



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

# VURDERINGSINNLEVERING

Emnekode: SYKSB3001

Emnenavn: Sykepleie, forskning og fagutvikling  
(Bacheloroppgave)

Vurderingsform: Bacheloroppgave  
(mappe, hjemmeeksamen..)

Kandidatnummer: 32

Leveringsfrist: 21. 02. 2014

Ordinær eksamen eller kontinuasjon: Ordinær

Fagansvarlig: Benny Huser

Veileder: Benny Huser og Magda V Buchvold



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

## Postoperative smerter - en subjektiv opplevelse



Bilde hentet fra: <http://www.vestreviken.no/omoss/avdelinger/anestesi-intensiv-og-operasjon-aio-og-akuttmottak-berum-sykehus/Sider/hvordan-maler-man-smerter.aspx>

Bacheloroppgave i sykepleie

Stord 2014

Kull 2011

Antall ord: 8960

## Sammendrag

**Tittel:** Postoperative smerter – en subjektiv opplevelse

**Bakgrunn for valgt tema:** Mitt valg av tema er begrunnet i det faktum at det fremdeles er missforståelser mellom pasienter og sykepleier når det kommer til kartlegging av postoperative smerter. I løpet av min kirurgiske praksis var jeg vitne til hvor viktig samspillet mellom sykepleier og pasienten er for å få til en god kartlegging av smerter.

**Problemstilling:** Hvordan kan sykepleier forstå og vurdere smerten til pasienter etter en operasjon?

**Oppgavens hensikt:** Hensikten med denne oppgaven er å øke kunnskapen om postoperative smerter da det å kunne forstå og vurdere smerter etter en operasjon, for derigjennom å kunne gi en god smertebehandling, er en av de viktigste sykepleieroppgavene. Samt å sette fokus på et tema som er så viktig for sykepleieryrket.

**Metode:** Oppgaven er et litteraturstudie, hvor jeg har søkt etter forskning i databaser som CINAHL og Evidence Based Nursing. For å finne de relevante studier brukte jeg søkeordene ”Postoperative”, ”pain perception”, ”Nurse assessment”, ”observation”, ”Nurses experiences”, ”Management”, ”Patient experience” og ”postoperativ pain”. På bakgrunn av dette endte jeg opp med å inkludere fem forskningsartikler. Disse vil bli presentert i oppgaven og senere drøftet opp mot en annen teori og egne erfaringer jeg har hatt.

**Resultat:** Det kommer frem i forskningsartiklene at sykepleierne må bli flinkere til å etablere et sykepleier-pasient-forhold til pasientene, og det å kunne bruke seg selv terapeutisk.

Faktorer som kan spille inn i smertebehandlingen er den arbeidserfaring sykepleierne har, hvordan det faglige miljøet er på arbeidsplassen og det at sykepleierne tror på det pasientene uttrykker. Det kommer også frem at sykepleierne jobber for pasientene og at de dermed fungerer som pasientenes talsmann. Videre kommer det fram i forskningsartikkelen at smertevurderingsverktøy blir lite brukt i praksis.

**Oppsummering:** For de pasientene som oppleverer postoperative smerter, er det viktig at man som sykepleier tror på pasientene. Siden det er sykepleiere som er med pasientene meste parten av tiden er det sykepleiernes oppgave å jobbe for pasientene og dermed fungerer som pasientens talsmann slik at de får den smertebehandling de trenger. Smertevurderingsverktøy er et hjelpemiddel i vurderingen av smerte som sykepleierne bør bruke mer i praksis når de skal vurdere postoperative smerter.

**Nøkkelord:** postoperative smerter, forstå, vurdere

## Summary

**Title:** Postoperative pain - a subjective experience

**Background:** My choice of topic is justified in that there are still misunderstandings between patients and nurses when it comes to the assessments of the postoperative pain. During my surgical practice, I was witness to the importance of the interaction between nurse and patient to get a good survey of pain.

**Issue:** How can nurses understand and assess pain to patients after an operation?

**Purpose:** The purpose of this exercise is to increase awareness of postoperative pain, then being able to understand and assess pain after an operation, to thereby provide a good pain management is one of the main nursing tasks, as well as focusing on a topic that is so important for the nursing profession.

**Method:** The thesis is a literature study, where I have applied for research in databases such as CINAHL, and Evidence-Based Nursing. In order to find relevant studies, I used the keywords "Postoperative", "pain perception", "Nurse assessment" "observation," "Nurses experiences", "Management", "Patient experience" and "postoperative pain". In light of this, I ended up including five research papers, these are presented in the thesis and later discussed from a different theory and own experience I had.

**Results:** It appears in the research articles that nurses must be adept at establishing a nurse-patient relationship with patients and being able to use themselves therapeutically. Factors that may play a role in pain treatment is the nurses working experience, how the academic environment in the workplace is and that the nurses believe in what the patients expresses. It is also evident that nurses work for the patients; they act as the patients' speeches. It also emerged in the research article that pain assessment tools are rarely used in practice.

**Summary:** For those patients who experience postoperative pain, it is important that the nurse believes in the patients. Since there are nurses who are with the patients most of the time it is the nurses' job to work for the patients so they get the pain relief they need. Pain assessment tools are an aid in the assessment of pain that nurses should spend more in practice when considering postoperative pain.

**Key word:** Postoperative pain, understanding, assessment

## Innholdsfortegnelse:

<b>1.0</b>	<b>Innledning</b> .....	<b>6</b>
1.1	Bakgrunn for valgt tema .....	6
1.2	Problemstilling .....	6
1.3	Avgrensning av oppgaven .....	7
<b>2.0</b>	<b>Teori</b> .....	<b>7</b>
2.1	Sykepleieteori – Joyce Travelbee .....	7
2.1.1	Hva er smerte? .....	7
2.1.2	Faktorer som påvirker den enkeltes reaksjoner på smerte .....	8
2.1.3	Å bruke seg selv terapeutisk .....	8
2.1.4	Et menneske-til-menneske-forhold .....	9
2.2	Pasienter i postoperativfase på intensivavdeling .....	9
2.2.1	Smerte er en personlig erfaring .....	9
2.3	Postoperativ smertelindring .....	10
2.3.1	Observasjoner og kliniske vurderinger av smerter .....	10
2.3.2	Kartlegging av postoperative smerter .....	11
2.3.3	Smertevurderingsverktøy .....	11
2.4	Kommunikasjon .....	12
<b>3.0</b>	<b>Metode</b> .....	<b>13</b>
3.1	Hva er metode .....	13
3.2	Litteraturstudie som metode .....	13
3.3	Fremgangsmåte .....	14
3.4	Metodekritikk .....	17
3.5	Kritisk vurdering av artiklene .....	17
3.6	Forskningsetikk .....	20
<b>4.0</b>	<b>Resultat</b> .....	<b>20</b>
4.1	Presentasjon av artiklene .....	20
4.2	Oppsummering av artiklene .....	23
<b>5.0</b>	<b>Drøftningsdel</b> .....	<b>24</b>
5.1	Kartlegging, vurdering og verktøy .....	24
5.2	Sykepleier- pasient- forhold .....	26
5.3	Sykepleiernes fagmiljø og sykepleie erfaring .....	29
	<b>Referanseliste</b> .....	<b>32</b>

Vedlegge 1: resultattabell artikkel 1

Vedlegg 2: resultattabell artikkel 2

Vedlegg 3: resultattabell artikkel 3

Vedlegg 4: resultattabell artikkel 4

Vedlegg 5: resultattabell artikkel 5

## 1.0 Innledning

### 1.1 Bakgrunn for valgt tema

Denne oppgaven handler om forholdet mellom sykepleier og pasient ved postoperative smerter. Grunnlaget for valget av dette temaet er begrunnet i at det fremdeles er missforståelser mellom pasienter og sykepleier når det kommer til kratlegging av postoperative smerter. I løpet av min kirurgiske praksisperiode var jeg vitne til hvor viktig samspillet mellom sykepleier og pasienten er for å kunne forså og vurdere postoperative smerter.

