

# EXAMENSARBETE

**Sjuksköterskans bedömning av  
smärta postoperativt**

**Nurses' assessment of  
postoperative pain**

Examensarbete inom ämnet omvårdnad  
C-Nivå 15 Högskolepoäng  
Vårtermin 2008

Helena Carlén  
Sara Rånge

Handledare: Annika Petterson  
Examinator: Elisabeth H. Wahn

## SAMMANFATTNING

Titel:	Sjuksköterskans bedömning av smärta postoperativt
Institution:	Institutionen för vård och natur, Högskolan i Skövde
Kurs:	Examensarbete i omvårdnad, 15 högskolepoäng
Författare:	Carlén, Helena; Rånge, Sara
Handledare:	Pettersson, Annika
Sidor:	20
Månad och år:	Maj, 2008
Nyckelord:	Postoperativ smärta, smärtbedömning, omvårdnad

---

Trots all forskning som är gjord inom området postoperativ smärta, kvarstår det faktum att många patienter upplever otillfredsställelse i sin smärtlindring. Syftet med denna studie var att beskriva och analysera aktuell forskning om vad som påverkar sjuksköterskans smärtbedömning vid postoperativ omvårdnad. Studien har genomförts som en litteraturstudie med kvalitativ ansats. I resultatet framkom fyra kategorier som tydligt beskriver de områden som påverkar sjuksköterskans smärtbedömning: (1) *patientens sätt att visa smärta*, (2) *patientens uttalande*, (3) *erfarenhetsbaserad bedömning* och (4) *rådande normer*. När sjuksköterskan smärtbedömer vägs ofta flera av dessa kategorier in, genom att man utefter tidigare erfarenhet observerar den generella framtoningen, i kombination med patientens vitala tecken. Resultatet visar att när sjuksköterskan lyssnar på det patienten säger, stämmer sjuksköterskans smärtbedömning bäst överens med patientens egen bedömning av smärtan. I resultatet framkommer också att de sociala normer som råder på arbetsplatsen har stor påverkan på hur sjuksköterskan väljer att smärtbedöma.

## ABSTRACT

Title: Nurses' assessment of postoperative pain

Department: School of Life Sciences. University of Skövde

Course: Thesis in nursing care 15 ECTS

Author: Carlén, Helena; Rånge, Sara

Supervisor: Pettersson, Annika

Pages: 20

Month and year: May, 2008

Keywords: Postoperative pain, pain assessment, nursing

---

In spite of all the research done in the field of postoperative pain, the fact remains that a number of patients still experience unrelieved pain postoperatively. The aim of this study was to describe and analyse current research in the areas that affect nurses' pain assessment in the care of postoperative patients. The study has been accomplished as a literature study with a qualitative approach. From the result four categories emerged that distinctly describe the areas that affect nurses' pain assessment: (1) *patients' way of showing pain*, (2) *what the patient says*, (3) *assessment based on experience* and (4) *prevailing norms*. In pain assessment the nurse often uses several of these categories. Using earlier experiences, the nurse observes the general appearance of the patient combined with vital signs. The result shows that when the nurse listens to the patient, her pain assessment is most consistent with the patient's own assessment. The result also reveals that social patterns existing in the working unit has a big influence on nurses' pain assessment.

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING.....	- 1 -
BAKGRUND.....	- 1 -
Problemformulering .....	- 3 -
SYFTE .....	- 3 -
Frågeställningar.....	- 3 -
Studiens betydelse .....	- 4 -
METOD .....	- 4 -
Analys .....	- 6 -
Etiska aspekter .....	- 7 -
RESULTAT .....	- 7 -
Patientens sätt att visa smärta.....	- 8 -
Patientens uttalande .....	- 9 -
Erfarenhetsbaserad bedömning .....	- 10 -
Rådande normer .....	- 11 -
Sammanfattning.....	- 12 -
DISKUSSION.....	- 13 -
Metoddiskussion.....	- 13 -
Resultatdiskussion.....	- 14 -
Konklusion.....	- 17 -
REFERENSLISTA.....	- 18 -

## INLEDNING

Postoperativ smärta är ett stort område som det har forskats mycket inom. Trots all forskning kvarstår ändå faktum att många patienter upplever en oacceptabel smärta postoperativt (Mac Lellan, 2004). Otillräcklig smärtlindring leder till ett onödigt vårdlidande för patienten. Genom att inte bli uppmärksam i sin smärta upplever patienten att hon inte blir sedd eller hörd, och hindras därför att delta i sin egen hälsoprocess. Som patient befinner man sig i en försvagad position och blir därmed beroende av sjuksköterskans vilja att göra gott (Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud & Fagerberg, 2003). Sjuksköterskan står emellertid inför en komplex situation när hon skall bedöma smärta hos patienten. Många bitar skall vägas in i smärtbedömningen för att få en så korrekt bild som möjligt av den smärta som patienten faktiskt upplever. Vid granskning av tidigare forskning i ämnet, kan det konstateras att det inte har gjorts någon litteraturstudie sedan 1996, angående sjuksköterskans postoperativa smärtbedömning, och vad som påverkar hennes beslut. Därför känns det inte bara angeläget utan även nödvändigt att på nytt göra en litteraturgenomgång för att analysera de studier som har kommit till inom ämnet på senare år. Förhoppningen är att det skall ha framkommit nya kunskaper som visar vilka områden som påverkar sjuksköterskans smärtbedömning. Detta för att kunna ge patienten så god smärtlindrande omvårdnad som möjligt. Denna litteraturstudie kommer därför att fokusera på vilka områden som påverkar sjuksköterskans smärtbedömning i den postoperativa omvårdnaden.

## BAKGRUND

International Association for the Study of Pain (IASP, 1979), har kommit fram till följande definition av smärta:

*”En obehaglig sinnesförnimmelse och känslomässig upplevelse som hör ihop med faktisk eller potentiell vävnadsskada eller beskrivs i termer av sådan skada”.*

Ett operativt ingrepp innebär en faktisk vävnadsskada som är oundviklig. Den smärta som uppstår postoperativt beror på en stimulering av nervreceptorer som sänder signaler upp till hjärnan. Där bearbetas signalerna och sedan skickas en respons tillbaka till periferin. Smärtans grundläggande funktion är att verka som en varningssignal genom att tala om för kroppen att något är fel (Linton, 2005). Vidare menar Linton (2005) att smärtan kräver uppmärksamhet och stör pågående aktiviteter. Detta innebär i det postoperativa skedet att smärtan hindrar patienten från att fokusera på sin hälsoprocess. Enligt Sjöström (1995) bör de specifika målen inom postoperativ smärtlindring vara en avslappnad och smärtfri patient som inte är översederad eller lider av biverkningar av smärtlindringen. I sjuksköterskans omvårdnad av patienter med smärta ingår både att bedöma och behandla den smärta som uppkommer. Vidare beskriver Sjöström (1995) att det på de postoperativa avdelningarna ofta finns rutiner och föreskrifter om smärtlindring, som är utformade av ansvariga läkare, men att det mestadels är upp till sjuksköterskan att besluta om behovet av smärtlindring finns i varje enskilt fall. Därför ligger patientens välbefinnande i

sjuksköterskans händer då det är hon som måste bedöma svårigheten av smärtan och kunna göra en korrekt bedömning om huruvida smärtlindring ska ges eller inte.

Trots all forskning som genomförts angående sjuksköterskans bedömning av smärta postoperativt, kvarstår många frågor som rör patientens tillfredsställelse av smärtlindring. Carr (1990) konstaterar i sin studie att alla patienter har varierande behov av när och hur smärtlindringen skall ske. Därför krävs att smärtlindringen fokuserar på den enskilde patientens behov och önskemål, och att sjuksköterskan har en god förmåga att uppfatta patientens önskemål. Studien visar att majoriteten av patienterna undervärderar den smärta som de kommer att känna postoperativt, och är därmed inte förberedda på den smärta som de faktiskt kommer att uppleva. Därför belyser författaren vikten av preoperativ information till patienten för att uppnå så god smärtlindring som möjligt. Många patienter upplever oro inför en operation, vilket i sin tur leder till ökad smärta postoperativt (Nelson, Zimmerman, Barnason, Nieveen & Schmaderer, 1998). Detta resultat bekräftas även i Carr's (1990) studie som påtalar att smärtan kan lindras med hjälp av preoperativ information.

