte har patienter som upplever mindre smärta (Watt-Watson, et. al., 2001). Detta är intressant och frågan ”varför” kan ställas. Det verkar logiskt att mer kunskap ger bättre behandling. Hur förvaltar sjuksköterskorna i studien sin kunskap? Det är viktigt att sköterskan kan tillämpa sin kunskap i praktiken. Kan det vara så att sköterskornas attityder och värderingar begränsar dem vid smärtbedömningen? Resultatet visar också att vissa sjuksköterskor skattade sin egen kunskap om smärta som excellent, men studien avslöjade deras kunskaper som måttliga (Watt-Watson, et. al., 2001). Detta känns angeläget att diskutera. Dessa sköterskor kanske saknar en medvetenhet om sina egna styrkor och brister? Det kan eventuellt vara bra att ibland stanna upp och reflektera över sig själv och hur man som sjuksköterska utövar omvårdnad. Dahlman, et. al., (1999) beskriver att de sjuksköterskor i studien som deltagit i en undervisningsdag om smärta inte förändrade sina attityder eller värderingar, men de ökade administreringen av analgetika postoperativt. Här kan poängteras att det kan finnas risker då attityderna inte har förändrats. Sköterskorna kommer kanske inom kort att återgå till tidigare vanor, vilket i studiens resultat pekar på undermedicinering. Vidare kan smärtbedömningen och

behandlingen av smärtan vara problematisk på det sättet att det är en avvägning. Patienten skall inte behöva plågas av smärtor, men inte heller knockas av analgetika.

I studien av Dihle, et. al., (2005) observerade man att ingen av sjuksköterskorna i studien gav någon preoperativ information om inte patienten bad om det, trots att de innan hade hävdade att de tycker det är viktigt med information till patienten om smärta och smärtlindring innan operationen. Här kan poängteras att en patient som fått konkret information om postoperativ smärta, olika metoder för smärtbehandling samt information om att det är vanligt att uppleva smärta i varierande grader efter en operation, tror vi upplever större trygghet. Patienter som fått god, adekvat information om att det är viktigt att de säger till om och när de har ont, förstår bättre sin del i omvårdnaden och vad som förväntas av dem. Dessutom bjuds patienten in att engagera sig i sin egen postoperativa omvårdnad vilket kan hjälpa sjuksköterskan vid smärtbedömningen. Patienten är den som bäst kan tala om sin smärta och de olika faktorer som kan påverka smärtan. När sjuksköterskan och patienten samarbetar mot ett gemensamt mål, kan man minska risken för underskattning av patientens smärta och resultatet blir förhoppningsvis en mer effektiv smärtbehandling. Vidare är det mycket viktigt att samtala med patienten innan operationen, för att upptäcka om patienten är orolig eller rädd för något. Sjuksköterskan kan i sådana fall besvara frågor och lugna patienten genom att förklara eller förtydliga sådant som patienten upplever som oklart eller skrämmande. Detta styrks av tidigare forskning som visar att många patienter upplever ångest, otrygghet och maktlöshet inför ett kirurgiskt ingrepp. Men en god preoperativ omvårdnad med adekvat information kan minska dessa negativa upplevelser. Det är viktigt att sjuksköterskan gör en noggrann bedömning av patienten innan operationen för att kunna ge bästa möjliga omvårdnad, såväl före som efter operationen (Holm & Hansen, 2000).

Vissa sjuksköterskor i resultatet bedömer smärta utifrån patientens beteende i första hand och använder sig av metoder som humor, distraktion, värme och kyla eller lägesändringar för att lindra smärta (Richards & Hubbert, 2007). Med hänvisning till övrigt resultat i denna studie (Sjöström, et. al., 2000) som pekar på vikten av att lyssna till patienten och tro på det som denne berättar, känns det angeläget att poängtera att när sjuksköterskan försöker lindra patientens smärta med exempelvis humor eller distraktion som metod, bekräftas inte patienten, och blir inte tagen på allvar. Att på detta sätt förringar patientens smärtupplevelse upplevs inte som en professionell metod. Detta resonemang styrks av tidigare forskning som visar att sjuksköterskor bör anta ett mer personligt förhållningssätt vid tolkningen av patientens upplevelse. Patienten är den enda tillförlitliga källan om sin smärta, oro och behandling (Manias, 2002).

Resultatet visar att svårigheter hos patienten att verbalt uttrycka sin smärta, kan vara förklaringen till att sjuksköterskor kan ha svårt att känna igen och tolka smärtan hos patienterna. Många sköterskor upplever en utmaning vid smärtbedömningen när patienten inte talar om sin smärta och inte heller har någon tydlig mimik, eller har ett uttryckssätt som skiljer sig mycket från normen (Dahlman, et. al., 1999). Det framkommer i tidigare forskning att sjuksköterskor tilldelar mer trovärdighet till de patienter som tydligare kan uttrycka sin smärta, ångest och sina behov (Manias, 2002) och enligt bakgrunden är skattningar utifrån patientens smärtbeteende i allmänhet inte tillförlitliga (Werner & Strang, 2003), men Miles (2008) hävdar att när vårdpersonal lyssnar till en patient bör

uppmärksamheten fokusera på icke verbal kommunikation från patienten, och i synnerhet lägga märke till sinnesrörelser. Detta är intressant att diskutera av den anledningen att de olika källorna i bakgrunden här är motsägelsefulla. Detta poängterar vikten av att beakta alla patientens uttryck för smärta, såväl de verbala uttrycken som de icke verbala. Tecken som mimik och kroppsspråk kan inte bortses ifrån, ej heller det som patienten berättar. Sjuksköterskan kan inte utesluta någon del av patientens smärtuttryck, utan måste se hela patienten i dennes totala situation. Det vill säga inte enbart en anonym patient, utan en unik människa med egna erfarenheter. I situationer när sjuksköterskan har svårt att bedöma patientens smärta på grund av bristande smärtuttryck, kan information från närstående vara till hjälp, de känner ofta patienten väl.