Grunnen til at jeg synes dette er et så viktig tema, er fordi smerter er noe helt eget. Det er ingen andre enn pasienten selv som vet hvor intense smertene deres er og hvor lenge de vedvarer. Alle pasienter har helt forskjellig oppfatning av smertene de har etter en operasjon, noen kan ha store smerter mens andre ikke har smerter i det hele tatt etter den samme operasjonen de har gjennomgått (Berntzen, Dnaisen & Almås, 2011, s. 357- 362). Derfor vil jeg lære mer om hvordan man på best mulig måte kan forstå og vurdere smerter på en verdig og grundig måte ovenfor pasienter i postoperativ fase slik at pasientene får en god rehabiliterings fase. Smerter krever en tverrfaglig tilnærming, og siden det er sykepleierne som er mest i kontakt med pasienten og dermed har de beste muligheter til å vurdere postoperative smerter er disse meget sentrale i dette arbeidet. Sykepleierne må aktivt ta initiativ for å se hvor smertepåvirket pasientene er, observere smertene, og er pliktet til å tro på pasientenes fremstilling av sin egen smerteopplevelse (Eide 2008, s. 357). For å få en tilstrekkelig vurdering av smerter, trenger man en helhetlig oppfatning for hva smerte er. I denne oppgaven har jeg valgt å fokusere på det å forstå smerter og hvordan man som sykepleier kan vurdere smerter til pasienter i postoperativ fase best mulig.

### 1.2 Problemformulering

Ut fra valgt tema og tanker jeg har rundt det valgte temaet, lyder problemstillingen min slik:

**Hvordan kan sykepleier forstå og vurdere smerten til pasienter etter en operasjon?**

### 1.3 Avgrensning av oppgaven

I denne oppgaven vil jeg fokusere på smerter i den postoperative fasen, pasientenes opplevelse av postoperative smerter, og hvordan en som sykepleier skal kunne forstå og vurdere disse smertene. Pasientgruppen jeg har valgt å skrive om er kvinner og menn som ligger til overvåkning på kirurgisk intensivavdeling etter en operasjon. Pasientene jeg fokuserer på i oppgaven har allerede våknet opp etter operasjonen. Oppgaven er ikke avgrenset når det kommer til hvilken type operasjon pasientene har gjennomgått og jeg vil heller ikke fokusere på hvilke legemidler pasienten blir administrert og hvilke bivirkninger som kan komme av disse. Jeg vil ta utgangspunkt i erfaringer som jeg selv har hatt etter åtte uker i kirurgisk praksis. Oppgaven fokuserer ikke på pasienter med kroniske smerten, men det må has i bakhodet at kroniske smerter kan innvirke på opplevelsen av en annen smerte. I oppgaven har jeg valgt å utelukke kognitivt svekkede personer, barn og pasienter som har fått spinal- eller epiduralbedøvelse.

## 2.0 Teori

### 2.1 Sykepleieteori - Joyce Travelbee

Oppgaven er skrevet i lys av Joyce Travelbee sin sykepleieteori. Grunnen til at jeg har valgte å brukte Travelbee i min oppgave er ut fra hennes perspektiv på kommunikasjon mellom sykepleier og pasient. Travelbee vektlegger i sin teori at helsepersonell til en viss grad kan ha en oppfatning om hvor sterke smerter en person har, men de kan aldri være helt sikker på at de vurderer intensiteten på smerten riktig (Travelbb, 1999, s. 112).

#### 2.1.1 Hva er smerte?

Travelbee (1999, s. 112) definerer smerte som et begrep som blir brukt om en gruppe menneskelige erfaringer. I samsvar med sykdom er smerter et valgt begrep, fordi smerten i seg selv ikke lar seg observere, det er bare virkningene av den vi kan observere (Travelbee, 1999, s.112). I følge Travelbee (1999, s. 112) er smerter ensomme erfaringer. Smerter er svært vanskelig å sette ord på og det er vanskelig å formidle smerteerfaringen til andre på en måte som gjør at det fullt ut forståelig hva den består i. Fordi det er så vanskelig å formidle

smerteerfaringen til andre, er det dermed vanskelig å vurdere graden eller intensiteten av andres smerter.

### 2.1.2 Faktorer som påvirker den enkeltes reaksjoner ved smerte

Joyce Travelbee (1999, s. 113) ”en innlysende faktor er smertens årsak, varighet og intensitet, og i hvilken grade det gis lindring ved hjelp av forskjellige legemidler”. I følge Travelbee (1999, s. 113) er reaksjonen på smerte veldig individuelle og det bestemmes av mange ulike faktorer. De pasientene som føler seg sikker på at smerten snart vil gå over, og at de snart vil bli frisk igjen av sykdommen, reagerer gjerne annerledes enn den som innser at han må leve med smerte resten av livet. En pasient som aldri får nok medisiner til å oppnå smertelindring, vil reagere ganske annerledes enn pasienter som oppnår full smertelindring ved hjelp av legemidler (Travelbee, 1999, s. 113).

Andre viktige faktorer i følge Travelbee (1999, s. 114) som innvirker på reaksjoner ved smerte, er kulturbakgrunn, livsfilosofi og religiøs overbevisning. Ofte vil kulturen sette grenser for atferdsmessige reaksjoner ved smerter, der noen betraktes som akseptable og andre som uakseptable. Den enkeltes livssyn og religiøse overbevisninger vil innvirke på reaksjonene på smerte (Travelbee 1999, s. 114).

Den angsten og frykten som vekkes av smertene, og andres måte å reagere på overfor den som plages av smerte er også faktorer som spiller inn i følge Travelbee (1999, s. 114).

Smerter er et av symptomene på sykdom, og alle symptomer medfører en viss angst og frykt hos den som opplever dem. Reaksjonen fra sykepleiere, leger, slektninger og venner ovenfor den som har smerte, er trolig svært viktig, og kan være både til hjelp og til hinder for den som strever med å kontrollere situasjonen. Det er vanskelig nok for pasienten å lide under smerte, men situasjonen blir enda verre for pasienter som opplever at veken legen eller sykepleieren tror på dem, som mener de overdriver eller at de ”bare langer skuespill” (Travelbee, 1999, s. 115).

### 2.1.3 Å bruke seg selv terapeutisk

I følge Travelbee (1999, s. 44) er det å bruke seg selv terapeutisk noe som beskriver en profesjonell sykepleier. Det å kunne bruke seg selv terapeutisk dreier seg om evnen til å bruke seg selv, sin personlighet bevisst og målrettet for å skape et godt og respekt fult forhold til pasientene. Når en sykepleier skal bruke seg selv terapeutisk må det kombineres med en



disiplinert intellektuell tilnæringsmåte til pasientenes vanskeligheter. I følge Travelbee (1999, s. 46) får man ved å bruke seg selv terapeutisk en økende forståelse av hvilke forpliktelser man har overfor seg selv, og tilsvarende forpliktesler man har ovenfor andre – nemlig det å øke vår evne til å verdsette den andre som et unikt og uerstattelig vesen.

#### 2.1.4 Et menneske-til-menneske-forhold

I følge Travelbee (1999, s. 41) er et ”menneske-til-menneske-forhold” i sykepleien et eller flere opplevelse og erfaringer som deles av sykepleieren og pasienten. Målet med et ”menneske-til- menneske-forhold” er at behovene til pasienten skal være ivaretatt av en sykepleier med en intellektuell og disiplinert tilnæringsmåte, med evne til å bruke seg selv terapeutisk (Travelbee, 1999, s. 41).

## **2.2 Pasienter i postoperativ fase på intensivavdeling**

Pasienter som ligger til postoperativ overvåkning har akkurat gjennom gått en operasjon. Den postoperative fasen starter når operasjonen er avsluttet og pasienten flyttes over i seng. Det er i den postoperative fasen de fleste komplikasjonene kan oppstå. Den postoperative fasen er de første timene etter en operasjon hvor de ble kontinuerlig observert, før de blir kjørt på vanlig kirurgisk post. En nyoperert pasient må ha mye tilsyn, men hvor lenge, avhenger av hvor stort inngrepet er, hvilken operasjon pasienten har vært igjennom og hvilken tilstand pasienten er i før operasjonen (Berntzen, Almås, Bruun, Dørve, Giskemo, Dåvøy & Grønseth 2011, s. 307).

En intensivavdeling er en avdeling hvor pasientene er under intens overvåkning og behandling. Denne avdelingen blir benyttet spesielt for nyopererte pasienter (postoperativ avdeling). På en intensivavdeling overvåkes pasientenes elektrokardiogram, blodtrykk og respirasjon. Det er som oftest spesialutdannede sykepleiere som foretar overvåkingen og kan øyeblikkelig tilkalle lege når det skulle være nødvendig. Intensivavdelingene er derfor spesialutrustet med medisinsk teknisk utstyr (Store Norske leiksikon, 2009).