Den kunskap som finns om postoperativ smärta omsätts inte alltid i praktiken. En studie av Mac Lellan (2004) visar att patienter fortsätter att uppleva en oacceptabel smärta efter operation. Hon menar att vi borde överbrygga gapet mellan teori och praktik, och använda oss av de kunskaper som redan finns. Hennes studie styrker Dahlman, Dykes och Elanders (1999) forskningsresultat, att patienten upplever bättre smärtlindring efter att personalen genomgått utbildningsdagar för att fördjupa sin kunskap i ämnet. Dessa studier visar tydligt på vikten av kontinuerlig utbildning i smärtlindring för personalen, för att kunna ge patienterna en så tillfredställande smärtlindring som möjligt.

I en studie av Watt-Watson, Stevens, Garfinkel, Streiner och Gallop (2001) framkom, att många sjuksköterskor upplever sig ha en god kunskap i smärtlindring, men trots detta upplever patienter att de inte blir tillfredsställda i sin postoperativa smärta. I studien framgår att sjuksköterskorna som ansåg sig ha en god smärtekunskap, ändå konstant undervärderade patientens smärta. Anmärkningsvärt är också att de flesta sjuksköterskorna hävdar att de vanligtvis använder sig av en smärtgraderingsskala, men 66 % av patienterna kommer inte alls ihåg att de blivit tillfrågade om graden av sin smärta. Även rutiner runt postoperativ smärtlindring verkar vara bristfälliga (Svensson, Sjöström & Haljamäe, 2000). Studien visar att många patienter i den första postoperativa fasen upplever den värsta smärtan, oftast utan annan anledning än just dålig smärtlindring. Det framkommer också att patienter i den sena postoperativa fasen upplever en oacceptabelt hög smärta. Därför menar Svensson, m.fl. (2000) att det är viktigt att ha en god kvalitetssäkring vad gäller rutiner kring smärtvärdering och terapeutiska mål för varje enskild patient, samt att noga dokumentera patientens smärtintensitet.

Ett problem inom den postoperativa vården är att sjuksköterskan ofta tenderar att undervärdera patientens smärtupplevelse (Idvall, 2004; Idvall, Hamrin, Sjöström & Unosson, 2002). I Idvalls (2004) studie framkom att patienten ansåg att vården i smärtlindringssituationen var sämre än den vård som sjuksköterskan ansåg vara realistisk att ge. Detta trots att det fanns tillräckligt med personal som hade god kunskap i smärtlindring. Idvall m.fl. (2002) poängterar att man fann en medvetenhet hos sjuksköterskorna om att rutinerna kring smärtlindring kunde bli bättre. Orsaken till att de

inte gav den vård som de ansåg vara realistisk att ge, kunde bero på tidsbrist att agera eller bristande kunskap på hur man ska agera. En annan orsak till att sjuksköterskan undervärderar patientens smärta kan bero på bristande kommunikation och förståelse för andra kulturers uttryckssätt (Yellen, 2003). Studien visar också att hur tillfredställd patienten upplever sig vara i smärtlindringssituationen påverkas av dennes ålder. Yngre patienter upplever det mera omvälvande med sjukhusvistelsen, eftersom de blir avbrutna mitt i livet vad gäller arbete och familj. Detta kan vara en orsak till att de upplever lägre tillfredsställelse. Äldre patienter däremot har oftast erfarenhet av tidigare sjukhusvistelser och en annan livserfarenhet, som skulle kunna vara en orsak till att de upplever en högre tillfredsställelse. Enligt Celia (2000) har ålder och kön hos patienten betydelse för hur mycket smärtlindring sjuksköterskan väljer att ge. Studien visar att män får mer smärtlindring än kvinnor, och äldre får mindre än yngre, och trots att läkaren har skrivit ut tillräcklig mängd smärtstillande medicin, framkommer det att 99% av patienterna får mindre än 28% av vad som faktiskt var föreskrivet. Resultatet av studien visar tydligt att undermedicinering i den postoperativa vården är ett stort problem, och att det återigen är nödvändigt med kontinuerlig fortbildning inom smärtlindring. Detta behövs för att göra sjuksköterskan medveten vad gäller bedömningsmetoder, för att därmed kunna ge en effektivare smärtlindring.

### **Problemformulering**

Inom den postoperativa vården kvarstår många aspekter att forska vidare på. Tidigare studier påvisar att sjuksköterskan ständigt undervärderar patientens smärta. Vad kan det bero på? Celia (2000) påtalar i sin studie tänkbara orsaker som kulturella skillnader och stereotypiskt tänkande hos sjuksköterskan, vad gäller patientens ålder och kön. Hur påverkas sjuksköterskan av egna värderingar i hennes beslut vad gäller att lindra patientens smärta? Enligt Yellen (2003) finns det uppenbarliga brister i kommunikationen mellan sjuksköterska och patient. Var i kommunikationen brister det? Vad är det som gör att sjuksköterskan inte uppfattar patientens faktiska smärta? Eller beror det helt enkelt på bristfälliga rutiner?

Det behövs ytterligare kunskaper inom den postoperativa vården, för att höja patientens välbefinnande och förhindra oacceptabel smärta (Svensson, m.fl., 2000). Många områden skulle vara intressanta att fördjupa sig i, men tendensen hos sjuksköterskor att ständigt undervärdera patientens smärta känns angeläget att studera vidare. Vad påverkar sjuksköterskan när hon gör sin bedömning?

### **SYFTE**

Syftet med litteraturstudien är att beskriva och analysera aktuell forskning om vad som påverkar sjuksköterskans smärtbedömning vid omvårdnad av patienter postoperativt.

### **Frågeställningar**

Vad påverkar sjuksköterskans bedömning av postoperativ smärta?

Finns det brister i sjuksköterskans kommunikation med patienten gällande bedömning av postoperativ smärta, och i så fall var i kommunikationen brister det?

### **Studiens betydelse**

Denna litteraturstudie kan leda till en ökad förståelse och insikt för sjuksköterskan, i komplexiteten att bedöma patienters postoperativa smärta. Att lyfta fram vad som påverkar sjuksköterskans smärtbedömning, både medvetet och omedvetet, kan vara av betydelse både i yrkesutbildning samt i vidareutbildning på arbetsplatsen, men framförallt kan det ha betydelse för patienten i den direkta omvårdnaden.

## **METOD**

Denna studie har genomförts som en litteraturstudie då denna metod anses svara bäst mot det angivna syftet. En litteraturstudie involverar identifikation, urval och kritiskt granskande av skrivna beskrivningar av existerande information i ämnet (Polit & Tatano Beck, 2003). Mycket forskning har bedrivits inom ämnet, dock har ingen litteraturgranskning genomförts sedan 1996, därför finns ett behov av att beskriva och analysera aktuell forskning. Detta för att finna eventuella kunskapsluckor i den forskning som bedrivits (jfr Polit & Tatano Beck, 2003) och för att kunna hitta nya problemområden i sjuksköterskans smärtbedömning.

Litteraturstudien utfördes med kvalitativ ansats. Enligt Streubert och Carpenter (2003) läggs vikt vid subjektiviteten i den kvalitativa forskningen. De menar att det finns flera perspektiv av verkligheten att överväga, för att till fullo förstå en situation. Vidare kännetecknas den kvalitativa forskningen av att vara tolkande, det vill säga att man vill förstå underliggande betydelser av innehållet i datamaterialet. Då syftet med denna studie är att beskriva och analysera vad som påverkar sjuksköterskans smärtbedömning, är det relevant att använda sig av en kvalitativ ansats, för att bättre förstå vad som färgar besluten om smärtlindring.

