



Blekinge Tekniska Högskola
Sektionen för hälsa

SJUKSKÖTERS KANS BEDÖMNINGAR AV POSTOPERATIV SMÄRTA

EN LITTERATURSTUDIE

ANNA FAGERBERG
ULRIKA LARSSON

Examensarbete i vårdvetenskap
VO 1303
Sjuksköterskeprogrammet 180 hp
Maj 2010

Handledare Catrin Berglund-Johansson
Blekinge Tekniska Högskola
Sektionen för hälsa
371 79 Karlskrona

SJUKSKÖTERSKANS BEDÖMNINGAR AV POSTOPERATIV SMÄRTA

EN LITTERATURSTUDIE

ANNA FAGERBERG
ULRIKA LARSSON

Fagerberg, A. & Larsson, U. Sjuksköterskors bedömningar av postoperativ smärta. *Examensarbete i vårdvetenskap 15 högskolepoäng*. Blekinge Tekniska Högskola, Sektionen för hälsa, 2010.

SAMMANFATTNING

Den postoperativa perioden börjar direkt efter operationen. Sjuksköterskan har ett ansvar att tillgodose patientens fysiologiska och psykologiska behov och sjuksköterskan behöver också ha kunskap om att obehandlad smärta kan ge negativa följder för patientens tillfrisknande. Syftet med studien var att belysa hur sjuksköterskan kan bedöma postoperativ smärta samt vad dessa bedömningar kan baseras på. Metoden som användes var litteraturstudie med kvalitativ design. Artiklarna analyserades med hjälp av Graneheim och Lundmans (2004) beskrivning av innehållsanalys för att finna essensen i artiklarnas resultatdelar. Artiklarnas resultat kunde tolkas att förstås under tre kategorier som berörde hur sjuksköterskorna kunde bedöma postoperativ smärta. Dessa var baserade på objektiva faktorer, verbala faktorer, och typologi, medan två kategorier berörde vad dessa bedömningar kunde baseras så som sjuksköterskans erfarenhet och kunskap samt även på de samt rutiner och policy som fanns för postoperativ smärtbedömning. Slutsatser som kan dras utifrån denna litteraturstudie indikerar att det finns behov av mer forskning kring postoperativ smärtbedömning och att sjuksköterskans yrkeserfarenhet, attityd samt teamarbete har en avgörande betydelse vid bedömningen av postoperativ smärta.

Nyckelord: objektiv smärtbedömning, omvårdnad, typologisk smärtbedömning, verbal smärtbedömning.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

| | |
|--|-----------|
| INLEDNING | 2 |
| BAKGRUND | 2 |
| Smärtans fysiologi..... | 2 |
| Postoperativ smärta | 3 |
| Sjuksköterskans roll vid bedömning av postoperativ smärta..... | 3 |
| Sjuksköterskans delaktighet minskar vårdlidandet hos patienten | 4 |
| SYFTE | 5 |
| METOD | 5 |
| Urval..... | 5 |
| Analys..... | 6 |
| RESULTAT | 7 |
| Postoperativa smärtbedömningar baserade på objektivitet | 7 |
| Postoperativa smärtbedömningar baserade på verbala uttryck | 8 |
| Typologiska bedömningar av postoperativ smärta..... | 8 |
| Erfarenheter och kunskap kontra postoperativ smärtbedömning | 9 |
| Rutiner och policy kontra postoperativ smärtbedömning | 10 |
| DISKUSSION | 11 |
| Metoddiskussion..... | 11 |
| Resultatdiskussion | 12 |
| SLUTSATS | 14 |
| BILAGEFÖRTECKNING | 19 |

INLEDNING

Det finns många olika metoder som sjuksköterskan kan använda sig av vid bedömning av patienters postoperativa smärta. Trots detta visar olika studier att patienter kan gå igenom onödigt lidande på grund av otillräcklig smärtlindring (Dihle, Bjølseth, & Helseth, 2006; Manias, Botti, & Bucknall, 2002; Lauzon Clabo, 2002). Tillvägagångssättet vid bedömningen av postoperativ smärta varierar beroende på sjuksköterskans erfarenhet, kunskap, attityd, otillräcklig kommunikation mellan sjuksköterskan och patienten. Den kliniska blicken har en avgörande och viktig roll i smärtbedömningen. Valet av ämne till litteraturstudien avgjordes av att det fanns ett intresse hos oss som blivande sjuksköterskor att erhålla kunskap om hur och med vilka metoder sjuksköterskor kan tänkas bedöma postoperativ smärta hos patienten.

BAKGRUND

Smärtans fysiologi

Autonoma nervsystemet delas in i sympatiska- och parasympatiska nervsystemet vid en smärtutlöst situation leds elektriska impulser som en signal upp till talamus i hjärnan och vidare till somatosensoriska delen av hjärnbarken där det sker en tolkning av smärtan och en bearbetning. Smärtimpulserna analyseras, vilken typ av smärta? Var kommer smärtan ifrån? Hur kraftig är den? Hjärnan minns tidigare smärtupplevelser som finns lagrade i hjärnans minnescentrum vilket ökar beredskapen som i sin tur får igång det autonoma nervsystemet (Almås, Valand, Bilicz & Bertzen, 2002).

Øvereng (2005) beskriver smärtröskeln som den lägsta påverkan människan känner som smärta och hör samman med den sensoriska delen av hjärnan. Postoperativ smärta är en generell och mänsklig upplevelse som består av en emotionell och en sensorisk del. Smärttolerans kan definieras som det högsta läget som människan säger sig uthärda. Smärtröskel är vad varje patient upplever som smärta och kan inte påverkas av yttre faktorer, men sjuksköterskan kan öka patientens smärttolerans genom trygghet, bra information, tillit och välbefinnande (ibid.).

När det autonoma (självständiga) nervsystemet som styr hjärtat, glatt muskulatur och körtlar aktiveras blir det ett sympatikuspåslag vilket leder till att kroppen ställer in sig på beredskap att fly undan fara. Hjärtat börjar pumpa fortare vilket leder till en ökad pulsfrekvens, blodkärlen i de inre organen drar ihop sig för att det ska bli mera blod till skelettmuskulaturen. Energiomsättningen leder till en ökad svettning på grund av att kroppen vill göra sig av med överskottsvärme. Aktiviteten i det sympatiska nervsystemet påverkar flera målorgan vilket leder till att binjuremärgen producerar adrenalin till blodbanan. Adrenalin är ett hormon som utsöndras vid stress och rädsla (Haug, Bjålie, Sand, & Sjaastad, 2007).

Lindholm (2003) redovisar att när ett sår smärtar efter ett kirurgiskt ingrepp utsätts patienten för postoperativ smärta och kroppen utsätts för stress, vilket påverkar kapillärerna som finns under sårets yttersta skikt. Detta leder till att kapillärerna drar ihop sig och det uppstår syrebrist och näringstillförseln

försämras till sårområdet vilket leder till en risk att utveckla en infektion i såret. Smärtan blir en bidragande orsak till att patienten blir nedstämd, orolig, rädd, mister aptiten och blir mindre aktiv. När smärta uppstår är det en naturlig reaktion för kroppen att inte vilja röra på sig vilket leder till en försämrad syresättning i vävnaden som leder till vävnadsskada. Får patienten smärtlindring i god tid blir mobiliseringen bättre och vävnaden får syre vilket stimulerar läkningen av såret (Lindholm, 2007).

Postoperativ smärta

Øvereng (2005) redovisar att postoperativa smärtor kan räknas som akuta och är ofta en kombination av vävnadsskada, smärta och ångest. Graden av ångest varierar individuellt och smärtan är oftast övergående efter några dagar beroende på ingrepp. Fysiologiskt kommer kroppen att anpassa sig så att parametrar som vidgad pupill, förhöjd hjärt- och andningsfrekvens och blodtrycksförändringar normaliseras även om patienten fortfarande kan uppleva smärta. Varaktiga smärtor som inte lindras blir svårare att behandla eftersom smärtimpulserna i nervsystemet blir känsligare för stimuli och det krävs inte lika mycket stimuli för att patienten ska känna smärta. Kroniska smärtor består en viss tid och kan inte alltid förklaras och karakteriseras som depression, sömnstörningar, inaktivitet och isolering. Genom att ge god postoperativ smärtlindring kan sjuksköterskan förhindra att kroniska smärttillstånd utvecklas (Øvereng, 2005).