### 2.2.1 Smerte er en personlig erfaring

Smerter er en svært blandede opplevelser. Det skyldes at smerteopplevelsen er høyst subjektiv og at den er lite tilgjengelig for andres kontroll. Bare den som selv kjenner på

smerten, kan vite hvordan den føles, hvor intens smertene er og hvor lenge den vedvarer. Det er ikke så lett å beskrive sine egne smerter ovenfor andre, beskrivelsen blir ofte uforståelig, noe som kan skyldes at smerten rommer mer enn det en klarer å uttrykke med ord. Noen pasienter kan beskrive sine smerter på en uttrykksfull måte, mens andre pasienter ikke klarer å uttrykke smertene sine på andre måter enn «at det gjør vondt». Dette varierer med for eksempel pasientenes personlighet, og dermed kan ikke den subjektive beskrivelsen brukes som grunnlag for å vurdere smerten hos pasientene (Berntzen, Dnaisen & Almås, 2011, s. 357- 362).

Pasienter som får sterke smerter medfører ofte flere symptomer fra det autonome nervesystemet, som rask puls, blekhet og svette (Berntzen, Dnaisen & Almås, 2011, s. 357).

## **2.3 Postoperativ smertelindring**

For at pasienter skal få god smertelindring i den postoperative fasen er det mye man som sykepleier kan gjøre. I denne fasen har sykepleieren mulighet til å observere pasienten med tanke på behov både for smertelindring og for å evaluere effekten av de ulike tiltakene. Felles for all observasjon er at sykepleierne raskt skal kunne identifisere pasientens individuelle behov og ta stilling til eventuelle reaksjoner som kan utvikle seg til komplikasjoner (Wøien og Strand, 2008, s. 274).

### 2.3.1 Observasjon og kliniske vurderinger av smerte

Generelle observasjoner ved smerte dreier seg for det meste om å identifisere tegn til stress, og hvordan stresset og smertene påvirker pasientens grunnleggende behov. I tillegg til å stille pasienten direkte spørsmål om hvordan han har det innhentes også data om pasienten ved å observere pasientens mimikk og ansiktsuttrykk, emosjonelle uttrykk, kroppsholdning, hudfarge, svetting, respirasjonsmønster og stigning i pulsfrekvens og blodtrykk (Berntzen, Dnaisen & Almås, 2011, s. 371). Det er sykepleierens ansvar å samle inn data om pasientens smertestatus som kan gå ut på finne:

- Smertens lokalisering – hvor har pasienten vondt?
- Kvaliteten på smerten – hva slags smerte beskriver pasienten?

- Intensitet til smerten – Hvor vondt har pasienten? (skalering med VAS eller NRS)
- Variasjonen på smerten – er intensiteten lik hele tiden, eller kommer og går smertene?

### 2.3.2 Kartlegging av postoperativ smerte

Vurdering av smerte bør inneholde følgende komponenter:

- a) smertens karakter og intensitet
- b) atferdsmessige endringer ved smerte
- c) konsekvenser av smerte for pasienten
- d) nåværende og/eller tidligere behandling av smerte
- e) pasientens forventninger til smertelindringen.

Det å kunne kartlegge og vurdere en pasients smerter er en viktig sykepleieoppgave og det er dessuten avgjørende for å kunne gi pasienten tilfredsstillende smertelindring. Det man trenger som sykepleier av informasjon fra pasienten er smertens lokalisasjon, kvaliteten på smerten, intensiteten, variasjon og varighet av smerten og hva smerten fører til av nedsatt funksjon. Smertekartlegging vil være med på å bevisstgjøre pasienten, slik at pasienten selv kan finne ut av hvilke forhold som er med på å lindre smertene, og hva som forsterker smertene (Berntzen, Dnaiselsen & Almås, 2011, s. 363).

### 2.3.3 Smertevurderingsverktøy

For å kunne forstå og vurdere pasientens smerter på en best mulig måte finnes det flere hjelpemidler man kan bruke. Ved hjelp av smertevurderingsskjemaer/skalaer kan pasienten selv gi en pålitelig vurdering av smerten. Samtidig blir dokumentasjon og rapportering av smerter til leger mer presis, noe som gir dem et bedre beslutningsgrunnlag til å forordne smertebehandlingen tilpasset hver enkelt pasients behov (Berntzen, Dnaiselsen & Almås, 2011, s. 363).

VAS- skala er en linje der det ene ytterpunktet markerer ingen smerte og det andre ytterpunktet representerer uutholdelig smerte. Linjen mellom ytterpunktene er inndelt i intervaller med tall fra 0 til 10. Tallet 0 markerer at pasienten ikke har smerter, og tallet 10 markerer uutholdelige smerter (Berntzen, Dnaiselsen & Almås, 2011, s. 363).

## 2.4. Kommunikasjon

En sykepleier som skal kommunisere med pasienter som har smerter møter mange utfordringer. For sykepleiere og annet helsepersonell er det en stor utfordring både å delta i og forstå en smertepasients erfaringsverden, det å skulle formidle kunnskap, gi respekt og anerkjennelse for derigjennom å skape et felles grunnlag og motivasjon for endring. En viktig oppgave for sykepleieren er å kommunisere slik at pasienten føler seg sett og hørt, forstått og akseptert. Dette innebærer å vise respekt og signaliser at man tar pasientens opplevelse av smerte på alvor. De viktigste kommunikasjonsstrategier for å lykkes i dette er trolig nonverbale og verbale bekræftende kommunikasjonsferdigheter og utforskende ferdigheter (Eide, 2008, s. 369).

Det er viktig at spørsmålene som sykepleieren stiller for å vurdere pasientens smerter er konkrete. Mange pasienter er redde for å spørre når de har spørsmål, og de er redde for å gi beskjed til sykepleierne når de har smerter. Det kan skyldes at mange pasienter tror at sykepleierne vet best når pasienten selv trenger smertestillende legemidler, og når de kan få ny dose. Istedenfor å gi beskjed når pasienten selv føler at de trenger en ny dose smertestillende venter de heller til at sykepleieren spør direkte om de har smerter, eller til pasienten får direkte tilbud om en ny dose smertestillende. Det er viktig at sykepleieren tydelig kommuniserer med pasienten om hva som er målet med smertelindringen. Det er også viktig at sykepleieren gi pasienten beskjed om å si fra før smertene blir for sterke (Berntzen, Dnaisen & Almås, 2011, s. 371).

Non- verbal kommunikasjon er en grunnleggende, profesjonell ferdighet hos sykepleiere som jobber med pasienter i den postoperative fasen. Den viktigste funksjonen er å møte pasienter med en bekræftende, oppmuntrende og bestyrkende måte, og gjennom det skape den tryggheten og tillit som pasienten trenger for å kunne åpne seg, dele tanker og følelser. Slik kan non- verbal kommunikasjon være et viktig hjelpemiddel til å bygge opp en relasjon og stimulerer pasienten til å bruke sine ressurser så godt som mulig (Eide & Eide, 2011, s. 199). Ansiktsuttrykket til en person kan vise direkte og usensurert hva vedkommende føler. Nonverbal kommunikasjon til pasienter som lider av smerte kan ansiktsuttrykket til pasienten være et hjelpemiddel. Ved at sykepleier observerer ansiktsuttrykket til en pasient kan en få informasjon om pasientens følelser og reaksjoner som man ellers ikke ville få tak i. Er ansiktet til pasient stramt med sammenbittene tenner forstår man at der er noe som er galt og

at pasienten holder noe tilbake. Møter man et trykt smil, vet man at ting er i god stan (Eide & Eide, 2011, s. 202).

I følge Eide og Eide (2011, s. 202) er sykepleieren ansiktsuttrykk også veldig viktig i kommunikasjon med pasienter. Ansiktsuttrykket kan ofte fortelle mer enn man i visse situasjoner ønsker å formidle. Sykepleierens ansiktsuttrykk blir alltid observert og fortolket av pasienter, bevisst eller ubevisst. En må derfor være bevisst at det i kommunikasjon med andre søkes det gjerne etter tegn på bekreftelse eller avvisning.

## 3.0 Metode

### 3.1 Hva er metode

I følge Dallands (2011, s. 83) er metode vårt hjelpemiddel i møte med noe vi vil undersøke, en fremgangsmåte for å kunne løse problem. Metoden forteller oss noe om hvordan vi bør gå frem for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap (Dalland, 2011, s.83).