För att finna forskning utifrån angivet syfte har sökning utförts i databaserna CINAHL, ELIN, PubMed, Academic Search Elite och SweMed+. Vid urvalet av de sökta artiklarna har vikt lagts vid huruvida det finns ett tydligt problem och syfte formulerat, samt om det har förts några etiska resonemang. Vidare har författarna tittat på om resultatet svarar på denna litteraturstudies frågeställningar och syfte, samt hur resultaten i artiklarna har tolkats och diskuterats (jfr Friberg, 2006). Litteraturstudien utgår från sökorden: *postoperative pain*, *pain assessment*, *pain management* och *nursing*. Endast artiklar utgivna efter 1996 har varit relevanta för denna litteraturstudie. För att begränsa datamaterialet har författarna valt att inkludera artiklar utgivna i fulltext. Vidare har endast artiklar som tar upp postoperativ smärtlindring inkluderats, samt studier utgivna på engelska och svenska. Författarna har valt att exkludera artiklar som inte har genomgått etiskt godkännande, samt studier i ålderskategorin barn under 18 år, och studier med specifik inriktning mot äldre.

Vid sökning i databaserna Academic Search Elite och PubMed återfanns flera av de artiklar som redan hittats i CINAHL och ELIN. Övriga artiklar föll ur ramen för denna studies inklusions- och exklusionskriterier. I SweMed+ hittades inga relevanta artiklar för denna studie. Efter genomläsning av funna artiklar i första urvalet, fann författarna att tre



av dessa var irrelevanta för denna studies syfte. Då författarna ansåg att sju artiklar utgjorde ett alltför tunt datamaterial att arbeta med, genomfördes ytterligare en sökning i PubMed där tre artiklar hittades. Dessa fanns dock inte tillgängliga i fulltext, varvid författarna fick frågå inklusionskriteriet att endast använda artiklar i fulltext. En av artiklarna fanns att tillgå på högskolans bibliotek i Skövde, övriga artiklar fick beställas genom högskolans bibliotek. Tabell 1 visar sökresultatet av sökningen i databaserna. För översikt av artiklar som ingår i resultatet, se tabell 2.

Tabell 1. Sökresultat av sökning i databaser.

<b>Databas</b>	<b>Antal träffar</b>	<b>Antal valda artiklar</b>	<b>Datum för sökning</b>
<b>CINAHL</b> Postoperative pain* AND pain assessment* AND nursing*	26	1	080222
<b>ELIN@Skövde</b> Postoperative pain AND nursing AND pain assessment	42	4	080222
<b>PubMed</b> Postoperative pain* AND nursing* AND pain assessment*	142	0	080222
<b>Academic Search Elite</b> Postoperative pain* AND pain assessment*	38	0	080225
<b>ELIN@Skövde</b> Postoperative pain AND nursing AND pain management	117	2	080225
<b>SweMed+</b> Postoperative pain\$ AND pain assessment\$	4	0	080225
<b>PubMed</b> Postoperative pain* AND nursing* AND pain assessment*	142	3	080227

Tabell 2. Översikt av artiklar som ingår i resultatet, samt i vilka databaser dessa återfinns.

Artikel numrerings	Valda artiklar	CINAHL	ELIN	Academic Search Elite	PubMed
1	Strategies of pain assessment used by nurses on surgical units, (2005). <i>Pain Management Nursing</i> . Kim, S. H., Schwartz-Barcott, D., Tracy, S. M., Fortin, J. D. & Sjöström, B.	X	X		X
2	Strategies in postoperative pain assessment: validation study, (1999). <i>Intensive and Critical Care Nursing</i> . Sjöström, B., Dahlgren, L. O. & Haljamäe, H.		X		X
3	Clinical competence in pain assessment, (2000). <i>Intensive and Critical Care Nursing</i> . Sjöström, B., Jakobsson, E. & Haljamäe, H.		X		X
4	Strategies in assessing postoperative pain- A South African study, (2006). <i>Intensive and Critical Care Nursing</i> . Klopper, H., Andersson, H., Minkinen, M., Ohlsson, C. & Sjöström, B.		X		X
5	Strategies used in postoperative pain assessment and their clinical accuracy, (2000). <i>Journal of Clinical Nursing</i> . Sjöström, B., Dahlgren, L. O. & Haljamäe, H.	X			X
6	Experiences of expert nurses in caring for patients with postoperative pain, (2007). <i>Pain Management Nursing</i> . Richards, J. & Hubbert, A. O.		X		
7	The gap between saying and doing in postoperative pain management, (2006). <i>Journal of Clinical Nursing</i> . Dihle, A., Bjöhlseth, G. & Helseth, S.		X		
8	An ethnography of pain assessment and the role of social context on two postoperative units, (2008). <i>Journal of Advanced Nursing</i> . Lauzon Clabo, L. M.				X
9	Assessment of patient pain in the postoperative context, (2004). <i>Western Journal of Nursing Research</i> . Manias, E., Bucknall, T. & Botti, M.				X
10	Assessment of postoperative pain: Impact of clinical experience and professional role, (1997). <i>Acta Anaesthesiologica Scandinavica</i> . Sjöström, B., Haljamäe, H., Dahlgren, L. O. & Lindström, B.				X

## Analys

Kvalitativ innehållsanalys har valts som analysmetod, för att på så sätt analysera de teman och mönster som växt fram inom ämnet. Enligt Polit och Beck (2003) finns det tre inriktningar i sättet att utföra innehållsanalys på. I denna litteraturstudie har den redigerande analysstilen valts, vilket innebär att forskaren agerar som tolkare som läser igenom datamaterialet och letar efter meningsfulla segment och enheter. När segmenten är identifierade utvecklas ett kategoriserande schema och överensstämmande koder som kan användas till att sortera och organisera datamaterialet. Sedan letar forskaren efter mönster och strukturer som sammanbinder de tematiska kategorierna. För att få struktur i analysarbetet har författarna inspirerats av Burnards (1996) fyra steg i analysprocessen. Dessa fyra steg innebär:

1. Samtliga artiklar har numrerats och lästs igenom separat av båda författarna och kodats öppet, vilket innebär att författarna har noterat enstaka ord eller fraser i

marginalen som sammanfattar all genomgången data. Det framkomna materialet har sedan diskuterats författarna emellan.

2. Orden och fraserna har sedan grupperats och sammanställts och där upprepningar och liknande ord förekommit har dessa tagits bort för att få en lista av överskrifter som räknas för allt datamaterial.
3. Under dessa överskrifter har sedan övrigt datamaterial grupperats in.
4. Efter att allt datamaterial har analyserats, så har författarna ställt sig frågan: Vad betyder det här? Sedan har författarna diskuterat och försökt hitta förklaringar till de grupperingar som växt fram.

## Etiska aspekter

I denna studie kommer hänsyn att tas till de etiska principer som gäller för all forskning. Medicinska forskningsrådet (2003) har gett ut riktlinjer för etisk värdering av medicinsk humanforskning. Att bidra till riktighet och noggrannhet i vetenskaplig kunskap och att skydda rätten till intellektuell egendom, det vill säga att ta hänsyn till upphovsrätten, innebär i denna studie att datamaterialet inte kommer att omkonstrueras eller förfalskas, eller på annat sätt förvrängas. Vidare kommer även vikt att läggas vid att inte välja bort data som anses som mindre önskvärda. Alla källor som utnyttjas i studien kommer också att uppges och det datamaterial som används kommer att vara etiskt försvarbart då vi endast använder oss av studier som genomgått etiskt godkännande.

## RESULTAT

Vid bearbetning och granskning av datamaterialet har fyra kategorier växt fram som tydligt beskriver de områden som påverkar sjuksköterskans smärtbedömning. Dessa fyra kategorier är: (1) *patientens sätt att visa smärta*, (2) *patientens uttalande*, (3) *erfarenhetsbaserad bedömning* och (4) *rådande normer*. De första tre kategorierna är återkommande i majoriteten av artiklarna, medan den fjärde kategorin tar upp en ny aspekt som ej framkommit i tidigare studier. Följande tabell visar vilka kategorier som tas upp i de valda artiklarna.