KONKLUSION

Denna studie visar att sjuksköterskor bedömer smärta på olika sätt. Det kan bero på att sjuksköterskor också är individer med olika personligheter, och därför bedömer olika. Vidare ser vi bedömningen och behandlingen av postoperativ smärta som delar i omvårdnaden som inte är åtskilda. Utan en adekvat bedömning kan man inte ge tillfredsställande behandling. Bedömningen och behandlingen går alltså hand i hand. Resultatet i vår studie påvisar brister i sjuksköterskans smärtbedömning, och ett flertal faktorer påverkar smärtbedömningen. Det vore angeläget med en utökad smärtutbildning inom sjuksköterskeprogrammet. För en förbättrad omvårdnad om postoperativa patienters smärta anser vi att det krävs mer kunskap hos sjuksköterskor om smärtan som helhet. Det vill säga kunskap om såväl smärtans fysiologi, men inte minst de psykologiska, emotionella och kulturella faktorer som kan påverka den totala smärtupplevelsen. En utmaning som vi ser det, är att applicera teoretiska kunskaper till praktik. Trots att omfattande forskningsresultat finns inom detta område, känns det angeläget att forska vidare, för att sprida en fördjupad kunskap. Sjuksköterskor behöver en ökad medvetenhet om de olika faktorer som påverkar bedömningen av postoperativ smärta samt smärtans multidimensionella natur. Detta för en förbättrad kvalitet på den postoperativa smärtbedömningen.

REFERENSER

*Artiklar som används i resultatet

Backman, J. (1998). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur

Botti, M., Bucknall, T., & Manias, E. (2004). The problem of postoperative pain: Issues for future research. *International journal of nursing practice*, 10, 257-263.

*Dahlman, G.B., Dykes, A.K., & Elander, G. (1999). Patients' evaluation of pain and nurses' management of analgesics after surgery. The effect of a study day on the subject of pain for nurses working at the thorax surgery department. *Journal of Advanced Nursing*, 30(4), 866-874.

*Dihle, A., Bjölseth, G., & Helseth, S. (2005). The gap between saying and doing in postoperative pain management. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 469-479.

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2003). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och kultur.

Grefber, N., & Johansson, L.G. (2003). *Medicinboken*. Stockholm: Liber.

Hawthorn, J., & Redmond, K. (1999). *Smärta - bedömning och behandling*. Lund: Studentlitteratur.

Holm, S., & Hansen, E. (2000). *Pre- och postoperativ omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

International association for the study of pain (IASP). *IASP pain terminology*. Hämtad från WWW 2008-04-02. <http://www.iasp-pain.org>

Larsson, J., Nilsson, K.G., Jansson, L., & Dahlen, T. (2003). Förbättrad smärtbehandling av patienter som opererats med knäprotes. *Vård i Norden*, 23, 45-47.

Mackintosh, C. (2007). Assessment and management of patients with post-operative pain. *Nursing standard*, 5, 49-55.

Manias, E. (2002). Pain and anxiety management in the postoperative gastro- surgical setting. *Journal of advanced nursing*, 41 (6), 585-594.

*Manias, E., Botti, M., & Bucknall, T. (2002). Observation of pain assessment and management- the complexities of clinical practice. *Journal of Clinical Nursing*, 11, 724-733.

Mc Caffery, M., & Pasero, C. (1999). *Pain: Clinical Manual*. Mosby, St Louis MO.

Medicinska forskningsrådets nämnd för forskningsetik.(2003). *Riktlinjer för etisk värdering av medicinsk humanforskning - Forskningsetisk policy och organisation i Sverige*. Hämtad från WWW 2008-03-03 <http://www.vr.se>

Miles, J. (2008). Effective communication. *Practice nurse*, 35, (2), 42-47.

Rawal, N. (1999). *Postoperativ smärta- behandling, kvalitetssäkring och organisation*. Lund: Studentlitteratur.

Olsson, H., & Sörensen, S. (2004). *Forskningsprocessen Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber.

Polit, D.F., & Beck,C.T. (2003). *Nursing research-Principles and Methods*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Redke, F. (1999). *Smärta*. Lund: Studentlitteratur.

*Richards, J., & Hubbert, A.O. (2007). Experiences of Expert Nurses in Caring for Patients with Postoperative Pain. *Pain Management Nursing*, 8, 17-24.

Sand, O., Sjaastad,Ö.V., & Haug, E. (2004). *Människans fysiologi*. Stockholm: Liber.

*Sjöström, B., Dahlgren, L.O., & Haljamäe, H. (2000). Strategies used in post-operative pain assessment and their clinical accuracy. *Journal of Clinical Nursing*, 9, 111-118.

Sloman,R., Rosen,G.,Rom,M.,& Shir,Y. (2004). Nurses assessment of pain in surgical patientes. *Journal of advanced nursing*, 52 (2), 125-132.

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. (2005-105-1). Hämtad från www 2008-03-03 <http://www.socialstyrelsen.se>

Travelbee, J. (2006). *Mellemmenneskelige aspekter I sygepleje*. Köpenhamn: Munksgaard Danmark.

*Watt-Watson, J., Stevens, B., Garfinkel, P., Streiner, D., & Gallop, R. (2001). Relationship between nurses' pain knowledge and management outcomes for their postoperative cardiac patients. *Journal of Advanced Nursing*, 36(4), 535-545.

Werner, M., & Strang, P. (2003). *Smärta och smärtbehandling*. Stockholm: Liber.