Zederfeldt (1996) beskriver att ett operationssår orsakas av vassa instrument vilket ger mindre vävnadsskada än till exempel ett sår från ett olycksfall. De flesta operationssår sutureras med sårkanterna mot varandra vilket borde vara det ideala för en snabbare läkningsprocess. Det finns alltid en risk för infektion i alla operationssår som sjuksköterskan bör kontrollera postoperativt (Zederfeldt, 1996).

Holm och Hansen (2000) belyser att den postoperativa perioden börjar när operation är avslutad. Patienten förs till en postoperativ avdelning för kontinuerlig tillsyn under några timmar. Ingreppets storlek och patientens tillstånd är avgörande för hur länge patienten behöver stanna på den postoperativa avdelningen. Under den första postoperativa delen är det störst risk för komplikationer och patienten bör övervakas noga. Sjuksköterskan som tar emot patienten gör en bedömning av patientens fria luftvägar, observerar andning, cirkulation, vätskebalans samt operationsförbandet inspekteras för att upptäcka en eventuell blödning och kontrollerar om patienten kan röra på kroppen och känner beröring samt ger patienten en god smärtlindring. På uppvakningsavdelningen är det sjuksköterskans uppgift att tillgodose patientens fysiska och psykiska behov. Postoperativ smärta sitter vanligtvis i tre till fyra dagar beroende på ingrepp och vad patienten har för smärttolerans. Målet är att patienten ska vara smärtfri (Holm & Hansen, 2000).

Sjuksköterskans roll vid bedömning av postoperativ smärta

Vid bedömning av postoperativ smärta är det viktigt att skilja på smärta orsakad av sjukdomstillståndet och smärta orsakad av ingreppet (Hawthorn & Redmond, 1999). Wickström, Nordberg, Bergh, Gaston Johansson och Sjöström (2007) anser att sjuksköterskans bedömning var avgörande för en effektiv postoperativ smärtlindring. Deras studie (ibid.) visade även att sjuksköterskan ofta underskattar smärtintensiteten och patientens lidande och att även om

smärtmätninginstrument fanns så användes inte dessa vid smärtbedömningarna (Wickström et al., 2007).

Stridsberg och Billing, (1999) beskriver smärta är vad patienten säger gör ont och att det viktigaste i smärtbedömningen är att ha en dialog med patienten. Smärtbehandling bör alltid anpassas individuellt och kan inte standardiseras. En anamnes som fastställer smärtans karaktär är viktigast för att kunna smärtlindra med full effekt (ibid.). Sjuksköterskan kan underlätta för patienten genom att ställa raka och tydliga frågor och att alltid tro på vad patienten säger. Smärtan kan göra att patienten har svårt att hitta rätt ord som beskriver smärtupplevelsen vilket kan försvåra den postoperativa bedömningen för sjuksköterskan (Hawthorn & Redmond, 1999).

Holm och Hansen (2000) beskriver en mall som kan följas i smärtbedömningen som består av tre punkter. Under den första punkten bedöms om smärtan kommer av ingreppet eller om det finns en annan orsak som stramande muskler till exempel. Den andra punkten berör frågan om det är en väntad postoperativ smärta eller om det är en komplikation till operationen. Det krävs erfarenhet, anamnes och undersökning för att kunna avgöra det. Under den tredje punkten beskrivs bedömningen utifrån blodtryck, temp, andning och fysisk undersökning. Postoperativ övervakning slutar när patienten är stabil i sin andning och cirkulation, är vaken och kan larma vid behov av hjälp (Holm & Hansen, 2000).

Stridsberg och Billing (1999) beskriver att det finns ca 200 olika mätinstrument för att bedöma postoperativ smärta, var och en med både fördelar och nackdelar. För att de ska bli användbara bör de vara tillförlitliga och lätta att använda för sjuksköterskan och patienten. Ett mätinstrument kallas VAS, är en visuell analog skala som består av en gradering mellan noll till tio cm, där noll är ingen smärta och tio är värsta tänkbara smärtan. Patienten sätter markören någonstans mellan noll och tio för att visa sjuksköterskan hur smärtan upplevs. Sjuksköterskan gör en kontroll hur patienten upplever sin smärta före och efter smärtlindring ges för att kunna ge en så optimal smärtlindring som möjligt. Rawal (1999) beskriver numerisk skala som liknar VAS- skalan men är något förenklad och kräver ingen extra utrustning. Patienten graderar sin smärtintensitet med ord från noll till tio.

Persson och Östman (2004) beskriver ett annat smärtmätninginstrument vid namn PACU (Post-Anaesthesia Care Unit) som är en engelsk metod för att mäta postoperativ smärta på ett strategiskt sätt. Mätningen görs av patientens rastlöshet, muskelspänning, ansiktsgrimaser och ljud. Poäng sätts från noll till tre där lugn uppskattas till noll och mycket rastlös graderas till tre poäng (Persson & Östman, 2004).

Øvereng (2005) framför att ro i sinnet ger ro i kroppen. Om patienten är fri från oro och smärta slappnar muskler av vilket ger patienten sinnesro. Komponenter som spända muskler, rädsla och smärta påverkar varandra och kan utvecklas till en ond cirkel som blir ett lidande för patienten. Är patienten trygg har sjuksköterskans goda möjligheter att lindra smärta och obehag.

Sjuksköterskans delaktighet minskar vårdlidandet hos patienten

Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud och Fagerberg (2003) definierar vårdlidande där människan som är i behov av sjukvård blir åsidosatt. Patientens

lidande uppmärksammas inte och följderna av det blir att patienten berövas sin rätt att vara aktiv i vårdandet samt i sin hälsoprocess. När patienten inte blir sedd eller hörd kränks självkänslan och känslan av otrygghet kommer upp.

Patienten blir väldigt sårbar och utlämnad i ett sjukdomstillstånd och är i behov av sjukvårdspersonalens kompetens och välvilja. Smärta är oftast från början spontan och blir en del av patientens kropp. Välbefinnande och lidande kan klarläggas från olika perspektiv och kan bara uttryckas av patienten som lever i sin smärta. Sjuksköterskan måste vara kunnigt medveten om hur den subjektiva kroppen reagerar av smärta samt se situationen ur ett helhetsperspektiv för att kunna hjälpa patienten. (Dahlberg et al., 2003).

SYFTE

Syftet med denna studie var att belysa hur sjuksköterskor bedömde postoperativ smärta samt vad dessa bedömningar kunde baseras på.

METOD

Föreliggande litteraturstudie baseras på artiklar med kvalitativ design, detta då författarna ville fokusera sjuksköterskornas upplevelser och tankar kring fenomenet postoperativ smärtbedömning. Kvalitativ design lämpar sig särskilt väl enligt Willman, Stoltz och Bahtsevani (2006). En av fördelarna med kvalitativ metod är att den framhåller de holistiska, kraftfulla och individuella aspekterna av människors upplevelser och försöker fånga dessa i sin helhet i anknytning med dem som varit med om det (Polit, & Beck, 2008). De inkluderade artiklarna beskrev studier som hade använt en kvalitativ design. Tillvägagångssättet var att med hjälp av förutbestämda sökord söka i olika databaser och komma fram till relevanta artiklar som gick att använda i litteraturstudien. Artiklarnas resultatdelar analyserades med hjälp av en innehållsanalys beskriven av Granheim och Lundman (2004) samt genomgått en kvalitetsbedömning enligt Willman et al. (2006).