### 3.2 Litteraturstudie som metode

I denne oppgaven vil jeg bruke litteraturstudie som metode. En litteraturstudie går ut på å søke og samle eksisterende litteratur for å kunne bruke dette i min egen oppgave (Forsberg og Wengström 2008, s. 34). Et litteraturstudie krever en tydelig problemstilling, med komponenter som med høy sannsynlighet har vært forsket på tidligere. I følge Forsberg og Wengström (2008, s. 34), skal søket etter litteratur være systematisk og godt beskrevet i oppgaven. Videre skal artiklene analyseres og vurderes, for detter å avgjøre om de er relevante for akkurat min oppgave, og om de kan hjelpe meg til å finne svar på min problemstilling. I følge Forsberg og Wengström (2008, s. 35) kan et litteraturstudie defineres slik:

- 1) Valg av artikler skal gjøres systematisk, og med en definert metode.
- 2) Litteraturstudiet krevet en tydelig problemstilling, at søkestrategien er beskrevet, og valgte atikler skal argumenteres for.
- 3) Resultatet i artiklene skal analysers og drøftes.

### 3.3 Fremgangsmåte

søket etter litteratur gikk jeg inn på høyskolen Stord/Haugesund sine nettside og videre inn på databasene CINAHL og Evidence Based Nursing. Jeg begynte mitt artikkelsøk i CINAHL, det var der jeg fant fire av de fem artikler som jeg har inkludert i min oppgave. Jeg begynte med å bruke relativt vide søke ord, som "Patient", "nursing measures", "pain", "alleviate" og "postoperative". Disse ordene gav ikke helt de artiklene jeg ønsket da jeg søkte. Dermed brukte jeg mer konkrete ord, så da brukte jeg søkeordene "Posoperative", "pain perception", "Nurse assessment" "observation", "Nurses experiences", "Management", "Patient experience" og "postoperativ pain". Jeg begrenset søket med at artiklene måtte finnes i full tekst. Jeg fant mange artikler som handlet om postoperative smerter, så jeg skilte ut de forskningsartiklene som jeg synes passet best til min problemstilling. Videre søkte jeg i Evidence Based Nursing, der brukte jeg søkeordene "pain mangement" og "postoperative pain assessment". Jeg begrenset søket mitt med at det måtte være full tekst og utgivelsesåret måtte være relativt nylig. Dermed fant jeg bare en artikkel som var relevant i forhold til problemstillingen min.

Ut ifra problemstillingen har jeg lagt vekt på å finne kvalitative studier. Dette er fordi jeg vil gå i dybden av smerteopplevelse hos pasienter og hva sykepleier kan gjøre for å hjelpe pasienten best mulig, noe en kvantitativ studie ikke ville gitt meg informasjon om. Jeg vil også finne ut hva pasienter mener er det viktigste en sykepleier kan bidra med i forbindelse med smertelindring. Jeg har likevel valgt å ta med en kvantitativ studie i oppgaven min, da denne studien passer meget godt i forhold til den problemstilling jeg behandler i oppgaven. Kvantitative studier gjør det mulig å samle data som kan beskrive fenomenet ved hjelp av tall (Dalland, 2011, s. 85). Utvalget av artiklene er gjort etter at jeg har begrenset oppgavene med full tekst, ved først å se på titlene til de forskjellige artiklene. Om tittelen sier noe om mitt fokus i oppgaven leser jeg igjennom sammendragene til artiklene. Viser det seg å ha interesse for min oppgave leser jeg hele artikkelen. På den måten vet jeg at den aktuelle artikkelen passer best for min oppgave.

Søketabellen ser slik ut:

**Artikkel 1**, søket er gjort i CINAHL 07.01.2014

Søk	Søke ord	Begrensning	Resultat
1	Patient	Ingen	412 353
2	Pain perception	Ingen	2 689
3	Postoperative	Ingen	47 971
4	S1 + S2 + S3	Ingen	129
5	S1 + S2 + S3	Full tekst	18

Søket resulterte i artikkelen *Nurses' influence on quality of care in postoperative pain management: A phenomenological study*, Idvall E & Söderhamn O (2003)

**Artikkel 2**, søket er gjort i CINAHL 12.01.2014

Søk	Søke ord	Begrensning	Resultat
1	Nurses experiences	Ingen	9 521
2	Management	Ingen	210 038
3	Postoperative pain	Ingen	10 813
4	S1 + S2 + S3	Ingen	41
5	S1 + S2 + S3	Full tekst	10

Søket resulterte i artikkelen *Nurses' experiences and perceptions of influencing barriers to postoperative pain management*, Rejeh, N., Ahmadi, F., Mohammadi, E., Kazemnejad, A., & Anosseh, M. (2008)

**Artikkel 3**, søket er gjort i CINAHL 21.01.2014

Søk	Søke ord	Begrensning	Resultat
1	Observation of pain	Ingen	1 275
2	Nursing assessment	Ingen	42 150
3	Postoperative care	Ingen	17 683

4	S1 + S2 + S3	Ingen	25
5	S1 + S2 + S3	Full tekst	10

Søket resulterte i artikkelen *An ethnography of pain assessment and the role of social context on two postoperative units*, Calbo, L. M. L., (2007)

**Artikkel 4**, søket er gjort i CINAHL 22.01.2014

Søk	Søke ord	Begrensing	Resultat
1	Postoperative pain	Ingen	10 813
2	Nursing assessment	Ingen	42 150
3	Understanding of pain	Ingen	3 610
5	S1 + S2 + S3	Ingen	29
6	S1 + S2 + S3	Full tekst	16

Søket resulterte i artikkelen *Pain assessment in the perspective of action science*, Kim, H. S., Sjostrom, B., & Schwartz - Barcott, D., (2006)

**Artikkel 5**, søket er gjort i Evidence Based Nursing 22.01.2014

Søk	Søkeord	Begrensing	Resultat
1	Pain managment	Full tekst	873
2	Postoperative pain assessment	Full tekst	968
3	Patient experience	Full tekst	1571
4	S1 + S2 + S3	Full tekst	1 253
5	S1 + S2 + S3	Full tekst + årstall	5

Søket resulterte i artikkelen *Why is pain still not being assessed adequately? Results og a pain prevalence study in a university hospital in Sweden*, Wasensten, B., Fröjd, C., Swenne, C.L., Gordh, T. & Gunningberg, L. (2010). Jeg bestilte den fulle versjonen av denne artikkelen på biblioteket.



### 3.4 Metodekritikk

I følge Forsberg og Wengström (2008, s. 81) er det en fordel at mange av databasene og kildene som man bruker er lett tilgjengelige, og at man dermed får et raskt og godt overblikk over hvilken forskning som er relevante til å bruke i oppgaven. Ved å søke etter litteratur får man en god oversikt både over kvalitative og kvantitative forskningsstudier, med den fordel at man selv kan velge ut det man synes er mest hensiktsmessig i forholdt til sin egen problemstilling. Ulemper med en litteraturstudie er at man vet ganske konkret hva man leter etter, og dermed kan egne meninger og de ”billene” jeg har på prege resultatet av artikkel søkene. Dette kan føre til at man får et smalt utvalg, noe som igjen er med på å påvirke resultatet i litteraturstudiet og konklusjonen i oppgaven (Forsber og Wengstöm, 2008, s. 30). Før jeg begynte søkeprosessen til oppgaven, hadde jeg allerede bestemt meg for hvordan problemstillingen skulle lyde og de begrensninger som skulle ligge til grunn for oppgaven. Jeg fikk litt problemer i forhold til søkene mine, i og med det finnes mange artikler om postoperative smerter, men som oftest så handlet disse artiklene om smerte lindringen i den postoperative fasen. Dermed måtte jeg gjøre om på formuleringen i problemstillingen i og med at jeg ikke ville skrive om lindring, men om vurdering av smerter og smerteopplevelsen. Dermed måtte jeg gjøre søkeordene litt mer konkrete som gjordet søket lettere. Artiklene som jeg bruker i denne oppgaven er som tidligere nevnt kvalitative tilnærminger. En kvalitativ tilnærming fokuserer for det meste på å fange opp meninger og opplevelse som ikke kan måles med tall og mål, noe som er tilfellet for vurderinger og opplevelser av postoperative smerter (Dalland, 2011, s. 84). Valg av hvilken tilnærming metode man velger å bruke i forskningsartiklene har en vesentlig betydning for oppgaven. Både kvantitative og kvalitative metoder tar sikte på å bidra til en bedre forståelse av det samfunnet som vil lever i, og hvordan enkeltmennesker, grupper og institusjoner handler og samhandler (Dalland, 2011, s. 84). I og med at jeg har valgt å gå i dybden på pasientens smerteopplevelse og sykepleiernes vurdering av postoperative smerter er hovedvekten av de artiklene jeg har valgt å bruke i oppgaven av en kvalitative tilnærming.