Tabell 3. Översikt över i vilka artiklar följande kategorier förekommer.

Artikel nr.	Patientens sätt att visa smärta	Patientens uttalande	Erfarenhetsbaserad bedömning	Rådande normer
1	X	X	X	
2	X	X	X	
3	X	X	X	
4	X	X	X	
5	X	X	X	
6	X	X		
7	X	X		
8		X		X
9	X	X		
10	X	X	X	

### **Patientens sätt att visa smärta**

I denna kategori tittar sjuksköterskan på hur hela patienten framträder. I studier av Kim, Schwarz-Barcott, Tracy, Fortin och Sjöström (2005), tittar sjuksköterskan på generella uttryck när hon bedömer smärta, såsom kroppsspråket, om patienten är spänd eller orolig samt vilken aktivitetsnivå patienten har. Detta styrks också i studier av Sjöström, Dahlgren och Haljamäe (2000) och av Klopper, Andersson, Minkkinen, Ohlsson och Sjöström (2006) som även säger att patientens ansiktsuttryck, såsom grimaser etc. är något som sjuksköterskan påverkas av när hon gör sin smärtbedömning.

*"She seems to be in a lot of pain... she was making a facial expression just like she was in pain... and she was wincing; and... taking a look at her facial expressions, body language because that says a lot."* (Kim m.fl., 2005, s. 5)

Likaså anser sjuksköterskor att hudfärg och hudkvalitet är en indikator på smärta. Är patienten blek och svettig tolkas detta som att patienten har ont, medan en fridfullt sovande och rosig patient bedöms av sjuksköterskan som smärtfri (Sjöström, Jakobsson & Haljamäe, 2000).

De vitala tecknen indikerar mer specifikt patientens kliniska status. Sjuksköterskan tittar på patientens puls, blodtryck, pupillstorlek och andning (Kim m.fl., 2005; Klopper m.fl., 2005; Sjöström, Haljamäe, Dahlgren & Lindström, 1997; Sjöström, Dahlgren & Haljamäe, 1999; Sjöström m.fl., 2000; Manias, Bucknall & Botti, 2004; Richards & Hubbert, 2007). Dessa parametrar använder sjuksköterskan sig av för att få en uppfattning om patientens smärtnivå. Om sjuksköterskan bedömer att patientens vitala tecken ligger inom normalvärde, anses smärtan hos patienten vara mild (Kim m.fl., 2005). Vidare tolkas illamående (Dihle, Bjölseth & Helseth, 2006), tårflöde (Sjöström m.fl., 2000) samt vätskande, rodnande, blödande sår som tecken på att patienten har smärta (Klopper m.fl., 2005). Ett annat sätt för sjuksköterskan att bedöma patientens smärtnivå är att aktivt observera patienten, genom att palpera operationsområdet för att se patientens reaktion och därmed upptäcka tecken på smärta (Kim m.fl., 2005; Klopper m.fl., 2005; Manias m.fl., 2004).

Genom erfarenhet har sjuksköterskan lärt sig vilka aspekter som är vanliga och observerbara hos alla patienter med smärta. Det kliniska ögat har utvecklats för hur smärtan gestaltar sig, och detta har skapat mönster för hur en patient i smärta vanligtvis ser ut (Sjöström m.fl., 2000). Vidare väger sjuksköterskan in patientens känslomässiga status i sin bedömning och tittar då på uttryck för oro och rädsla, som gråt och grimaserande (Richards & Hubbert, 2007).

I en studie av Sjöström m.fl. (2000) framkom det att 51 % av sjuksköterskorna använde sig av strategin att titta på patientens utseende och dennes vitala tecken, när de gjorde sin smärtbedömning hos patienterna.

## Patientens uttalande

Denna kategori handlar om sjuksköterskans fokus på den verbala kommunikationen med patienten. I studier av Sjöström m.fl. (1999; 2000) och Kim m.fl. (2005) framkommer att sjuksköterskan utifrån sin erfarenhet lutar på vad patienten säger. Sjuksköterskan anser också att patienten generellt har förmåga att uttrycka sin smärta verbalt och att det främst är patienten som vet vad hon upplever. Om patienten däremot inte verbalt uttrycker smärta tolkas detta av sjuksköterskan som att patienten är smärtfri (Dihle m.fl., 2006). I en studie av Kim m.fl. (2005) anser sjuksköterskan att man inte bör vänta på att patienten uttrycker smärta, utan istället bör man uppmuntra patienten att tala om sitt tillstånd genom att aktivt fråga om smärtan. Sjuksköterskan kan fråga patienten på olika sätt (Dihle m.fl. 2006), vilket kan ge olika respons från patienten. Ställer sjuksköterskan direkta frågor som till exempel ”Har du ont?” eller ”Hur är din smärta?”, verkar detta underlätta för patienten att tala om sin smärta, medan indirekta frågor som till exempel ”Hur mår du?” inte ger patienten samma möjlighet att berätta om sin smärta.

Sjuksköterskan lägger också vikt vid hur patienten uttrycker sig när hon gör sin bedömning. Inte bara innehållet i kommunikationen spelar roll, utan även patientens sätt att tala är viktigt (Sjöström m.fl., 2000). Det framkom också i en studie av Klopper m.fl. (2005) där sjuksköterskan såg ett mönster i patienters sätt att uttrycka sin smärta när det handlade om fantomsmärtor. Enligt Sjöström m.fl. (1999) är patientens sätt att uttrycka sin smärta kombinerat med patientens utseende, aspekter som sjuksköterskan väger in i sin smärtbedömning. Relativt enkla och vaga tecken hos patienten kan tolkas av sjuksköterskan och bekräftar då patientens upplevelse av smärta. Samtidigt påtalar Dihle m.fl. (2006) att sjuksköterskor har varierande känslighet för patientens smärtuttryck, både verbala och icke verbala. Sjuksköterskan upplever ibland svårigheter att acceptera det patienten säger, och att det är svårt att inte lägga in egna värderingar i de uttalanden patienten gör (Richards & Hubbert, 2007). Följande citat visar ett exempel på problemet:

*”A challenge is keeping my own biases out of pain management. I try not to put my own subjective opinions to their pain, and I try not to judge them. Some days I am more sympathetic than others, and it has gotten easier the longer I have been a nurse”*  
(Richards & Hubbert, 2007. s. 22).

Ibland kan tvivel uppstå hos sjuksköterskan om hennes bedömning inte stämmer överens med det som patienten uttalar (Sjöström m.fl., 1999). I denna studie är dock sjuksköterskan av den uppfattningen att det är patienten som vet vad han upplever, och det är patientens uttalande som ligger till grund för sjuksköterskans bedömning. I en studie av Lauzon Clabo (2008) framkommer det att sjuksköterskan inte alltid anser patientens uttalanden som trovärdiga.

*”...the person who’s saying “My pain’s a ten out of ten”, but they’ve been down to the cafeteria four times.... and their pulse is 60 and their bloodpressure’s 120/80 and they’re a 10/10.... makes me look... and say... okay either you’re on more medication than we know you’ve been on... well there’s something going on...”* (Lauzon Clabo, 2008. s. 536).

Vidare framkommer det i en studie av Klopper m.fl. (2006), att sjuksköterskan har i åtanke att en del patienter faktiskt ljugar om sin smärta på grund av beroendeproblematik, och att det därför är av stor vikt att ta reda på om patienten verkligen upplever smärta.

I en studie av Manias m.fl. (2004) har sjuksköterskan använt sig av en numerisk smärtskala, graderad från 1-10, för att ta reda på patientens smärta. Men i samma studie framkom också att sjuksköterskan och patienten hade olika uppfattningar om vad 10 på skalan innebar, varvid skalan ansågs som något opålitlig som bedömningsinstrument, då sjuksköterskan gjorde få försök att klargöra innebörden för patienten. Sjöström m.fl. (1997) påtalar att 42 % av sjuksköterskorna använde sig av strategin att lyssna på vad patienten säger. Vidare framkommer att sjuksköterskans bedömning av patientens smärta stämmer bäst överens med patientens egen bedömning, när man använder sig av denna strategi (Sjöström m.fl., 1997; 2000).