Urval

Till litteraturstudien inkluderades endast artiklar skrivna på svenska eller engelska samt att artiklarna skulle vara vetenskapligt granskade (peer review). Enligt Willman et al. (2006) innebar det att samtliga vetenskapliga artiklar skulle vara granskade av expertis innan publicering (ibid.). Studierna skulle vara publicerade mellan 2000-2010 samt vara tillgängliga i fulltext. Endast studier med vuxna (18-65 år) patienter inkluderades.

Willman et al. (2006) beskriver att samtliga sökord ska undersökas för att få fram de referenser som är relevanta (ibid.). Sökorden bedömning, postoperativ smärta samt sjuksköterska översattes till engelska och användes i kronologisk ordning och kombinerades med en "AND"-sats mellan varje sökord i varje databas där det var tekniskt möjligt. I databaser där det inte gick att kombinera på detta sätt söktes samtliga sökord med en "AND"-sats i en enkel sökning.

Granskär och Höglund-Nielsen (2008) gav förslag på databaserna PubMed och Cinahl som innefattade omvårdnadsvetenskapliga artiklar som författarna till den kommande studien kunde använda sig av. Sökningarna genomfördes i Cinahl som var inriktat på omvårdnadsvetenskapliga artiklar och resulterade i nitton artiklar i första sökningen, varav fyra artiklar inkluderades, resterande femton artiklar valdes bort efter att ha granskat studiernas abstrakt och dessa ej svarade mot detta arbetets syfte. MedLine inriktade sig på områden inom medicin samt omvårdnadstidskrifter. Vid sökningen i MedLine som är en referensdatabas användes MeSH-termer. Sökningen resulterade med två stycken artiklar varav båda valdes bort efter att ha granskat studiernas abstrakt och dessa ej svarade mot detta arbetets syfte. PubMed innehöll artiklar i medicin samt omvårdnad, sökningen resulterade i femton artiklar varav en artikel valdes till den kommande studien. Resterande fjorton artiklar valdes bort efter att ha granskat studiernas abstrakt och dessa ej motsvarade arbetets syfte. Elin@blekinge är en sökmotor på Blekinge Tekniska Högskola där artiklar i fulltext hittades som hade en inriktning i omvårdnadsvetenskap. Sökningen resulterade i 70 stycken artiklar varav 32 abstrakt lästes. Elva artiklar utav 32 valdes efter lästa abstrakt, de resterande 38 artiklarna exkluderades efter att ha granskat studiernas abstrakt och de ej motsvarade arbetets syfte.

Från de olika databaserna valdes 19 relevanta artiklar som skrevs ut i pdf-format och lästes i fulltext (bilaga 1). Efter läsning valdes tre artiklar utav de nitton. Resterande femton artiklar valdes bort för att de inte var förenliga med syftet. Ytterligare fem sökningar gjordes i sökmotorn Elin@blekinge där fyra artiklar påträffades vid olika tillfällen som resulterade i att författarna hade sju relevanta, kvalitativa artiklar att använda till litteraturstudien.

Artiklarna kvalitetsgranskades med hjälp av Willman och kollegors (2006) föreslagna bedömningsmall (bilaga 2). Etiska aspekter valdes ur Olsson och Sörensen (2007) för att få fram värdet av hur viktigt det är att se och respektera hela människan som en enskild individ. Olsson och Sörensen (2007) delger att forskare bör ta hänsyn till patientens självbestämmande och rätt till delaktighet i behandlingsbeslut som även innefattar lättförståelig information (ibid.).

Analys

Artiklarnas resultatredovisningar analyserades med hjälp av Granskär och Höglund-Nielsens (2008) redogörelse/beskrivning av innehållsanalys. Steg ett i processen var att läsa igenom de inkluderade studierna. Författarna läste enskilt för att sedan tillsammans reflektera över studiernas innehåll. Texten i artiklarna delades sedan in i vad Granskär och Höglund-Nilsen (2008) kallade "domäner", som utgör en grov struktur av innehållet och behandlar var för sig ett specifikt område. För att utgöra grunden för analysen plockade författarna ut "meningsenheter", som utgörs av meningar och stycken ur analysenheten. Meningsenheterna färgmarkerades efter vilken domän de tillhörde. Med hjälp av "kondensering" blev meningsenheterna mindre samtidigt som de behöll sin essens. De kondenserade meningsenheterna "abstraherades" vilket var att avskilja det viktiga innehållet från den övriga texten som resulterade i olika koder. "Koderna" bedömdes och sorterades in under fem olika kategorier där de hade liknande ämnen och fick en så kallad etikett, som är en förklaring till dess innehåll. Enligt Granheim och Lundman (2004) svarar en kategori på frågan "vad" och återger innehållet på en beskrivande nivå.

RESULTAT

Resultatet utav författarnas innehållsanalys kommer presenteras utifrån de fem framtolkade kategorierna ”postoperativa smärtbedömningar baserade på objektivitet”, ”postoperativa smärtbedömningar baserade på verbala signaler”, ”typologiska postoperativa smärtbedömningar”, ”erfarenheter och kunskap” samt den sista kategorin ”rutiner och policy”.

Postoperativa smärtbedömningar baserade på objektivitet

I studierna av Harper, Ersser och Gobbi (2007) och Lauzon Clabo (2008) framkom att sjuksköterskorna värderade objektiva bedömningar av postoperativ smärta högt och ansågs vara de som var mest tillförlitliga. Den objektiva smärtbedömningen utgick från att sjuksköterskorna *såg* patienterna (ibid.). Möjligheten att kunna *se* patienten innebar enligt Sjöström, Jakobsson och Haljamäe (2000) att sjuksköterskorna noterade, iakttog och tolkade patienternas fysiska uttryck och/eller tecken av smärta i den postoperativa fasen.

Postoperativa smärtbedömningar baserade på objektivitet innebar i studien av Harper et al. (2007) att faktorer så som ansiktsgrimaser, stönade, oro, ovilja att röra sig eller använda det skadade området inkluderades i sjuksköterskornas tolkning av smärta (ibid.). I studierna av Dihle, Bjølseth och Heleseth (2006), Kim, Schwartz-Barcott, Tracy, Fortin och Sjöström (2004), och Klopper, Andersson, Minkinen, Ohlsson och Sjöström (2005) så inkluderades även faktorer så som pupillstorlek, hudfärg och svettningar, blekhet, kroppsspråk eller hur aktiv patienten var samt deras sätt att tala på i smärtbedömningen. I studien av Sjöström et al. (2000) framkom det att sjuksköterskan bedömde att lugnt sovande patienter inte var smärtpåverkade (ibid.).

“but he wasn’t in any pain, he was asleep”
(Sjöström et al., 2000. s.275).

Harper et al. (2007) redovisade att sjuksköterskorna också inkluderade andra fysiologiska faktorer- blodtryck, puls och kroppstemperatur- som avvek från det normala i kombination med de övriga objektiva faktorerna i sina smärtbedömningar (ibid.). I två av studierna (Dihle et al., 2006; Manias, Botti & Bucknall, 2002) framkom även att när sjuksköterskorna gjorde kliniska observationer i form av blodtrycksmätningar och pulsmätningar så var sjuksköterskorna mer mottagliga för att uppfatta andra visuella tecken på postoperativ smärta. Det framkom även att vissa sjuksköterskor var mer mottagliga än andra sjuksköterskor för icke verbala tecken på smärta (ibid.).

Postoperativa smärtbedömningar baserade på verbala uttryck

Kim et al. (2004) och Klopper et al. (2005) förklarade att sjuksköterskorna lyssnade och tolkade det som patienten sa och uppmärksammade på det viset om patienterna behövde smärtlindring eller om de upplevde smärta (ibid.). Ibland berättade patienterna spontant att de upplevde smärta och andra gånger frågade sjuksköterskorna om patienterna kände smärta, om inte patienterna svarade på indirekta frågor bedömdes situationen annorlunda med att patienterna var välmående och smärtfria (Kim et al., 2004).