### 3.5 Kritisk vurdering av artiklene

I denne delen av oppgaven har jeg hentet sjekklister fra kunnskapsenteret.no for å kunne foreta en vurdering av den kvalitative forskning , og sett på momentene i den, for å kunne

vurdere om artiklene var gode. Jeg har fylt ut sjekklisten for å vurdere artiklene i forhold til kravene som sjekklistene stiller. Etter kritisk vurdering av studien **Nurses influence on quality of care in postoperative pain management** av Idvall E & Söderhamn O (2003) har jeg kommet fram til at denne forskningsartikkelen holder god kvalitet. Formålet med studien kommer tydelig fram og en kvalitativ tilnærning er absolutt hensiktsmessig. Til tross for at det ikke er så mange deltakere som er med i studien. Forskeren har gått systematisk til verks for å kartlegge de individuelle forskjellene. Resultatet av studien kommet tydelig frem i tre punkter som alle har en innflytelse på kvaliteten på pleien i den postoperative smertebehandlingen. Jeg vurderer denne artikkelen som relevant i sykepleier praksisen. Studien forsker på sykepleierens innflytelse på den postoperative smertebehandlingen og hvordan sykepleierne jobber for pasientene. Selv om denne artikkelen tar for seg smertebehandling i den postoperative fasen, anser jeg denne artikkelen som relevant for meg på grunn av dens betraktninger på forholdet mellom sykepleier og pasienten. I og med at jeg tar for meg viktigheten av forholdet mellom sykepleier og pasienten mener jeg denne artikkelen er absolutt relevant for min problemstilling da artikkelen bl.a. behandler hvordan sykepleierne fungerer som talsmenn for pasientene og dermed jobber for at pasientene skal få den rette behandlingen.

Studien **Nurses experiences and perceptions of influencing barriers to postoperative pain management** av Rejeh, N., Ahmadi, F., Mohammadi, E., Kazemnejad, A., & Anooosheh, M er en kvalitativ studie (2008). Studien er gjennomgått og godkjent av en etisk komité.

Deltakerne ble informert om hensikten og formålet med studien. Deltakelsen var frivillig og behandlet konfidensielt. Formålet er tydelig, datasamlingen er grundig og godt. Det ble brukt semistrukturerte intervjuer som metode for innsamling av data. Funnene som blir diskutert i artikkelen ble hentet fra intervjuene, som ble gjennomført med sykepleiere, for å markere sykepleierens erfaringer. Resultatene i artikkelen er at alle sykepleierne i denne studien mener at smertebehandling er en av de viktigste og primære rollene som en har som sykepleier.

Dermed mener jeg at denne studien er godt og er veldig relevant for min problemstilling.

**An ethnography of pain assessment and the role of social context on two postoperative units**, Calbo, L. M. L., (2007) er godkjent av Institutional Review Boards både på sykehuset og på forskernes universitet. Artikkelen undersøker sykepleierens dominerende habitus som blir påvirket det stedet man jobber og er dermed med på å påvirke i deres omsorg for pasienter med postoperative smerter. Sykepleierne i undersøkelsene er blitt holdt anonyme. Calbo, L.M.L (2007) har tatt for seg to kirurgiske sykehus enheter som begge forholdt seg til postoperative smerter. Forskeren beskrev ved hjelp av data innhenting gjennom

observasjoner, individuelle intervjuer og små gruppediskusjoner, av sykepleierne fra to postoperative enheter et klart mønster av smertevurderingspraksis på hver enhet, og disse mønstrene var veldig forskjellige fra hverandre. Forskningsartikkelen blir belyst av Bourdieus tilnærming til refleksiv etnografi brukes som metode. Alle som jobbet på begge enhetene var med i studien. Forsakeren har brukt en kvalitativ tilnærming i denne forskningen, noe som er hensiktsmessig i dette tilfellet. Jeg mener denne studien er relevant for min oppgave.

Etter kritisk vurdering av studien **Pain assessment in the perspective and action science** av Kim, H. S., Sjostrom, B., & Schwartz - Barcott, D., (2006) har jeg kommet frem til at denne forskningsartikkelen holder god kvalitet. Formålet med studien kommer tydelig frem og en kvalitativ tilnærming er absolutt hensiktsmessig. Dataen fra denne studie er blitt trukket ut fra en annen større studie. Innhenting av data skjedde gjennom en rekke semistrukturerte intervjuer som ble tatt opp på bånd. Hver deltakende sykepleier gav samtykke på å bli observert i henhold til beskyttelse av identitet. Studien går ut på forfekte teorier og teorier-i-bruk i sykepleievurderingen av postoperative smertetilpasninger til pasienter. Deltakerne som deltok i studien hadde blandede arbeidserfaringer. Halvparten av sykepleierne mer enn 5 års erfaring innen for postoperative smerter, den andre halvparten av sykepleierne mindre enn 3 års erfaring innen for postoperative smerter. Forskeren kommer ikke med noen klare sykepleietiltak som peker på hva sykepleier kan gjøre for å gi god smertebehandling, men legger vekt på viktige momenter angående sykepleiernes vurderinger av postoperative smerter, og dermed veldig aktuell i forhold til min problemstilling. En kvalitativ tilnærming er hensiktsmessig i denne studien.

Studien **Why is pain still not being assessed adequately? Results of a pain prevalence study in a university hospital in Sweden** av Wasensten, B., Fröjd, C., Swenne, C.L., Gordh, T. & Gunningberg, L. (2010) er kvantitativ studie. Wasensten, B. et al (2010) tar for seg sykepleiernes smertevurdering og bruk av smertevurderingsverktøy. Denne studien er godkjent av en etisk komité. Formålet i artikkelen kommer tydelig frem, det var mange deltakere som deltok på studien og dermed har forskeren fått et tydelig resultat på sin forskning. Studien er veldig relevant for min oppgave. Forskeren kom frem til at ved hjelp av smertevurderingsverktøy vil en kunne hjelpe pasienter i forhold til smerte samt tillate pasientene i å kunne delta i sin egen omsorg. Funnene viser at ytterligere tiltak må iverksettes for å få bedre smertebehandlingen.

### 3.6 Forskningsetikk

Når man arbeider med faglitteratur som er skrevet av andre, er det viktig å tenke igjennom og reflektere over måten man bruker litteraturen på. Det er viktig å vise respekt ovenfor forskeren og gjengi ærlig resultatet. Det er flere regelverk som en er pålagt å følge når en skal lage et forskningsprosjekt, bl.a. regelverk som angår konfidensialitet, taushetsplikt og anonymitet (Olsson & Sörensen, 2013). Det er viktig at forskeren selv er opptatt av etikk, og derfor ser jeg etter at det etiske aspekter i artiklene jeg har funnet er ivarettatt. Jeg vil helst at de artiklene som jeg bruker i oppgaven er godkjente av en forskningskomiteer. Når et datamateriale er anonymisert kan verken forsker eller andre identifisere enkeltindivider (Dalland, 2011, s. 234 – 250). Plagiat, en skal ikke stjele en annen manns tekst eller ord, og en skal angi hvor man har funnet teksten. Jeg vil gjengi informasjon fra forskningsartiklene på en godt og akademisk måte, uten at det blir for mye avskrivning.

I denne oppgaven vil det blir referert til opplevelser jeg selv har hatt i praksis i møte med pasienter i kirurgisk praksis. Oppgaven vil opprettholde pasientens og sykehusets anonymitet. Studiene som er blitt brukt i denne oppgaven, har også opprettholdt anonymiteten av pasientene.