### **Erfarenhetsbaserad bedömning**

I denna kategori ligger inte sjuksköterskans fokus på den individuella patienten, utan här är fokus på hur det brukar vara. Erfarenheten har lärt sjuksköterskan att förvänta sig den mest intensiva smärtan i det direkta postoperativa skedet när anestesi släpper (Kim m.fl., 2005). Erfarenheten har skapat modeller som används som referensram för att klassificera patienter. Denna erfarenhet påverkar och förändrar bedömningsprocessen genom att nya kriterier upptäcks och kombineras (Sjöström m.fl., 1999; 2000). Man beskriver patientgrupper som ”typer”, ”olika personligheter” och ”patientkategorier” (Sjöström m.fl., 2000). Denna typologi baseras på vad man redan vet om patienten och från tidigare erfarenhet av liknande patienter med liknande problem. Erfarenheten har lärt sjuksköterskan hur det brukar vara efter en specifik operation (Kim m.fl., 2005; Sjöström m.fl., 1997; 1999; 2000), efter en specifik diagnos (Klopper m.fl., 2006; Sjöström m.fl., 1997; 1999), specifik anestetyp (Kim m.fl., 2005; Klopper m.fl., 2006; Sjöström m.fl., 1997; 1999; 2000) och efter en viss tid efter operationen (Kim m.fl., 2005). Detta hjälper sjuksköterskan att bedöma den individuella patienten. En sjuksköterska uppgav att hon inte endast bedömde utifrån sin erfarenhet av andra patienter, utan lade även stor vikt vid sin egen personliga erfarenhet av att själv ha varit patient och upplevt postoperativ smärta (Kim m.fl., 2005). I en studie av Sjöström m.fl. (1997) framkom att det fanns större skillnader mellan patientens och de erfarna sjuksköterskornas bedömning av den postoperativa smärtan, medan det hos de mindre erfarna sjuksköterskorna visade på mindre skillnader i bedömningarna.

Studier av Sjöström m.fl. (1997; 2000) visar att ålder hos patienten har betydelse för sjuksköterskans bedömning av den postoperativa smärtan. Det framkommer att sjuksköterskan förväntar sig mer smärta hos yngre än hos äldre patienter.

*”Older people can stand more pain in some way, they make less of a fuss than younger patients who can't stand so much pain.”*  
(Sjöström m.fl., 2000. s. 277).

Detta styrks också i en senare studie av Klopper m.fl. (2005) där sjuksköterskan har upplevt toleransskillnader vad gäller smärtan hos yngre och hos äldre. Vidare tar denna Sydafrikanska studie upp ytterligare aspekter som kön och etnicitet, som också visat sig ha

betydelse i sjuksköterskans smärtbedömning. I denna studie ansåg sjuksköterskorna att det fanns en skillnad mellan män och kvinnor vad gäller smärtröskel, och att färgade generellt hade högre smärtröskel än vita och indier, eftersom dessa klagade mer över smärta. Vidare förväntade sig sjuksköterskan lite eller ingen smärta alls hos färgade postoperativt, och hos vita förväntade man sig en högre grad av smärta.

*"You will find our white patients are more inclined to feel pain. Our white and Indian patients... because they felt pain I would say more often than our black patients... compared to our black patients... I would say they have a low perception, a low pain perception."* (Klopper m.fl., 2005. s. 16).

Studien poängterar dock att smärtupplevelsen kan skilja sig åt även mellan färgade patienter, till exempel upptäcktes skillnader mellan olika stammar. Klopper m.fl. (2005) tar också upp i sin studie att sjuksköterskornas bedömning påverkas av hur mycket anestesi patienten har fått i samband med operationen. Ansåg sjuksköterskan att effekten kvarstod bedömde man patientens smärta som mild, då man litade på anestesiens effekt som en smärtlindrare.

I studier av Sjöström m.fl. (1999; 2000) framkommer att sjuksköterskan har patientens livssituation i åtanke vid smärtbedömningen, då till exempel oro kan ha påverkan på patientens smärtupplevelse och få konsekvenser i smärtbehandlingen.

*"I have to be able to understand that if I have four children at home and I go to hospital, I'll worry about what's happening at home.... I'll have a big problem with pain alleviation during that period."* (Sjöström m.fl., 2000. s. 277).

Patientgrupper med specifika sjukdomar har också påverkan på sjuksköterskans smärtbedömning. Cancerpatienter anses vara en svårbedömd grupp då det är svårt att skilja på den postoperativa smärtan och andra problem som oro och rädsla (Sjöström m.fl., 2000). Vidare anses grupper av patienter med kroniska sjukdomar vara kroniska smärtpatienter, som förväntas ha anpassat sig till sin smärta. Patienter med reumatisk artrit och kronisk höftartrit har ofta en positiv syn på sin operation och enligt sjuksköterskan har detta en positiv påverkan i den postoperativa smärtbehandlingen.

### **Rådande normer**

I en av de sökta artiklarna framkom att det sociala sammanhanget har påverkan på sjuksköterskans smärtbedömning och behandling. Denna studie av Lauzon Clabo (2008) visade att rådande normer på avdelningen styr och påverkar sjuksköterskans bedömning. Studien genomfördes på två enheter, där det framkom mönster i hur sjuksköterskorna smärtbedömer. Varje enhet hade sin gemensamma syn på hur man bör smärtbedöma postoperativa patienter, vilket färgade sjuksköterskans sätt att se på patienten.

*" There's a mindset here about pain management."* (Lauzon Clabo, 2008. s. 536).

Det var också tydligt att om man inte följde enhetens rådande strategi ansågs man vara svår att samarbeta med.

*"We did have a nurse that did not like to medicate for pain... who's no longer here... and it was a problem... 'cause I can remember when I first came here... and I'd work second shift... and you'd follow her... and she'd not medicate all day long... and these are post op patients... You all know who I'm talking about... and she never liked to medicate for pain... but now I think everybody's on the same boat. (Lauzon Clabo, 2008. s. 536).*

På en av enheterna var det rådande synsättet att inte ifrågasätta patientens trovärdighet, utan man litade på det patienten uttryckte. På denna enhet började dessutom smärtbedömningen redan innan man träffat patienten, genom att sjuksköterskan studerade medicinlistan för att se hur mycket smärtlindring patienten tidigare behövt. Genom att följa de rådande normerna upplevde sjuksköterskan att hon vann erkännande av såväl patienter som kollegor. På den andra enheten hade man en mer ifrågasättande attityd gentemot patienter med svårkontrollerad smärta, och menade att de överskattade sin smärta för att få en högre dos. Patienter som upplevde smärta utöver det som vanligen förväntades, upplevdes som svårvårdade då man inte ville störa doktorn för att få nya direktiv. På denna enhet upplevde sjuksköterskan att hon vann erkännande från kollegor och chefer då patienten följde förväntat smärtmönster och hon blev sedd som någon som inte behövde störa doktorerna.

### **Sammanfattning**

Det framkommer att sjuksköterskan inte bara använder sig av ett sätt att smärtbedöma patienten. Oftast sker en kombination av olika kriterier där sjuksköterskan väger in både hur patienten ser ut, vad patienten uttrycker och erfarenheten av hur det brukar vara. Med hjälp av sin kliniska blick observerar sjuksköterskan hur smärtan gestaltar sig hos patienten, genom att studera den generella framtoningen i kombination med de vitala tecknen. Patientens verbala uttalanden och patientens sätt att uttrycka sig på är grundläggande i sjuksköterskans smärtbedömning, även om det ibland kan uppstå tvivel när sjuksköterskans bedömning inte stämmer överens med det som patienten uttrycker. Erfarenheten av att ha vårdat många patienter med postoperativ smärta har också gett sjuksköterskan kunskap som används i omvårdnaden av den enskilde patienten. Det framkommer också att den sociala påverkan spelar roll i sjuksköterskans smärtbedömning, i form av olika syn på hur man smärtbedömer på arbetsplatsen. De specifika rådande normer som finns på varje arbetsplats färgar sjuksköterskans bedömning och handlande i den postoperativa smärtbedömningen.