I studierna av Dihle et al. (2006); Harper et al. (2007); framkom det att verbala bedömningar inkluderade även användning av smärtskalor, det visade sig finnas vissa skillnader i smärtbedömningen med hjälp av smärtskalor. Harper et al. (2007) uppgav sjuksköterskorna att de alltid frågade patienterna om smärtan genom att använda en numerisk skala (ibid.). I studien av Kim et al. (2005) och Dihle et al. (2006) framkom det att sjuksköterskorna kände till smärtbedömningsskalor men använde dem nästan aldrig därför att sjuksköterskorna ansåg att det var viktigare att lita på vad patienterna sa om sin smärtnivå (ibid.).

“You listen to the patient; what the patient tells you is usually true, because the patient is the one experiencing the pain.”

(Kim et al., (2005. s.7).

Klopper et al. (2005) redovisade flera faktorer som påverkade tillförlitligheten på patientens egen smärtbedömning. Sjuksköterskorna skulle även inkludera aspekter som att de vårdade en patient som övervärderar sin smärtnivå på grund av ett missbruksproblem (ibid.).

Harper et al. (2007) förklarade att vissa patienter undervärderade sin smärtnivå, särskilt unga män för att upprätthålla en ”macho image” (ibid.).

”Young men between the ages of 16 and 24 are very reluctant, especially if a group of their own age is also in their bay. They don’t want to be seen as wimps”.

(Harper et al., 2007. s.606).

I studien av Lauzon Clabo (2008) ansåg sjuksköterskorna att det var viktigt att lära känna patienten som en individ för att öka tillförlitligheten på de verbala bedömningarna (ibid.).

Typologiska bedömningar av postoperativ smärta

Blomqvist (2010) redovisade typologin som en bedömningsmetod som bortsågs från patienten som en individ och gjorde en generell gruppering av patienter efter sjuksköterskans egna referensramar. Dessa var starkt förknippade med vilken erfarenhet sjuksköterskan hade. Med typologiska bedömningar beskrevs olika grupperingar som forskningen funnit att sjuksköterskor delade in patienterna i.

I studien av Lauzon Clabo, (2008) framkom det att smärtan följer en förutbestämd bana. Patienterna grupperades in efter vilken typ av ingrep eller operation som

hade utförts eller vilken postoperativ smärta som kunde förväntas (ibid.). Sjuksköterskans första steg i smärtbedömningen var ofta att läsa i journalen med särskilt fokus på vilken typ av ingrepp patienten erfarit för att bestämma vilken typ av grupp patienten tillhörde (ibid.).

Sjöström et al. (2000) förklarade att cancerpatienter sågs som en grupp med specifika problem, där det kunde vara svårt att urskilja postoperativ smärta på grund av problem med ångest och rädsla.

“If they’re nervous and had a breast removed, then they come with all that anguish. Then it’s no better when they’re lying there after the operation, when they’ve had the breast removed. But otherwise they’re not usually in any special pain”.

(Sjöström et al., 2000. s.276).

Sjukdomstillstånd som var långvariga och förknippades med långvarig smärta behandlades som bestående smärtpatienter med egenskaper där patienterna förväntades vara smärttoleranta och positiva till ingreppet, detta underlättade då den postoperativa smärthanteringen. Gruppindelningen av patienter gjordes efter sjuksköterskans egna erfarenhetsbaserade individuella referensramar. Ytterligare typer av typologier som påverkade bedömningarna av förväntad postoperativ smärta var exempelvis social bakgrund, ålder samt kön (ibid.).

I studien av Kim et al. (2004) framkom det att sjuksköterskan grupperar in patienter i olika grupperingar, vilket antal grupperingar sjuksköterskan har i sin erfarenhetsbank är direkt kopplat till hur många patienter sjuksköterskan hade bedömt i sin karriär (ibid.).

Erfarenheter och kunskap kontra postoperativ smärtbedömning

Sjöström et al. (2000) belyste erfarenheten hos sjuksköterskorna som att ju fler patienter sjuksköterskorna hade bedömt, ju mer erfarenhet fick sjuksköterskorna, detta skiljer erfarna sjuksköterskor från oerfarna sjuksköterskor. Genom att se många patienter med postoperativ smärta kunde sjuksköterskorna lära sig identifiera ett mönster av normal smärta (ibid.).

” you learn to believe the patient and listen to him’, ‘to accept the fact that people can be in pain’ and ‘believe that the patient really is in pain and is not asking for an analgesic so that he can sleep or something...”.

(Sjöström et al., 2000. s.278).

I studien av Klopper et al. (2005) framkom det att genom erfarenhet kunde sjuksköterskorna särskilja patientgrupper från varandra beroende på vilken typ av sjukdom eller ingrepp som hade genomförts eftersom det uppkom olika typer av smärtor. Baserat på erfarenhet menade sjuksköterskorna att vissa patienter under eller övervärderade sin smärta, fokus lades då på smärtröskeln, skillnaden hittades då i typologin oftast baserat på ålder, kön eller etnicitet. Sjuksköterskorna visste genom erfarenhet att den kraftigaste smärtan i den postoperativa perioden kunde förväntas när analgetika efter ingreppet släppte (ibid.). Kim et al. (2004) förklarar att den vanligaste smärtbedömningstekniken var att se hur patienten såg ut och kombinerade den med hur det erfarenhetsmässigt, vanligtvis är.

Klopper et al. (2005) redovisade att objektiva tecken kopplades till erfarenhet, vad sjuksköterskorna såg hos patienterna samt vilka objektiva tecken sjuksköterskorna letade efter. De objektiva vitala tecknen som visade sig var patienternas allmäntillstånd, kroppsrörelser, ansiktsuttryck, svullnader samt vätskning, blod eller rodnad i sår. Sjuksköterskorna menade erfarenhetsmässigt att det var viktigt att dokumentera patienterna som vägrade smärtlindring för att få spårbarhet i att detta var patientens beslut i vidare postoperativ vård. Det var även viktigt att göra en smärtbedömning efter att man givit patienterna smärtlindring. Sjuksköterskorna använde sin erfarenhet som ett bedömningsinstrument och tyckte att det var viktigt att lära känna patienterna, särskilt de patienter som återkom (ibid.).

“And some of the patients, you know them, they go home and they come back with the same pain . . . you get to know the patients . . . his pain comes . . . I mean he’s been here before and he comes with the same reaction so that tells you that something is wrong somewhere”

(Klopper et al., 2005. s.17).

I studien av Kim et al. (2004) framkom det att varje smärtbedömning inkluderade bedömningsmetoderna och erfarenhet från de tidigare bedömningarna, detta gjorde att det var ovanligt för sjuksköterskorna att använda samma smärtbedömningsteknik på flera patienter i rad. Varje bedömning var unik (ibid.).

Sjöström et al. (2000) framförde att sjuksköterskornas kliniska blick som framkommit genom erfarenhet ökade sjuksköterskornas tilltro till sina egna bedömningar (ibid.). Harper et al. (2007) framlägger att sjuksköterskorna med kirurgisk bakgrund ansåg att erfarenhet var att kunna säga patientens smärtnivå, eftersom sjuksköterskorna hade större kunskaper om förväntad smärta (ibid.).

Rutiner och policy kontra postoperativ smärtbedömning

Dihle et al. (2006) framförde att otillräcklig eller osystematisk utvärdering av smärtbedömning förekom. Sjuksköterskorna arbetade på ett annat sätt än efter vad de sa att de gjorde. Patienten visade tecken på smärta både verbalt och med gester, men sjuksköterskan ignorerade patienten trots att patienten uppenbarligen behövde smärtlindring (ibid.).

“The patient makes complaining noises and says she has pain down her leg and in her hip and uses the lift mechanism to lift herself up, although she obviously wants help.... Through her gestures and verbally the patient clearly shows she is in pain, but the nurse doesn’t respond – she only listens without commenting or doing anything about it”

(Dihle et al., 2006. s.474).

Dihle et al. (2006) redovisade att trots befintliga rutiner för systematisk smärtutvärdering så följdes inte dessa rutiner. Det fanns inga rapporterade nedskrivna eller gemensamma mål för postoperativ smärtlindring. Studien visade brister angående den viktiga informationen om smärtlindringens innebörd till patienterna (ibid.).