## 4.0 Resultat

### 4.1. Presentasjon av artiklene

#### 1. Nurses' influence on quality of care in postoperative pain management: A phenomenological study, Idvall E & Söderhamn O (2003)

Dette er en fenomenologiske studie. Den handler om sykepleiernes innflytelse på kvaliteten på den postoperative smertelindringen, og betydningen av sykepleiernes innflytelse på kvaliteten på pleien i denne fasen. Det var 28 sykepleiere som var villige til å delta i studien. Sykepleierne ble bedt om å svare på følgende spørsmål "Beskriv en konkret postoperativ smerte situasjon hvor dine handlinger i hovedsak påvirket utfallet og beskriv dine prestasjoner". Alle de 28 sykepleierne svarte, men det var bare 15 tekster skrevet av 14 sykepleiere som var gode nok til å brukes videre i studien. Forskerne kom fram til tre hovedfunn i denne forskningsartikkelen, som forskerne mente var viktige i forholdt til sykepleiernes innflytelse på den postoperative smertebehandlingen. Resultatene består av: (I) At sykepleierne registrerer pasienter som ikke er tilstrekkelig smerte lindret Dette fordi det er

sykepleierne som har mest kontakt med pasientene og dermed er det lettere for de å vurdere smertebehandlingen. (II) Sykepleierne personlig gripper inn når pasienter uttrykker at smertene ikke er tilstrekkelig smertelindret, det vil si at sykepleierne kontakter lege for en bedre smertebehandling for pasientene, og (III) At sykepleierne endrer utfallet, slik at pasientene blir tilstrekkelig smertelindret. Betydningen av sykepleiernes innflytelse på smertebehandlingen var tolket som et ønske om å lindre pasientens lidelser ved å utøve faglig kompetanse og kunnskap i en kreativ, problem løsende og omsorgsmessig prosess.

2. Nurses' experiences and perceptions of influencing barriers to postoperative pain management, Rejeh, N., Ahmadi, F., Mohammadi, E., Kazemnejad, A., & Anoosheh, M. (2008)

Forskningsartikkelen handler om at sykepleiernes forskjellige forståelse av postoperative smerter er ofte påvirket av det faglige arbeidsmiljøet som dominerer på avdelingen. Det var totalt 26 iranske sykepleiere, 24 kvinner og 2 menn, som deltok i studien. Sykepleierne var fra to forskjellige sykehus i Teheran. Målet med studien var å kartlegge sykepleiernes erfaring og oppfatninger av pasienter med postoperative smerter. Det blir brukt en kvalitativ tilnærming for å innhente data, semistrukturerte intervjuer av sykepleierne ble brukt. Forskerne kom fram til fire funn som sykepleierne måtte bli bedre på for å kunne bedre smertebehandling til pasienter med postoperative smerter. Disse fire funnene er (I) Bedre pedagogisk forberedelse i smertebehandlingen. Pasientene må få bedre informasjon og oppfølging etter en operasjon, (II) Sykepleiernes begrensede myndighet, (III) Sykepleierne må ta seg tid til sykepleier – pasient – forhold. Bygge opp en relasjon som gjør at pasientene føler de kan betro seg til sykepleierne om deres smerter og at smertene blir tatt på alvor, og (IV) forstyrrelser i smertebehandling. Sykepleierne må bli flinkere til å prioritere, herunder også vurdere, deres egen smertebehandling til pasientene. Disse punktene anses som viktige barrierer for den postoperative smertebehandlingen. Forskerne i studien mener funnene vil ha stor betydning for fremtidig forskning og utdanning av nye sykepleiere.

3. An ethnography of pain assessment and the role of social context on two postoperative units, Calbo, L. M. L., (2007)

Denne forskningsartikkelen er bygd opp på Bourdieus teori om sykepleierpraksis. Handlingen i denne artikkelen går ut på å undersøke sykepleiernes smertevurderingspraksis på tvers av to praksisenheter for å se om det er forskjellig smertevurdering på tvers av enhetene. Kvalitativ tilnæringsmetode ble brukt i studien gjennom at data ble innhentet med feltnotat,

individuelle intervjuer og fokusgruppediskusjoner. Studien ble gjort på to generelle kirurgiske avdelinger på et universitetssykehus i det nordøstlige USA. Navnene på avdelingene ble enhet A og enhet B. Studien ble gjort i tre faser over 9 måneder. Forskeren deltok med de ansatte i utformelle diskusjoner i pausene og samtaler som foregikk i gangene. Dette ble gjort for å bygge tillit og medkjensle hos pleiepersonellet. Funnene i studien viser at det er mange likheter på tvers av disse to pleieenhetene, men også store ulikheter. Enhet A vurderte smerte ut i fra erfaring sykepleierne hadde. Sykepleierne visste hvilken operasjon pasientene hadde hatt og dermed viste sykepleierne også hvilke grad av smerte pasienten ville ha etter operasjonen og hvordan pasienten ville reagere på smertene. Dersom pasienten hadde sterkere smerte enn det sykepleierne antok, ble ikke pasienten tatt på alvor. I tillegg ville ikke sykepleiere ringe å forstyrre legen, om det ikke var noe helt kritisk. På enhet B ble smertevurdering forankret i en forståelse av hver pasient som et individ. Her var det pasientens egne bedømmelser på smerten som var hovedfokuset for smertebehandlingen. Det ble også brukt en rekke forskjellige bedømmelseskriterier i smertebehandlingen på enhet B, hvor pasientens egen beskrivelsen av smerten var hovedfokuset.

#### 4. Pain assessment in the perspective of action science, Kim, H. S., Sjostrom, B., & Schwartz - Barcott, D., (2006)

Denne forskningsartikkelen handler om smertevurdering som en spesifikk form for sykepleiehandling som involverer kunnskap og her og nå handlinger. Smertevurdering er en viktig del av sykepleiernes ansvar i praksis, og er det første trinnet i prosessen med smertebehandling. Denne studien ble gjennomført på et stort, universitetssykehus i New England. Studien er basert på en sekundær analyse av data fra en større studie som ikke ble styrt av et handlings med vitenskapelig perspektiv. Studien i artikkelen bygger på teorier som blir brukt i praksis og forfektet teorier. Forfektet teorier er teorier som folk tror de følger og er reflekterende av meninger og holdning. Teorier som er i bruk er de som faktisk brukes i aksjon, de er som regel ukjent for folk i aksjon, og er kun basert på erfaringer sykepleierne har fra faksiske hendelser. Funnene i studien er at smertevurderingen i forhold til forfekte teorier og teorier-i-bruk kan ha en effekt på utfallet av pleiehåndteringen. En annen viktig implikasjon av studien er at det er behov for at sykepleiere blir mer klar over sine bruk av forfekter teorier og teorier i bruk. Ved at sykepleierne reflekterer over forholdet mellom de forfekte teoriene og teorier-i-bruk, i forhold til smerte vurderingen, kan de får en dypere forståelse av egen sykepleiepraksis og konsekvensene av sykepleiernes egne handlinger. Funnene peker på

mulige forklaringer på problemer i smertevurderingen, og gir en innsikt i forståelsen av sykepleiepraksisen.

5. Why is pain still not being assessed adequately? Results of pain prevalence study in a university hospital in Sweden. Wasensten, B., Fröjd, C., Swenne, C.L., Gordh, T. & Gunningberg, L. (2010)

Denne forskningsartikkelen handler om sykepleiernes bruk av smertevurderingsverktøy for å vurdere pasienters smerter. Bruken av smertevurderingsverktøy er et middel som omfatter pasienter i deres smertebehandling. I denne forskningen ble et spørreskjema (NRS) brukt som smertevurderingsverktøy. Skjemaet ble gitt til pasienter på sykehuset som ut fra en skala fra 0-10 skulle vurdere sin egen smerte (hvor 10. er verst tenkelige smerter og 0. ingen smerter i det hele tatt). Studien ble utført på en kirurgisk avdeling på et sykehus i Sverige. Alle pasientene som deltok i studien hadde alle gjennomført en operasjon og hatt smerter i løpet av de siste 24- timene. Målet med denne studien var å undersøke forekomst av smerte og smertevurdering blant innlagte pasienter på et universitetssykehus. Resultatet i studien viser at det er for mange pasienter som lider av smerte, og at NRS smertevurderingsverktøy ikke benyttet i den grad det burde.