Sjöström m.fl. (1997; 2000) påtalar att när sjuksköterskan lyssnade till vad patienten uttryckte så stämde sjuksköterskans smärtbedömning bäst överens med patientens egen bedömning av den postoperativa smärtan. Vidare framkom att när sjuksköterskan bedömde utefter sin tidigare erfarenhet av en viss typ av patienter, så stämde hennes bedömning sämre överens med patientens bedömning.



## DISKUSSION

### Metoddiskussion

Syftet med den här studien har varit att beskriva och analysera aktuell forskning om vad som påverkar sjuksköterskans smärtbedömning vid omvårdnad av postoperativa patienter. En litteraturstudie med kvalitativ ansats valdes för att uppnå detta syfte. Detta val av metod har gjorts medvetet med tanke på den begränsade tiden för vårt examensarbete, då en empirisk studie är betydligt mer tidskrävande. Den kvalitativa ansatsen har gett författarna möjlighet att utforska och tolka sjuksköterskors subjektiva upplevelser av att bedöma patienter i smärta. Litteraturstudien har gett författarna en god inblick i den aktuella forskningen inom ämnet. Den har styrkt tidigare forskning men också visat på en ny aspekt som påverkar sjuksköterskans smärtbedömning. Denna nya aspekt har inte framkommit i tidigare forskning och visar hur det sociala sammanhanget påverkar sjuksköterskans smärtbedömning.

För att begränsa datamaterialet till denna litteraturstudie valdes ett antal inklusions- och exklusionskriterier. Dessa kriterier kan ha begränsat studiens resultat, då ett flertal artiklar valdes bort på grund av att de inte fanns att tillgå i fulltext. Även kriteriet att endast använda artiklar med ålderskategorin vuxna har begränsat bredden på datamaterialet, då författarna fann flera artiklar som specifikt tar upp ålderskategorin barn och äldre. Kriteriet att endast använda artiklar på svenska och engelska har sannolikt begränsat datamaterialet men på grund av begränsad tid och begränsade språkkunskaper har detta kriteriet varit nödvändigt.

Trovärdigheten i studien har stärkts av att författarna har läst och kodat artiklarna var för sig. Författarna har sedan genomgående under arbetets gång jämfört och diskuterat med varandra om det meningsinnehåll som framkommit i datamaterialet. I många av de funna artiklarna har samma resultat framkommit, vilket ytterligare stärker trovärdigheten. Då författarna har viss tidigare erfarenhet av postoperativ omvårdnad, samt har ett stort intresse i att lära sig mer inom detta område, stärker även detta trovärdigheten. Som blivande sjuksköterskor med kunskap om de brister som kvarstår inom postoperativ omvårdnad, gick författarna in i detta arbete med en avsikt att få med sig så mycket kunskap som möjligt ut i arbetslivet. Författarna har också haft för avsikt att inte lägga in egna värderingar i det som framkommit, utan försökt att se med öppna ögon på sjuksköterskornas erfarenheter av postoperativ smärtbedömning, vilket ytterligare stärker trovärdigheten (jfr Ruth, 1991).

Utifrån Sjöströms studier kan författarna ha blivit påverkade angående kategoriseringen i analysförfarandet, då dessa kategorier har varit starkt framträdande. Författarna har i denna studie varit noggranna med att använda allt datamaterial som svarar mot litteraturstudiens syfte. Allt datamaterial som använts har varit etiskt granskat och författarna anser att detta lyfter kvaliteten på denna litteraturstudie. Datamaterialet som varit på engelska har så noggrant som möjligt översatts och bearbetats, och där det förekommit oklarheter kring översättningen har diskussion mellan författarna förts, för att komma fram till en gemensam tolkning, för att datamaterialet inte ska bli omkonstruerat eller förvrängt.

## Resultatdiskussion

I denna litteraturstudie framkommer fyra stora områden som tydligt påverkar sjuksköterskan i hennes smärtbedömning. Dessa områden visar tydligt att smärtbedömningen är en komplex situation för sjuksköterskan och att det är många delar som bör vägas in för att få en så korrekt smärtbedömning som möjligt.

Sjuksköterskan kan få en mycket god uppfattning av patientens tillstånd genom att titta på objektiva, generella uttryck hos patienten, såsom kroppsspråk och aktivitetsnivå. Men hur bedömer då sjuksköterskan smärta hos patienter med fysiska begränsningar såsom aktivitetsnedsättning eller förlamning? Dessa begränsningar hos patienten försvårar naturligtvis bedömningen för sjuksköterskan, eftersom motorisk oro och ansiktsuttryck, som kan vara vägledande tecken för sjuksköterskan, saknas hos dessa patienter.

Något som ytterligare kan försvåra bedömningen för sjuksköterskan är när patienten inte kan uttrycka sig verbalt. Dessa verbala och fysiska begränsningar hos patienten ställer höga krav på sjuksköterskans kompetens vad gäller smärtbedömningen, då hon får förlita sig på vitala tecken och tidigare erfarenhet av en viss typ av patienter. Dessvärre visar denna litteraturstudies resultat att vid de tillfällen då sjuksköterskan har bedömt utifrån hur det brukar vara för en viss typ av patienter, har detta visat sig stämma dåligt med vad patienten själv upplever. Följden för patienten i dessa fall blir en försämrad omvårdnads kvalitet och en otillräcklig smärtlindring.

Lite förvånande är att det i studiens resultat framkommer att de mer erfarna sjuksköterskorna tenderade att i högre grad undervärdera patienternas smärta, jämfört med de mindre erfarna sjuksköterskorna. Vad beror detta på? Erfarenhet borde ge mer kunskap och därmed en mer korrekt smärtbedömning. Kanske kan det bero på att nyutbildade och oerfarna sköterskor är mer uppmärksamma och sensitiva för vad patienten uttrycker, då de saknar erfarenheten av hur det brukar vara. Möjligen kan det också vara så att den erfarna sjuksköterskan tappat sensitiviteten för den enskilde patienten, genom att mer förlita sig på sin erfarenhet. Erfarenhet är en tillgång och ett viktigt komplement i smärtbedömningen, om den omsätts i den individuella patientsituationen. Detta talar starkt för behovet av kontinuerlig fortbildning, för att påminna och aktualisera vikten av den individuella patientens subjektiva upplevelse av smärta. Dahlman m.fl. (1999) styrker detta i sin studie genom att konstatera, att patienterna faktiskt upplevde en bättre smärtlindring efter att personalen genomgått utbildning inom ämnet.

I resultatet framkommer vikten av att lita på det patienten uttrycker verbalt, och att lyssna till hur patienten uttrycker sig, samt att kombinera detta med patientens objektiva utseende. Detta styrks av Dahlberg m.fl. (2003), som påtalar hur viktigt det är att uppmärksamma patienten, för att denne skall bli delaktig i sin hälsoprocess. Smärta är en individuell upplevelse, och för att förstå om patienten upplever smärta eller ej, är det av yttersta vikt för sjuksköterskan att hitta kärnan i patientens uttalande. Därför krävs av sjuksköterskan att hon har en förmåga att tolka och sammanfoga det som patienten ger uttryck för.

En av frågeställningarna i denna litteraturstudie var om det finns brister i kommunikationen mellan sjuksköterska och patient. Det framkommer att sjuksköterskor använder sig av olika sätt att kommunicera med patienten, vilket gör det mer eller mindre lätt för patienten att tala om sin smärta. Det är angeläget att sjuksköterskan reflekterar över

hur hon frågar patienten om smärtan, då studiens resultat visar på vikten av att aktivt ställa direkta frågor till patienten, för att denne skall ha lättare att tala om sin smärta. En patient som inte uttrycker smärta verbalt tolkas ofta av sjuksköterskan som en smärtfri patient. Denna slutsats ger utrymme för feltolkningar eftersom det finns stora variationer i hur människor har för vana att uttrycka sig. En del människor klagar inte i onödan, utan behöver få en direkt fråga för att öppna sig och berätta om sin smärta. Kanske är det här det brister i kommunikationen, när sjuksköterskan inte har för vana att ställa dessa direkta frågor till patienten.