”...then I haven’t prepared the patient well enough”

(Dihle et al., 2006. s.474).

I studien av Dihle et al. (2006) framkom det att sjuksköterskorna såg det som ett misslyckande att inte ha lyckats förmå patienterna att ta emot smärtlindring vilket försämrade patienternas mobilisering. Fick patienterna smärtlindring fanns det ingen uppföljning om smärtlindringen hade haft effekt (ibid.).

I studien av Manias et al. (2002) framkom det att smärtindikationer inte följdes upp lika bra under aktiviteter som under mobilisering jämförandevis med observationer av kliniska värden. Frågor om smärta vid dessa aktiviteter handlade till stor del om patienterna orkade med den planerade aktiviteten. Avsaknad av policy, inriktningar eller målsättningar från organisationerna påverkade den postoperativa smärtbedömningen. Den utförda smärtbedömningsprocessen var påverkad av andra konkurrerande krav från andra sjuksköterskor, läkare och patienter. I studien framkom det att sjuksköterskorna agerade även som patienternas advokat mot läkare när det gällde olämpliga metoder som förvärrade patienternas postoperativa smärta (ibid.).

Lauzon Clabo (2008) förklarade att det fanns sjuksköterskor som hellre ville hålla läkaren nöjd än att patienterna blev smärtlindrade. Patienter som hamnade utanför den förväntade typologiska smärtbanan riskerade att inte smärtlindras eftersom sjuksköterskorna blev förmanade när de kontaktade läkaren för ofta, vilket i sin tur försämrade den postoperativa vården för patienterna (Lauzon Clabo 2008).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Litteraturstudien skulle utgå från kvalitativa artiklar för att få fram djupet i intervjuerna vilket Olsson och Sörensen (2007) beskriver att själ möter själ, att se helheten, få en förståelse och få en fullständig bild av händelsen. Forskaren möter situationen utan förutfattade antaganden (ibid.). Författarna var medvetna om att artiklarnas resultat byggdes på intervjuer och att det kunde finnas feltolkningar och innehålla underförstådda förkunskaper i intervjuerna. Många artiklar valdes bort för att de var kvantitativa, men en användes i studiens bakgrund för att få information om smärtmätningens instrument.

Sex sökningar gjordes totalt vid olika tillfällen vilket resulterade med att sju artiklar med bra kvalitet som kvalitetsgranskades med hjälp av Willman et al. (2006) föreslagna bedömningsmall (bilaga 3). Vid den första sökningen inkluderades patienterna med åldern från arton år och äldre och inkluderade patienter med smärta och demens samt barn med postoperativ smärta. Den andra sökningen inkluderade patienter med åldern arton till sextiofem år för att få med vuxna patienter där sjuksköterskorna använde sig av alla tecken vid postoperativ smärtbedömning. Artiklar äldre än tio år exkluderades för att få relativt aktuell information samt fler artiklar att välja mellan.

Av de sju artiklar som inkluderades i den kommande studien var två utförda i USA, en i Sverige, en i Storbritannien, en i Norge, en i Syd-Afrika och en i Australien. Genom att inte begränsa sökningarna av artiklarna med specifika länder fick författarna världsomfattande artiklar som visade sig ha betydelse gällande smärtbedömningen.

Författarna var medvetna om att intervjuer som utfördes i andra länder med andra kulturer kunde skilja sig gällande smärtlindringen samt smärtbedömningen vilket kunde ha haft betydelse för tolkningen i artiklarnas resultat. Detta styrker Holm och Hansen (2000) med att det skiljer sig kulturellt mellan människors attityder och värderingar kring mänskligt liv och beteende.

Tid kunde ha sparats om författarna hade delat upp artiklarna och läst hälften var, men risken för feltolkningar ledde till att alla artiklarna skulle läsas av var och en för att sedan diskuteras tillsammans. Samtliga artiklar var på engelska och för att minska risken för feltolkning av artiklarnas innehåll användes engelsk-svenska ordböcker. Analyseringsprocess inspirerad av Granheim och Lundman (2004) användes till artiklarna. Artiklarna placerades in i en tabell som beskrev analyseringsprocessens tillvägagångssätt (bilaga 4). Artiklarna som ingick i resultatet presenterades med en stjärna framför referensen för att tydliggöras.

Resultatdiskussion

I litteraturstudien framkommer det att de tre vanligaste sätten för sjuksköterskan att bedöma postoperativ smärta på är objektiva och verbala uttryck, typologiska bedömningar, hur de olika bedömningsmetoderna sedan tillämpas baseras på policy, rutiner och erfarenhet.

I studien av Harper et al. (2007) framkommer objektiva bedömningsmetoder, hur viktigt det är att sjuksköterskorna tittar på patienternas ansiktsuttryck, lyssnar efter ljud som förknippas med smärta, oro, som att patienten har svårt att komma till ro och ovilja att röra kroppsdelarna som smärta. Objektiva bedömningar styrks av Sjöström, Dahlgren och Haljamäe (1999b) där det framkommer att bedömningsmetoderna, hur patienten ser ut, och vad patienten säger samt sättet patienten talar på och sjuksköterskans erfarenhet är viktiga tillsammans för att kunna smärtlindra patienten postoperativt. Den objektiva bedömningen av smärta är den som sjuksköterskorna anser vara den mest trovärdiga bedömningen vilket styrks i studierna av Harper et al. (2007) och Lauzon Clabo, (2008).

Alexandra Hough (1985) definierar smärta med orden ” *Pain is what the patient says hurts*”. Patienten är den som upplever smärtan och är endast den som kan tala om att det gör ont. Detta styrks även av Almås et al. (2002) där det framkommer att smärtimpulser kan ge olika reaktioner hos olika personer. Smärtans styrka kan också variera beroende på vilken situation smärtan ger sig till känna (ibid.). I studien av Dihle et al. (2006) och Klopper et al. (2005) framkommer det att när patienten är tyst eller sovande upplever sjuksköterskan situationen som att patienten är smärtfri och mår bra (ibid.).

Klopper et al. (2005) framför att sjuksköterskorna är överens om att det patienterna säger om sin smärta är det som är avgörande för smärtbedömningen. Sjuksköterskorna anser att den verbala förmågan att uttrycka smärta är den viktigaste för att kunna ge en postoperativ smärtbedömning. Det patienten säger återkommer som bedömningsmetod både om patienten behöver smärtlindring eller om de upplever smärta (ibid.). Detta styrks även i Sjöström et al. (1999a) där sjuksköterskorna lyssnar och tolkar det som patienterna säger för att kunna göra en korrekt bedömning och ge en postoperativ smärtlindring.

Harper et al. (2007), Kim et al. (2004), Klopper et al. (2005), Lauzon Clabo, (2008) och Sjöström et al. (2000) framkommer det att sjuksköterskorna tittar först på hur patienterna ser ut i kombination med vad patienterna säger för att sedan smärtlindra. Fokus vid den verbala smärtbedömningen ligger vid kommunikationen mellan patienterna och sjuksköterskorna. Sjuksköterskorna lyssnar på patienterna och gör utefter erfarenhet en bedömning (ibid.). Lika viktigt är det att fråga patienten om smärtan för att undvika smärttoppar eftersom det då blir svårare att smärtlindra patienten, detta styrks i studien av Manias (2002).