## 4.2 Oppsummering av artiklene

Alle artiklene jeg har valgt å inkludere i oppgaven handler om postoperative smerter. Hovedfunnene, slik jeg har forstått de fem artiklene, er at en av hovedoppgavene for en sykepleier er å kunne kartlegge smerte til pasienter og bidra til at pasienter får best mulig smertelindring. Sykepleierne fungerer som talsmenn for pasientene, derfor er det viktig å møte pasientene med et åpent sinn og tro på pasienten når de slev forklarer og uttrykker smerter (Idvall E & Söderhamn O, 2003). Sykepleier-pasient-forholdet spiller en viktig rolle når man som sykepleier skal vurdere smerter hos pasienter. Det er derfor ikke bare de vitale målene man må gå etter men, man må også fysisk være i kontakt med pasientene, snakke med dem og høre med pasienten hvordan pasienten selv opplever smertene (Rejeh, N., Ahmadi, F., Mohammadi, E., Kazemnejad, A., & Anoosheh, M., 2008). Smertevurdering hos hver enkelt sykepleiere spiller inn på avdelingens sosiale atmosfære, det stedet de jobber på. Om man ser på de enkelte pasientene som enkelt individer eller som en samlet gruppe spiller en viktig rolle for smertebehandling (Calbo, L. M. L., 2007). Andre faktorer som spiller inn i

smertevurderingen er erfaringer en sykepleier har. Noen sykepleiere vet av erfaring hvordan pasienter vil reagere på smerter allerede før pasienten er ferdig med operasjonen og dermed kan de tidlig begynne å forberede hvordan pasienten skal får best mulig smertelindring. Det å være en erfaren sykepleier kan også ha sine ulemper da erfaren sykepleier kan komme i fare for å jobbe veldig på rutiner og dersom pasienter sier de har sterkere smerter en det som er det ”normale”, kan pasientene risikere å ikke bli trodd. (Kim, H. S., Sjoström, B., & Schwartz - Barcott, D., 2006). Smertevurderingsverktøy er et viktig hjelpemiddel som ikke blir brukt så mye i sykepleiepraksisen. Dette smertevurderingsverktøy hjelper pasienter best mulig for å kunne vurdere sine egne smerter, det å kunne ”sette ord” på sin smerteopplevelse. Det er også et hjelpemiddel for sykepleierne til å vurdere deres arbeid med smertebehandlingen for hver enkel pasient (Wasensten, B., Fröjd, C., Swenne, C.L., Gordh, T. & Gunningberg, L. 2010).

## 5.0 Drøfting

I denne delen vil jeg forsøke å svare på oppgavens problemstilling, nemlig ”hvordan kan sykepleier forstå og vurdere smerten til pasienter etter en operasjon?”

### 5.1 Kartlegging, vurdering og verktøy.

I følge Travelbee (s. 112) er smerte en ensom erfaring, det kan være vanskelig å formidle smerteopplevelsen til andre, da en som ikke opplever de reelle smertene ikke har forutsetning for å forstå dem. I følge Calbo, L. M. L., (2007) er vurdering av smerter en stor del av sykepleien til pasienter i en postoperativ fase og sykepleieren må være trygg på vurderingen og kartleggingen. Til tross for store framskritt i dagens medisin, både med tanke på legemiddel og kartlegging av smerter, ser vi at store deler av pasientene vi møter i postoperativ fase, ikke er tilstrekkelig smertelindret. Vi som helsepersonell, og spesielt sykepleiere, har mange hjelpemidler for å kunne vurdere og forstå smerte, det kommer likevel frem i artikkelen til Wasensten, B., Fröjd, C., Swenne, C.L., Gordh, T. & Gunningberg, L. (2010) at disse blir lite brukt.

I følge Berntzen, Dnaisen & Almås (2011, s. 357- 362) er smerter svært blandende opplevelser. Dette forklarer de med at smerteopplevelsen er høyst subjektiv, og dermed lite



tilgjengelig for andres kontroll. Bare den som selv kjenner på smerten, kan vite hvordan den føles, hvor intens smertene er og hvor lenge smertene vedvarer. Det er ikke lett for en pasient å beskrive sine egne smerter ovenfor en sykepleier eller lege. Beskrivelsene blir ofte uforståelige og ukonkrete, noe som kan skyldes at smerten rommer mer enn det pasienten klarer å uttrykke med ord. Noen pasienter kan beskrive sine smerter på en uttrykksfull måte, mens andre pasienter ikke klarer å uttrykke smertene sine på andre måter enn at det gjør vondt (Berntzen, Danielsen & Almås, 2011, s. 357- 362). Dette varierer med for eksempel pasientenes personlighet, og dermed mener jeg at dette ikke alene kan brukes som grunnlag for å vurdere smerten hos pasienter.

Som tidligere nevnt har pasienter veldig forskjellige måter å reagere på smerter på. Det finnes mange faktorer som spiller inn på hvordan en opplever smerter. Smerteterskel er en av disse faktorene. Noen har høy smerteterskel, noe som gjør at det skal mye til før en får vondt. Andre har lav smerteterskel, noe som gjør at det skal mindre til før en kjenner smerter. I praksis så jeg ofte at pasienter som hadde gjennomgått samme operasjon ofte ikke hadde de samme postoperative smertene. Da er det nok smerteterskelen som spiller inn. Likevel vil jeg si at smerteterskelen er lite relevant for vurdering av smerter, da en med høy smerteterskel har like vondt som en med lav smerteterskel, den eneste forskjellen er selv smerteopplevelsen hos pasientene.

I løpet av min kirurgiske praksis lærte jeg hvor viktig det var å følge med og dokumentere de vitale målene hos pasienter etter en operasjon. På oppvåkningen er det utstyr som vi overvåker pasientens vitale mål med. Pasientene er koblet på BT- mansjett, pulsoksymeter og hjerteovervåknings utstyr, men disse kan også gi nyttige og viktige informasjonen i forhold til vurdering av smerter. Det er svært mye vi kan lese ut fra disse målingene om pasientens tilstand. I følge Berntzen, Danielsen & Almås (2011, s. 357) kan det ofte være flere symptomer fra det autonome nervesystemet som spiller inn når pasienter får sterke smerter, pulsen blir raskere, huden kan bli blek og pasienten kan begynne å svette. Dette er også viktige parametere i vurderingen av om smertebehandlingen man gir til pasientene er god.

For å kunne forstå og vurdere pasientens smerter på en god måte finnes det flere hjelpemidler man som sykepleier kan bruke. I følge artikkelen til Wasensten, B., Fröjd, C., Swenne, C.L., Gordh, T. & Gunningberg, L. (2010) spiller sykepleierne en viktig rolle i smerte vurderingen, særlig i forhold til å sikre at pasientens egenvurdering av smerte er utført og at tiltak blir

iversksatt for å redusere pasientens smerte. Hjelpemidler som sykepleierne kan bruke for å kartlegge og vurdere smertene kan være VAS og NRS – smerteskala. Fordelen med disse er at pasienten enkelt kan gradere sine egne smerter. VAS- skala er en enkelt og lett måte å vurdere forløp av symptomer og plager som pasienter har. Dette bekreftes av forskning foretatt av Wasensten, B., Fröjd, C., Swenne, C.L., Gordh, T. & Gunningberg, L. (2010) som viser at når pasienten selv er med på å vurdere sine egne smerter ved hjelp av smertevurderingsverktøy fører dette til at pasienten blir mer oppmerksomme på sine egne smerter og dermed kunne gi beskjed om at de har vondt, noe som igjen vil kunne føre til en bedre pasient smertebehandling. Smertevurderingsverktøy hjelper også sykepleierne og andre helsepersonell til å få en god vurdering av deres smertebehandling til hver enkelt pasient. I min praksistid når pasienters smerter skulle vurderes brukte vi VAS – skala, bare at den ble brukt i muntlig form. Siden pasientene er litt omtåket i oppvåkningsfasen, var det enklere for pasientene å svare direkte på spørsmål om hvor sterke smertene var. Vi spurte pasientene hvor vondt de hadde på skala fra 0 (Ingen smerter) til 10 (verst tenkelige smerter), og så vurderte vi smertene ut i fra svaret til pasientene.

Hvordan kan man som sykepleier være sikker på at pasientene forstår vurderingsskalaen? Og hvordan kan man være sikre på at pasienten og sykepleieren har samme forståelse ovenfor intensiteten av smerten som hver enkelt skala viser?

For at pasientene skal forstå smerteskalaen på vurderingsverktøyene er det viktig at sykepleieren informerer pasienten om at 0 er ingen smerter i det hele tatt, og at 10 er det verst tenkelig smertene, det vil si at pasienten ikke klarer å ligge i ro, vir seg i smerter. Dette er viktig for at det ikke skal bli missforståelser mellom pasienten og sykepleieren, som for eksempel at en sykepleier vurderer 6 på skalaen som ”svært mye smerter”, men en pasient sier 9 på skalaen for ”svært mye smerter”.