I en tidigare studie av Nelson, m.fl. (1998) framkom att oro inför en operation leder till ökad smärta postoperativt. Detta styrks även i denna litteraturstudies resultat, då Sjöström m.fl. (1999; 2000) påtalar att oro har påverkan på patientens upplevelse av den postoperativa smärtan. Därför är det viktigt att sjuksköterskan bildar sig en uppfattning om hur patienten upplever hela sin situation, då det finns mycket som kan påverka och oroa patienten, utöver själva operationen. I dagens samhälle lever många människor ensamstående, med ansvar för barn och hem, och saknar tryggheten i att ha ett socialt kontaktnät runtomkring sig. Det är av stor vikt att sjuksköterskan är uppmärksam, inte bara på patientsituationen, utan även på hela livssituationen hos patienten. Sjuksköterskan behöver vara sensitiv för patientens behov och vara beredd att stötta patienten. Det kan handla om en så enkel sak som att ringa ett telefonsamtal för att stilla patientens oro. Detta för att kunna ge patienten en så optimal smärtlindring som möjligt.

En intressant aspekt som uppkommit är att sjuksköterskan uppfattar en skillnad mellan färgade och vita vad gäller smärtupplevelse. Detta resultat framkom i en sydafrikansk studie (Klopper m.fl., 2006), och visade sig ha påverkan på sjuksköterskans smärtbedömning. Av erfarenhet har sjuksköterskan lärt sig att vita brukar klagat mer än färgade, och tolkar därför detta som att vita har mer ont. Varför klagat vita mer över smärta än färgade? Olika kulturer kan vara en förklaring till detta fenomen, då det skiljer sig åt huruvida det är accepterat att uttrycka smärta inom olika kulturer. Man kan också fundera över om detta fenomen är specifikt just för Sydafrika eller om detta är ett generellt antagande även i andra delar av världen. Sydafrika har trots allt en historia med apartheid, som har gjort skillnad på färgade och vita, och kanske influerar detta synsätt fortfarande befolkningen.

Sverige är idag ett land som ökar i kulturell mångfald, och detta kommer även att synas i sjukvården. Hur ser sjuksköterskor i Sverige på andra kulturers uttryckssätt vad gäller postoperativ smärta? Finns det även här en förutfattad mening om olika smärttröskel hos olika kulturer? Enligt Yellen (2003) kan bristande förståelse för andra kulturers uttryckssätt vara en orsak till att sjuksköterskan undervärderar patienters smärta. Rimligtvis borde det inte finnas skillnader i smärttolerans mellan människor med olika etnicitet. Troligtvis är det snarare så att det skiljer sig åt i uttryckssätt, och det är en stor utmaning för sjuksköterskan att kunna tolka och bedöma dessa patienter på ett korrekt sätt.

En ny och väldigt intressant aspekt som framkommit i denna litteraturstudie, är att den rådande normen på arbetsplatsen, det vill säga hur man ser på smärtlindring, har visat sig vara något som till stor del styr sjuksköterskan. En möjlig orsak till detta kan vara att det handlar om rädsla eller osäkerhet, för att gå utanför ramarna från det som gäller på arbetsplatsen. Som ny sjuksköterska med begränsad erfarenhet är det förmodligen svårt att

inte ta efter de rådande normerna, då man inhämtar en stor del av sin kunskap genom att lära av sina kollegor och är mån om att hitta sin roll såväl som sjuksköterska som i arbetslaget. Men även som erfaren sjuksköterska kan det vara svårt att inte falla in i det rådande mönstret då man kanske är mån om att passa in i arbetslaget.

Är det bra med rådande normer angående smärtbedömning på arbetsplatsen, eller begränsar det befintlig kunskap hos sjuksköterskan? Eventuellt kan det vara så att en erfaren sjuksköterska faktiskt frångår sina teoretiska kunskaper bara för att passa in i det rådande mönstret på arbetsplatsen. Konsekvensen kan då bli en otillfredsställd patient som inte får den vård och smärtlindring den har rätt till. Enligt Eriksson (1994) utsätts patienten för ett onödigt vårdlidande, ofta på grund av ett omedvetet handlande och en avsaknad av reflektion från sjuksköterskans sida. Det är därför av stor vikt att detta problem medvetandegörs inom den postoperativa omvårdnaden för att stärka den professionella sjuksköterskans teoretiska kunskaper, och därmed ge patienten en så adekvat vård som möjligt.

Är de rådande normerna osunda och mindre utvecklade, kan detta bidra till inre konflikter hos sjuksköterskan, då hennes egna värderingar inte stämmer överens med de normer som råder. Att gå emot rådande normer är aldrig enkelt, då det kan leda till konflikter inom arbetsgruppen som till exempel utfrysning eller mobbning. Det är viktigt att sjuksköterskan känner sig trygg i sin yrkesroll och litar på sin kunskap, om hon ska ha förmåga att stå upp för sin åsikt. Är normerna sunda och väl utvecklade, kan detta istället bidra till en god arbetsmiljö där sjuksköterskan upplever arbetstillfredsställelse. Men vad är då sunda normer? Då många patienter idag fortfarande upplever en otillfredsställelse med sin smärtlindring, kan man konstatera att detta är ett problem som behöver lyftas upp så att de rådande normerna kan vidareutvecklas. Denna litteraturstudies resultat talar ändå för att sunda normer innebär att man bör lyssna på och se på patienten som en egen individ. Det är inte alltid lätt men nödvändigt, att sjuksköterskan frångår sina egna förutfattade meningar om hur det brukar vara, eftersom smärta är en subjektiv upplevelse, och det är endast patienten själv som kan tala om hur det är. Trots att det finns mycket kunskap inom området är det uppenbart att den inte alltid omsätts i praktiken. Detta styrks av Mac Lellan (2004) som påtalar att sjuksköterskorna borde börja använda den teoretiska kunskapen även i praktiken.

Den sociala miljön påverkar uppenbarligen sjuksköterskan på flera sätt. Vilket blir resultatet för patientens del om sjuksköterskan strävar efter att vinna erkännande från sina kollegor? Om sjuksköterskans fokus ligger på att få erkännande från kollegor och läkare hamnar uppenbarligen inte patientens välbefinnande i centrum. Risken är då att patienten inte blir sedd och hörd i sin smärta. Om sjuksköterskan däremot sätter stort värde i att få erkännande från patienten, talar detta för en sund inställning där patientens välbefinnande går före erkännande från kollegor. När patienten upplever att sjuksköterskan lägger sin uppmärksamhet på dennes välbefinnande, bäddar detta för en optimal smärtlindring.

Ska man se det som ett misslyckande inom sjukvården att det sociala sammanhanget har så stor påverkan på sjuksköterskans smärtbedömning? Kan man uppnå Sjöströms (1995) postoperativa mål, som innebär att patienten skall vara avslappnad och smärtlindrad, när de rådande sociala normerna så starkt färgar sjuksköterskans agerande? Uppenbarligen väger det tungt för sjuksköterskan att passa in i de normer som råder, och det är förvånande att man till och med bortser från patientens välbefinnande och de egna teoretiska kunskaperna

för att inte gå emot strömmen, och bli betraktad som en besvärlig medarbetare. Professionaliteten hos sjuksköterskan kan verkligen ifrågasättas i detta sammanhang. Detta problem behöver därför ytterligare belysas och lyftas fram inom sjukvården, för att undvika det vårdlidande som kan uppstå till följd av detta.

Ledningen på en arbetsplats har stor inverkan på den rådande atmosfären, och färgar därmed de osynliga regler och normer som finns på en arbetsplats. Därför är det av stor vikt att ledningens inställning till hur arbetet bör utföras, är centrerad till patientens välbefinnande, och att det finns en vilja att ständigt utveckla och förbättra detta område. Ett stort ansvar vilar på ledningen i att fortlöpande vidareutbilda sin personal samt att föra aktuella diskussioner och medvetandegöra detta ämne på arbetsplatsen. Ledningen bör ha tydliga mål angående vilka smärtbedömningsnormer som skall gälla på avdelningen, för att få personalgruppen att sträva mot samma mål. Detta gynnar både personal och patienter, då omvårdnaden av patienten blir konsekvent.