Sjöström et al. (1999a) redovisar att sjuksköterskorna har genom erfarenhet lärt sig olika typologier av patienterna samt att ha förmågan att kombinera verbala samt objektiva bedömningsmetoder och smärtlindra därefter. I studierna av Lauzon Clabo (2008) och Sjöström et al. (1999a) framkommer typologin för liknade operationer eller ingrepp och beskrivs med att smärtan följer en förutbestämd bana, som det vanligtvis är. Patienter delas in i grupper beroende vilken typ av operation de har genomgått eller vilken typ av smärta de förväntas att få. Patienters sociala bakgrund, ålder och kön är också andra typologier inom området för postoperativ smärta. Äldre patienter förväntas tåla mer smärta än yngre. Manias (2002) redovisar metoden att dela in patienter i olika typologier inte alltid är det rätta eftersom det individuella kan bli åsidosatt när sjuksköterskan generaliserar. Typologiers påverkan på smärtbedömning påvisas även i studien av Fenwick och Stevens (2003) där den subjektiva eller objektiva sedvanliga bedömningen till stor del blir missvisande för sjuksköterskorna när patienterna inte ville visa verbala tecken på smärta. Patienterna från en viss kultur visar ingen smärta för att det inte är kulturellt accepterat. Detta leder till att patienterna stationeras in i en typologi av sjuksköterskorna vilket leder till ett lidande för patienten. Detta styrks av Dahlberg et al. (2003) som beskriver lidandet patienter utsätts för när kommunikationen inte fungerar mellan sjuksköterskor och patienter (ibid.).

I studierna Dihle et al. (2006), Klopper et al. (2005), Manias et al. (2002) och Söderhamn och Idvall (2002) framkommer organisatoriska faktorer, policy samt rutiner och hur de avgör vilken typ av smärtbedömning sjuksköterskorna gör. De oerfarna sjuksköterskorna använder vasskala vid smärtbedömning, medan de erfarna sjuksköterskorna använder sig av sin erfarenhet vilket många gånger gör att sjuksköterskors egna fördomar domineras framför patienters behov (ibid.). Harper et al. (2007) redovisar att vissa sjuksköterskor med lång erfarenhet anser sig bära på mer kunskap om patientens smärta än patienten själv (ibid.). Dahlberg et al. (2003) belyser att patienterna känner att deras självklara värdighet kränks när de inte blir hörda och deras lidande inte uppmärksammas blir resultatet förtvivlan. När hälsan sviktar är patienten beroende av sjuksköterskans vilja att göra gott (ibid.).

Klopper et al. (2005) framför att sjuksköterskorna ibland misstror patienters smärtberättelse genom att bedöma efter sin erfarenhet av andra patienters liknande operationer. Detta styrks i studien av Söderhamn och Idvall (2002) där det framkommer att sjuksköterskorna ibland misstror patienterna, men att de samtidigt känner sig hjälplösa när de inte kan tillfredställa patienternas behov (ibid.). Dahlberg et al (2003) lyfter fram vikten av att sjuksköterskan bör ha ett patientperspektiv och förstå att patienten är expert på sitt eget liv och sin postoperativa smärta.

I studierna av Sjöström et al. (1999a) och Söderhamn och Idvall (2002) framkommer det att det viktigaste i smärtbedömningen anses vara kunskap, kompetens, attityder och lagarbete. Detta styrks även av Manias (2002) där erfarenhet visar sig vara viktig vid bedömning av smärta.

De erfarna sjuksköterskorna kopplar ihop VAS- skalan med andra objektiva tecken på smärta hos patienterna och utvärderar om smärtlindringen har effekt. De erfarna sjuksköterskorna jämför patienternas smärta från egna referensramar av tidigare erfarenheter av smärta efter liknande operationer. Det anses viktigt att fråga patienterna om deras smärta regelbundet och att kontrollera smärtintensiteten (ibid.).

Manias et al. (2002) belyser att sjuksköterskorna agerar som patienternas advokat och att de alltid står på patienters sida. Det här styrks även av Söderhamn och Idvall (2002) där sjuksköterskorna argumenterar mot läkarna gällande felaktig smärtbedömning och vågar stå för sin åsikt. Genom observation framkommer det att sjuksköterskorna säger sig göra en sak medan observationen visar ett helt annat arbetssätt. Trots att det finns rutiner för systematisk smärtutvärdering så följs inte dessa rutiner (ibid.).

Manias et al. (2002) redovisar att det finns brist av policy samt inriktningar från organisationerna som påverkar den postoperativa smärtbedömningen av patienten. Studien redovisar även att den utförda smärtbedömningsprocessen är påverkad av andra konkurrerande krav från andra sjuksköterskor, läkare och patienter. När sjuksköterskan ger företräde åt andra arbetsuppgifter på avdelningen minskar patienters chanser att få sin smärta observerad och lindrad. Liknande resultat styrks av Rejeh, Ahmad, Mohamadi, Anooosheh, och Kazemnejad (2009) där sjuksköterskornas smärtbedömning också störs av andra aktiviteter på avdelningen vilket leder till försämring av den postoperativa smärtbedömningen för patienterna (ibid.).

I studierna av Kim et al. (2005) och Dihle et al. (2006) framkommer vissa skillnader i artiklarnas resultatdelar om vilken smärtbedömning som anses vara viktigast. Dihle et al (2005) styrker vikten om att utvärdera smärtlindringens effekt, att sjuksköterskorna bör vara frekventa och systematiskt utvärdera patienters smärta före och efter administrering av smärtlindring. Det är viktigt att få in en rutin på avdelningen för att kunna utvärdera den postoperativa smärtan (ibid.). Kim et al. (2005) styrker vikten om att titta på hur patienten ser ut och att kombinera det med hur det vanligtvis är. Det som framkommer i studierna Sjöström, Dahlgren och Haljamäe (1999a) att en kombination av dessa metoder anpassat för varje unikt smärtbedömningstillfälle är att föredra, det går inte att fastställa ett betydande objektiva tecken på smärta. Almås (2002) beskriver hur sjuksköterskor som dagligen möter patienter med smärta kan bli mindre påverkbara av patienters lidande vid postoperativ smärta. Dahlberg et al. (2003) beskriver hur sjuksköterskor kan använda sitt individuella kunnande samt sin erfarenhet för att erbjuda en fullständig närvaro som tillgång i det vårdande mötet med patienter.

SLUTSATS

Sjuksköterskan har ett ansvar gällande patientens fysiologiska och psykologiska behov. Kunskap ska finnas för att förstå smärta och dess konsekvenser om den blir obehandlad. Sjuksköterskan ska ha en strävan och en vilja att finna ny

vetenskapligt prövad kunskap för att på bästa sätt kunna tillfredställa patientens behovligheter samt för ett adekvat tillfrisknande. Nyopererade patienter är väldigt utsatta och är i stort behov av sjuksköterskans yrkeskunnande och bemötande. I sjuksköterskans yrkeskunnande ingår det att tidigt kunna läsa av patientens behov och kunna ge profylaktiska insatser. I vissa situationer kan patientens smärta vara svår att tolka och värdera, det är då viktigt med ett bra förhållningssätt till patienten, ett bra teamarbete sjuksköterskor emellan samt att kunna vara berikad med en helhetssyn. Sjuksköterskan måste bli medveten om hur de olika instrumenten för bedömning av smärta fungerar och att de inte alltid är tillförlitliga. Smärta är individuellt och får inte patienten sin smärtupplevelse hörd eller besvarad sätter sjuksköterskan patienten i en lidande situation. Sjuksköterskan måste lita på det patienten säger och inte ha egna fördomar och föreställningar framför patientens personliga upplevelser. Det viktiga är att sjuksköterskan ser patienten som en egen individ och är medveten om att patienten är den som vet bäst om sin smärta. Utgångspunkten bör vara att effektivt och tillförlitligt komma fram till ny kunskap som förbättrar omvårdnaden av patienter. En felaktig bedömning leder till lidande för patienten och målet är alltid att lindra patientens smärta. Det finns väldigt lite i det studerade materialet som tyder på en systematisk organisatorisk viljeinriktning som stöd för sjuksköterskans postoperativa smärtbedömning därför anser vi att det är ett lämpligt område för fortsatt forskning.

REFERENSER

- Almås, H., Valand, E., Bilicz, J.A., & Berntzen, H. (2002). Smärta. Almås. H. (Red.), *Klinisk omvårdnad 1* (s.65-115). Stockholm: Liber.
- Bengmark, S., Bergentz, S-E., Rydholm, A., & Zederfeldt, B. (1996). Vård i samband med Kirurgiska ingrepp. Zederfeldt, B., *Kirurgi för sjuksköterskor* (s.34-40). Lund: Studentlitteratur.
- Blomqvist, E. (2010). *Ontology Patterns - Typology and Experiences from Design*. Hämtad från <http://www.ep.liu.se/ecp/048/010/ecp1048010.pdf> (2010-06-01).
- * Dihle, A., Bjølseth, G., & Helseth, S. (2006). The gap between saying and doing in postoperative pain management *Journal of clinical nursing* 15, 469–479.
- Fenwick, I., & Stevens, J. (2004). Post operative pain experiences of central Australian aboriginal women. What do we understand? *Rural Health* 12, 22–27.
- Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*. 24, 105-112.
- Holm, S., & Hansen, E., (2000). *Pre - och postoperativ omvårdnad*. Malmö: Studentlitteratur.
- Harper, P., Ersser, S., & Gobbi, M. (2007). How military nurses rationalize their postoperative pain assessment decisions *Journal of advanced nursing* 59, 601-611.
- Haug, E. , Bjålie, J.G., Sand, O., Sjaastad, Ø .V., & Toverud, K.C. (2007). Nervsystemet. *Människokroppen - Fysiologi och anatomi* (s. 104-145). Stockholm: Liber AB.
- Hawthorn, J., & Redmond, K. (1999). *Smärta - bedömning och behandling* (K. Larsson Wentz övers) Lund: Studentlitteratur (originalarbete publicerat 1998).
- Hough, A. (1986). Handling the patient in pain. *Nursing Times* 9, 28- 31. 46.
- Höglund-Nilsen, B. (red.), Granskär, M. (2008). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.
- Jahren Kristoffersen, N., Nortvedt, F. & Skaug, E-A. (2007). Interkulturell omvårdnad. Hanssen, I. *Grundläggande omvårdnad Del 1*. Stockholm: Liber.
- *Kim, H. S., Schwartz Barcott, D., Tracy, S., Fortin, J., & Sjöström, B. (2005). Strategies of pain assessment used by nurses on surgical units. *Pain management nursing*, Vol 6, No 1 pp 3-9.
- * Klopper, H., Andersson, H., Minkinen, M., Ohlsson, C., & Sjöström, B. (2005). Strategies in assessing post operative pain - A South African study. *Intensive and Critical Care Nursing* (2006) 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.

Lindholm, C. (2003). *Sår*. Lund : Studentlitteratur.

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.

Olsson, H. & Sörensen, S. (2007). *Forskningsprocessen-Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber AB.

Persson, K., Östman, M. (2004). The Swedish version of the PACU- Behavioural Pain Rating Scale: a reliable method of assessing postoperative pain? *Nordic College of Caring Sciences, Scand J Caring Sci*; 2004; 18, 304-309.

Polit, D.F., & Beck, T.C. (2008). *Nursing research; generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.

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

Rejeh, N., Ahmadi, F., Mohamadi, E., Anoosheh, M. & Kazemnejad, A. (2009). *Ethical Challenges in Pain Management Nursing Ethics* 16 (2).

Sjöström, B., Dahlgren, L-O & Haljamäe, H. (1999a). Strategies in postoperative pain assessment: validation study *Intensive and Critical Care Nursing* 15, 247–258.

Sjöström, B., Dahlgren, L-O. & Haljamäe, H. (1999b). Strategies used in post-operative pain assessment and their clinical accuracy *Journal of Clinical Nursing* 2000; 9: 111-118.

* Sjöström, B., Jakobsson, E., Haljamäe, H., & (2000). Clinical competence in pain assessment. *Intensive and Critical Care Nursing* 16, 273–282.

Stridsberg, M., Billing, E. (1999). Sjuksköterskors kunskaper om smärta och smärtbehandling. *Vård i Norden* 4/99. 19, 41–46.

Söderhamn, O., Idvall, E. (2002). Nurses' influence on quality of care in postoperative pain management: A phenomenological study *International Journal of Nursing Practice* (2003) 9: 26–32.

Wickström, K., Nordberg, P. Bergh, I., Gaston Johansson, F. & Sjöström, B. (2007). Postoperative pain management – the influence of surgical ward nurses. *Journal of Clinical Nursing* 17, 2042–2050.

Willman, A., Stoltz, P. & Bahtsevani, C. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad - En bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund : Studentlitteratur.

Øvereng, E. B. (2005) *Anestesiologisk omvårdnad*. (Bolinder Palmer, I., Grönvall, K., & Olsson, K. övers) Lund: Studentlitteratur (originalarbete publicerat 2002).

BILAGEFÖRTECKNING

Bilaga 1 Sökjournal

Bilaga 2 Presentation av artiklarna

Bilaga 3 Kvalitetsbedömningprotokoll, Willman et al., (2007).

Bilaga 4 Analysverktyget exempel

Bilaga 1 Sökjournal

| DATUM | DATABAS | SÖKORD | ANTAL TRÄFFAR | LÄSTA ABSTRAKT | LÄSTA ARTIKLAR | ANVÄNDA ARTIKLAR |
|--------------------|---------|--------------------|---------------|----------------|----------------|------------------|
| 10-04-07 | Cinahl | Nurses | 3416 | 0 | 0 | 0 |
| | | assesement | 649 | 0 | 0 | |
| | | Postoperative pain | 19 | 4 | 4 | 0 |
| 10-04-07 | MedLine | Nurses | 412 | 0 | 0 | |
| | | Assessment | 174 | 0 | 0 | |
| | | Postoperative pain | 2 | 2 | 1 | 0 |
| 10-04-07 | PubMed | Nurses | 1724 | 1 | 1 | 0 |
| | | Assessment | | | | |
| | | Pain | | | | |
| | | Nurses | 15 | 2 | 1 | 0 |
| | | Assessment | | | | |
| | | Postoperative pain | | | | |
| 10-04-07 | Elin@ | Nurses | 66350 | 0 | 0 | 0 |
| 10-04-21 | | Assessment | 4497 | 0 | 0 | 0 |
| 10-04-22, 10-04-24 | | Postoperative pain | 70 | 32 | 11 | 7 |

Bilaga 2 Presentation av artiklarna

| Författare/tidskrift | Artikel | Syfte | Metod | Resultat | Kvalitetsbedömning Enligt Willman, Stoltz & Bathsevani (2006). |
|---|---|---|--|---|---|
| Dihle, Bjølseth, & Heleseth, (2006). <i>Journal of Clinical Nursing</i> | The gap between saying and doing in postoperative pain management | Att förstå hur sjuksköterskor bidrar till postoperativ smärtlindring och vilka hinder som finns för optimal postoperativ smärtlindring. | Observationer och djup intervjuer av nio sjuksköterskor på tre kirurgi avdelningar i två sjukhus. | Visar hur det skiljer sig på vad sjuksköterskan säger att man gör och vad man verkligen gör inom postoperativ smärtbedömning | Bra |
| Harper, Ersser, & Gobbi, (2007). <i>Journal of Advanced Nursing</i> | How military nurses rationalize their postoperative pain assessment decisions | En rapport hur militära sjuksköterskor gör sina postoperativa smärtbedömnings beslut särskilt när de skiljer sig från patientens beskrivning. | Forskarna gjorde ett urval av 29st Brittiska militära legitimerade kirurgi/ortoped sjuksköterskor och intervjuade dem om deras postoperativa smärtbedömning. | Postoperativ smärtbedömning I militär kultur är svårt, men alla sjuksköterskor behöver vara medvetna om anpassning i olika kulturer kan påverka deras smärtbedömning. | Bra |
| Kim, Schwartz Barcott, Tracy, Fortin, & Sjöström, (2005). <i>Pain Management Nursing</i> | Strategies of Pain Assessment Used by Nurses on Surgical Units | Att identifiera de kriterier som sjuksköterskor använder sig av och vilken typ av kunskap som de har från tidigare erfarenhet. | Fenomenografi. Data analyserades utifrån Dahlgren & Fallbergs (1991) analytiska metod. Resultaten jämfördes med Sjöström (1995) studier av sjuksköterskor i Sverige. | Resultatet visar att sjuksköterskor tittar på hur patienten ser ut, vad patienten säger, hur det brukar vara. | Bra |