I dagens sjukvård har sjuksköterskan en samordnande funktion omkring patienten, som tar mycket tid från den patientnära omvårdnaden, varför sjuksköterskan har väldigt liten tid att uppmärksamma små nyanser hos patienten och därmed bilda sig en korrekt helhetsbild av situationen. Följden av detta kan bli att patienten inte blir uppmärksammas och tillfredställd i sin smärtsituation. Ett sätt att närma sig detta problem är enligt Inde (2006) att sjuksköterskan arbetar med patientnärmre vård, vilket innebär att sjuksköterskan deltar i hela omvårdnaden och inte bara i vissa delar av den. Det är av stor vikt att sjuksköterskan kan och har möjlighet att bedöma, observera och värdera patientens tillstånd för att kunna ge en optimal omvårdnad, men enligt Inde (2006) krävs då att sjuksköterskan ansvarar för ett begränsat antal patienter. Det ligger på ledningens ansvar att motivera och utveckla omvårdnadsarbetet mot en mer patientnära vård, för att uppnå de bästa förutsättningarna för en god omvårdnad där både omvårdnadspersonal och patienter känner tillfredställelse (Inde, 2006).

## **Konklusion**

Postoperativ smärtbedömning är ett komplext område där många aspekter påverkar sjuksköterskan. Denna litteraturstudie påvisar tydligt olika områden som sjuksköterskan använder sig av i sin bedömning av postoperativa patienter. En vanligt förekommande strategi när sjuksköterskan smärtbedömer är att observera patientens ansiktsuttryck, kroppsspråk och vitala tecken. Men den strategi som visat sig stämma bäst överens med patientens egen bedömning av smärtan, har varit när sjuksköterskan lyssnat på det patienten säger. För att få en fungerande relation mellan sjuksköterska och patient är kommunikationen av stor betydelse. Det har visat sig vara av stor vikt att sjuksköterskan ställer konkreta frågor om patientens smärta, för att få en så optimal uppfattning av patientens smärttillstånd som möjligt. Denna litteraturstudies resultat visar förvånansvärt nog att erfarenheten inte alltid bidrar till en bättre smärtbedömning, då det framkommer att mindre erfarna sjuksköterskor smärtbedömer mer korrekt. Behov finns av ytterligare fortbildning i att verkligen se den individuella patientens upplevelse av smärta. Det nya som framkommit i denna studie, nämligen det sociala sammanhanget med rådande normer och dess påverkan på sjuksköterskans smärtbedömning, behöver forskas vidare på. Det saknas en medvetenhet om detta problem i vården, och det är av stor vikt att medvetandegöra detta områdes påverkan, för att stärka den professionella sjuksköterskans teoretiska kunskaper, och därmed förhindra onödigt vårdlidande för patienten.

## REFERENSLISTA

- Burnard, P. (1996). Teaching the analysis of textual data: an experiential approach. *Nurse Education Today*, (16), 278-281.
- Carr, E. C. J. (1990). Postoperative pain: patients' expectations and experiences. *Journal of Advanced Nursing*, (15), 89-100.
- Celia, B. (2000). Age and gender differences in pain management following coronary artery bypass surgery. *Journal of Gerontological Nursing*, 26 (5), 7-13.
- Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud, B-O. & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Studentlitteratur.
- 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., Bjöhlseth, G. & Helseth, S. (2006). The gap between saying and doing in postoperative pain management. *Journal of Clinical Nursing*, (15), 469-479.
- Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Stockholm: Liber Utbildning.
- Friberg, F. (2006). *Dags för uppsats- vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.
- IASP. (1979). Pain terms: A list with definitions and notes on usage. *Pain*, (6), 249.
- Idvall, E. (2004). Quality of care in postoperative pain management: what is realistic in clinical practice? *Journal of Nursing Management*, (12), 162-166.
- Idvall, E., Hamrin, E., Sjöström, B. & Unosson, M. (2002). Patient and nurse assessment of quality of care in postoperative pain management. *Quality and safety in health care*, (11), 327-334.
- Inde, M. (2006). Framtidens vårdmodell: Patientnärmre vård- Hur gör man? Utvecklingsstaben, Landstinget i Värmland.
- Kim, S. H., Schwartz-Barcott, D., Tracy, S. M., Fortin, J. D. & Sjöström, B. (2005). Strategies of pain assessment used by nurses on surgical units. *Pain Management Nursing* 6 (1), 3-9.
- Klopper, H., Andersson, H., Minkinen, M., Ohlsson, C. & Sjöström, B. (2006). Strategies in assessing postoperative pain- A South African study. *Intensive and Critical Care Nursing*, (22), 12-21.

- Lauzon Clabo, L. M. (2008). An ethnography of pain assessment and the role of social context on two postoperative units. *Journal of Advanced Nursing*, 61 (5), 531-539.
- Linton, S. J. (2005). *Att förstå patienter med smärta*. Lund: Studentlitteratur
- Mac Lellan, K. (2004). Postoperative pain: strategy for improving patient experiences. *Journal of Advanced Nursing*, 46 (2), 179-185.
- Manias, E., Bucknall, T. & Botti, M. (2004). Assessment of patient pain in the postoperative context. *Western Journal of Nursing Research*, 26 (7), 751-769.
- Medicinska forskningsrådets nämnd för forskningsetik. (2003). *Riktlinjer för etisk värdering av medicinsk humanforskning: Forskningsetisk policy och organisation i Sverige*. Stockholm: Medicinska forskningsrådet (MFR).
- Nelson, F. V., Zimmerman, L., Barnason, S., Nieveen, J. & Schmaderer, M. (1998). The relationship and influence of anxiety on postoperative pain in the coronary artery bypass graft patient. *Journal of Pain and Symptom Management*, 15 (2), 102-109.
- Polit, D. F. & Tatano Beck, C. (2003). *Nursing research - Principles and Methods*. (7:e uppl.). Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Richards, J. & Hubbert, A. O. (2007). Experiences of expert nurses in caring for patients with postoperative pain. *Pain Management Nursing*, 8 (1), 17-24.
- Ruth, J-E. (1991). Reliabilitets- och validitetsfrågan i kvantitativ respektive kvalitativ forskningstradition. *Gerontologia*, 5 (4), 277-290.
- Sjöström, B. (1995). *Assessing acute postoperative pain. Assessment strategies and quality in relation to clinical experience and professional role*. Vasastadens bokbinderi AB, Göteborg.
- Sjöström, B., Dahlgren, L. O. & Haljamäe, H. (1999). Strategies in postoperative pain assessment: validation study. *Intensive and Critical Care Nursing*, (15), 247-258.
- Sjöström, B., Dahlgren, L. O. & Haljamäe, H. (2000). Strategies used in postoperative pain assessment and their clinical accuracy. *Journal of Clinical Nursing*, (9), 111-118.
- Sjöström, B., Haljamäe, H., Dahlgren, L. O. & Lindström, B. (1997). Assessment of postoperative pain: impact of clinical experience and professional role. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, (41), 339-344.
- Sjöström, B., Jakobsson, E. & Haljamäe, H. (2000). Clinical competence in pain assessment. *Intensive and Critical Care Nursing*, (16), 273-282.
- Streubert Speziale, H. J. & Carpenter, D. R. (2003). *Qualitative Research in Nursing Advancing the Humanistic Imperative* (3:e uppl.). Philadelphia: Lippincott.

Svensson, I., Sjöström, B. & Haljamäe, H. (2000). Assessment of pain experiences after elective surgery. *Journal of Pain and Symptom Management*, 20 (3), 193-201.

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

Yellen, E. (2003). The influence of nurse-sensitive variables on patient satisfaction. *Association of periOperative Registered Nurses, AORN Journal* 78 (5), 783-793.