Bilaga 2 Presentation av artiklarna

| Författare/tidskrift | Artikel | Syfte | Metod | Resultat | Kvalitetsbedömning Enligt Willman, Stoltz & Bathsevani (2006). |
|--|--|---|---|---|--|
| Klopper, Andersson, Minkinen, Ohlsson, & Sjöström, (2005). <i>Intensive and Critical Care Nursing</i> | Strategies in assessing post operative pain-a South African study | Att beskriva strategier som används i postoperativ smärtbedömning bland en grupp sjuksköterskor i Sydafrika. | En blandad kvalitativ och kvantitativ studie. 12 ssk och 36 patienter intervjuades och smärtbedömdes med hjälp av VAS-skala + intervjuer vid 5 tillfällen. | Sjuksköterskor använde olika bedömningsgrunder, patientens utseende, patientens sätt att reagera på beröring, patientens verbala uttryck, hur patienten uttrycker smärta, kulturella skillnader | Bra |
| Lauzon Clabo, (2008). <i>Journal of Advanced Nursing</i> | An ethnography of pain assessment and the role of social context on two postoperative units. | Artikeln studerar sjuksköterskors smärtbedömning på postoperativa enheter | Deltagare observeras och intervjuas enligt traditionell etnografisk teknik. | Sjuksköterskor bedömning av postoperativ smärta är format av det sociala sammanhang som finns på den avdelning där de praktiserar och avdelningarna i studien skiljer sig från varandra i detta avseende. | Medel |
| Manias, Botti, Bucknall, (2002) <i>Journal of Advanced Nursing</i> | Observation of pain assessment and management- the complexities of clinical practice | Studien undersöker sjuksköterska-patient interaktion avseende smärtbedömning och smärthantering på postkirurgiska patienter | Tolv stycken observationer på legitimerade sjuksköterskors aktiviteter avseende smärtbehandling på kirurgipatienter på ett sjukhus i Melbourne, Australien. | Fyra större hinder hittades som förhindrar optimal smärthantering | Bra |

Bilaga 2 Presentation av artiklarna

| Författare/tidskrift | Artikel | Syfte | Metod | Resultat | Kvalitetsbedömning Enligt Willman, Stoltz & Bathsevani (2006). |
|--|---|---|--|---|---|
| Sjöström, B., Jakobsson, E., & Haljamäe, H., (2000). <i>Intensive and Critical Care Nursing</i> | Clinical competence in pain assessment | Att beskriva variationerna av sjuksköterskors bedömning av postoperativ smärta. | Fenomenologisk ansats har används på inspelade intervjuer. 30 sjuksköterskor intervjuades med varierande erfarenhet efter 3 postoperativa smärtbedömningar. | Resultatet av denna observerade variationen av smärtintensitet ledde till att sjuksköterskan kunde se patienter med olika personligheter och på så sätt kunna förstå och förklara variationen i smärtintensitet. | Medel |

Bilaga 3 Kvalitetsbedömning Willman et al. (2006)

Kvalitetsbedömning kvalitativ metod

Protokoll för kvalitetsbedömning

Beskrivningen av studien

Forskningsmetod RCT CCT (ej randomiserad)

Multicenter, antal center

Konrollgrupp/er

Patientkaraktäristiska Antal

Ålder

Man/Kvinna

Kriterier för exkludering

Adekvata exklusioner Ja Nej

Intervention.....

Vad avsåg studien att studera?

Dvs. vad var dess primära resp. sekundära effektmått

Urvalsförfarandet beskrivet? Ja Nej

Representativt urval? Ja Nej

Randomiseringsförfarande

Beskrivet? Ja Nej Vet ej

Likvärdiga grupper vid start? Ja Nej Vet ej

Analyserade i den grupp som de

randomiserades till? Ja Nej Vet ej

Blindning av patienter? Ja Nej Vet ej

Blindning av vårdare? Ja Nej Vet ej

Blindning av forskare? Ja Nej Vet ej

Bortfall

Bortfallsanalysen beskriven? Ja Nej

Bortfallsstorleken beskriven? Ja Nej

Adekvat statistisk metod? Ja Nej

Etiskt resonemang? Ja Nej

Hur tillförlitligt är resultatet?

Är instrumenten valida? Ja Nej

Är instrumenten reliabla? Ja Nej

Är resultatet generaliserbart? Ja Nej

Huvudfynd (hur stor var effekten?, Hur beräknades effekten?, NNT, konfidensintervall, statistisk signifikans, klinisk signifikans, powerberäkning)

Sammanfattande bedömning av kvalitet

Bra Medel Dåligt

Kommentar

Granskare sign:

Bilaga 4 Analysverktyget exempel

| Domän | Meningsenhet | Kondenserad meningsenhet | Kod | Kategori |
|----------------------------------|---|---|--|--|
| Smärtbedömningsmetoder | ”Att kunna se” Fokuserade på visuella intryck hur patienten ser ut och på patientens fysiska uttryck av postoperativ smärta (Sjöström et al., 2000). | ”att kunna se” Visuella och fysiska uttryck | Att kunna se | Objektiva bedömningar |
| | Sjuksköterskorna refererade till fysiska kriterier som avviker från normalt som blodtryck (Sjöström et al., 2000). | Fysiska kriterier som avviker från det normala | Fysiska kriterier | |
| | SSK var mycket uppmärksamma på smärtuttryck samtidigt som de gjorde andra observationer som ex. blodtryck, puls eller temp (Manias et al., 2002). | SSK var mycket uppmärksamma på smärtuttryck när de gjorde andra observationer | SSK uppmärksamma på smärtuttryck vid andra observationer | |
| | Vad patienten säger som bedömningsmetod både för om de behöver smärtlindring eller om de upplever smärta (Klopper et al., 2005). | Vad patienten säger behövs smärtlindring eller om de upplever smärta. | Vad patienten säger | Bedömningar efter verbala uttryck |
| | SSK trycker på att det var viktigt att känna varje patient som en individ för höja tillförlitligheten på verbal bedömning (Lauzon Clabo 2008). | Viktigt att lära känna patienten | Lära känna patienten | |
| | Social gruppindelning betyder att SSK skiljer på postoperativt smärtbeteende efter socialbakgrund, ålder, kön, etnicitet (Sjöström et al., 2000). | Social gruppindelning av patienter | gruppindelning | Typologiska bedömningar |
| | SSK ”som det vanligtvis är” efter en viss typ av OP eller viss tid efter sövning för dessa grupper av patienter (Kim et al., 2005). | ”Som det vanligtvis är” Typ av op eller tid efter sövning | Som det vanligtvis är | |
| Sjuksköterskans kompetens | Ju fler patienter en sjuksköterska har bedömt och ju mer erfarenhet får sjuksköterskan detta skiljer erfarna SSK från oerfarna SSK (Sjöström et al., 2000). | Erfarenheten ökar med antalet pat man bedömt | Ökar efter antalet smärtbedömningar | Sjuksköterskans utbildning och erfarenhet |
| | Gruppindelning av patienter görs efter SSK erfarenhetsbaserade individuella referensramar (Sjöström et al., 2000). | Gruppindelning görs av erfarenhetsbaserade individuella referensramar | Erfarenhetsbaserad gruppindelning | |
| Organisatorisk påverkan | Vid aktiviteter med patienten handlade SSK frågor om smärta till stor del om de orkade med smärtan för att fortsätta den planerade aktiviteten (Manias et al., 2002). | Smärtutvärdering vid patient aktiviteter fokuserades endast på att pat skulle orka med aktiviteten. | Otillräcklig smärtutvärdering | Sjuksköterskans rutiner och policy |
| | Under hela studien var smärtbedömningsprocessen påverkad av andra konkurrerande krav från andra SSK, läkare och patienter (Manias et al., 2002). | Smärtbedömningsprocessen påverkas av konkurrerande krav från andra SSK, läkare och pat | Felaktiga prioriteringar av krav | |