## 5.2 Sykepleier-pasient-forhold

Et sykepleier-pasient-forhold spiller en viktig rolle i forhold til smertevurderingen. Som Travelbee (1999, s. 41) skriver i sin teori, er et ”menneske-til-menneske-forhold” i sykepleien; opplevelser og erfaringer som deles av sykepleieren og pasienten. Dette tar også Rejeh, N., Ahmadi, F., Mohammadi, E., Kazemnejad, A., & Anoosheh, M. (2008) for seg i

sin forskningsartikkel. Sykepleierne må bli flinkere til å ha et mer sykepleier- pasient forhold. Dette er viktig for å få en god smertelindring. Mange sykepleiere i denne studien utalte seg i forskningen at barrierer som kan påvirker mangelen på sykepleier-pasient-forholdet kan være forhold som; liten tid, mye arbeid og en økning i ikke pleieoppgaver. Dette er igjen med på å begrense deres tilnærming til pasientene. Ineffektiv og begrenset sykepleier-pasient-forholdet kan være med på å hindre smertebehandling.

Målet med et ”menneske-til- menneske-forhold” er i følge Travelbee (1999, s.41) at behovene til pasienten skal være ivarettatt av en sykepleier med en intellektuell og disiplinert tilnæringsmåte, med evne til å bruke seg selv terapeutisk. Sykepleierne i artikkelen til Rejeh, N., Ahmadi, F., Mohammadi, E., Kazemnejad, A., & Anoosheh, M. (2008) understrekte at riktig bruk av ”sykepleier-pasient-forhold” gjør at sykepleierne får en dypere forståelse av pasientens smerter.

I praksis lærte jeg at den aller viktigste måten å vurdere pasientenes smerter på var det å kunne snakke med pasientene, høre hvordan pasientene hadde det og hvordan de selv opplevde sine egne smerter. Det er viktig at pasienten og sykepleieren snakker sammen og har kontakt for at sykepleier skal kunne få en god forståelse og vurdering av smertene til pasientene. Sykepleierne må skape et forhold til pasientene som vektlegger tillit mellom sykepleier og pasienten. Det er viktig at pasientene føler at de blir tatt på alvor, og at det pasientene meddeler til sykepleierne blir tatt på alvor. Det at sykepleierne tar seg tid til å snakke med pasientene og lyttet til det de har og si skaper et trykt og respektfullt forhold mellom sykepleier og pasienten. Dette er videre viktig for at sykepleieren skal kunne forstå og kartlegge pasientens smerter.

En annen vesentlig komponent i denne sammenheng er det å ha tro på det pasienten uttrykker. Jeg vil gjerne trekke inn en personlig erfaring fra en opplevelse i praksis. En pasient, regnet som en ”kjenning” på avdelingen, ba om en paracet på grunn av magesmerter. Jeg videreformidlet dette til ansvarlig sykepleier, men fikk til svar at denne pasienten ikke hadde vondt, og at grunnen til å be om smertestillende var motivert ut i fra behovet for inntak av medikament generelt. Jeg opplevde dette som at sykepleieren ikke trodde på pasienten, og at hun tilegnet pasienten egenskaper pasienten ikke nødvendigvis hadde. Dermed ble pasienten liggende, uten tilstrekkelig smertelindring.

I følge Travelbee (1999) kan enhver opplevelse pasienten har av å ikke bli trodd føre til sterkere smerter enn hva han/hun i utgangspunktet hadde. Noe som altså beskriver hvor viktig det er at sykepleieren tror på det pasienten uttrykker av smerter etter en operasjon.

Hvordan kan man da som sykepleier vise at man tror på pasienten, og at man tar det pasienten uttrykker på alvor?

Sykepleieren kan vise pasienten at de tror på det pasienten uttrykker ved at de aktivt jobber for pasienten for å oppnå best mulig smertelindring. Om smertebehandlingen ikke er tilfredsstillende i forhold til det pasienten uttrykker, må sykepleieren ta kontroll over situasjon og kontakte ansvarlig lege slik at han/hun eventuelt kan endre på smertebehandlingen. Som sykepleier fungere en, i følge Idvall E & Söderhamn O (2003), som pasientens talsperson. Denne posisjonen oppnås som følge av at sykepleierne er sammen med pasientene hele tiden, og har derfor best kapasitet til å vurdere om smertebehandlingen fungerer på pasientene. Videre kan sykepleierne formidle smerteopplevelse og effekten av smertebehandling til ansvarlig lege. Dermed jobber sykepleierne for at pasientene skal får den beste smertebehandlingen de kan få.

I følge Eide (2008, s. 369) er det mange utfordringer man har som sykepleier når man skal kommunisere med pasienter som har smerter. For å få en god forståelse av smerte er det viktig at sykepleierne spør pasientene konkrete spørsmål om pasientens smerter, som smertens lokalisering, kvaliteten på smerten, intensiteten til smerten og variasjonen på smertene (Berntzen, Dnaiselsen & Almås, 2011, s. 371).

Ofte er det slik at pasienter er nervøse for operasjonen, de er redde for komplikasjoner, rehabiliteringen som de må igjennom etter operasjonen, og om operasjonen har gått fint? Og spesielt er pasientene redde for smerter, hvorfor har jeg smerter? Er dette normalt?

Dette medfører at angst, uro og stress kan bli forvekslet med smerter for pasienter som opplever dette. Derfor er det viktig at man som sykepleiere bruker tid med pasientene og snakker med dem. Slik at pasientene får god informasjon både før og etter operasjonen, slik at pasienten er mer forberett på hva hun/han skal igjennom. Det å kunne berolige pasienten med at, operasjon har gått fint, og dersom pasienten kjenner noe smerter er dette helt normalt. I artikkelen til Rejeh, N., Ahmadi, F., Mohammadi, E., Kazemnejad, A., & Anoosheh, M. (2008) kommer det frem hvor viktig den pedagogiske forberedelsen er for sykepleierutdanningen i utviklingen sv sykepleiernes smertevurderings egenskaper. Videre kommer det frem i artikkelen at det er viktig at sykepleieren viser ovenfor pasienten at de bryr

seg og er tålmodige ovenfor pasienter med smerter. Dette får jeg også bekreftet i Travelbee (1999, s 44) i sin teori om at sykepleierne skal kunne bruke seg selv terapeutisk. Det vil si at de har evne til å bruk seg selv, sin personlighet, bevisst og målrettet for å skape et godt og respekt fult forhold til sine pasienter. Dermed må man som sykepleier ta seg tid til å informere pasientene og lytte til pasientene om deres frykt og angst i forholdt til det å ha smerter. Sykepleierne må med andre ord ha en disiplinert intellektuell tilnæringsmåte til pasientens vanskeligheter (Travelbee, 1999, s. 45).

### 5.3 Sykepleiernes fagmiljø og sykepleie erfaring

I følge Kim, H. S., Sjostrom, B., & Schwartz-Barcott, D., (2006) er erfaring en viktig faktor for smertevurdering hos sykepleiere. Med erfaring kan en tidlig i forløpet, kanskje allerede før pasienten ankommer overvåkingsavdelingen, ha planlagt aktuelle smertelindringstiltak og kan starte medikamentell behandling umiddelbart. En kan også ut i fra hvilken operasjon pasienten har gjennomgått, vite sånn noe lunde om pasienten kommer til å ha mye smerter. Sjostrom og Schwartz-Barcott skriver likevel at erfaring også kan være en ulempe, da en etter å ha jobbet med det samme i en lengre periode muligens kan ha kjørt seg inn i ulike mønster og måter å jobbe på, noe som ikke nødvendigvis danner et godt grunnlag for å se den enkelt pasient konkret.

Slik jeg ser det, og med tanke på erfaringer jeg har gjort meg, vil jeg kanskje heller si at å ikke være erfaren (eller rutinemessig) hadde vært positivt i møte med akkurat denne pasienten som jeg nevnte i eksemplet tidligere i oppgaven. Eller vil det, det? Jeg har jo også sett hvor stor fordel erfaring kan være. Her kan jeg også komme med et annet eksempel. Vi hadde nettopp fått inn en pasient etter operasjon som hadde store smerter. Jeg var på jobb med en sykepleier som hadde mye erfaring og som var svært trygg i yrket sitt. Denne sykepleieren gav meg et tips, ”gi heller litt for mye smertestillende”. Han forklarte det med at han godt kunne stå med pasientsengen å minne pasienten på å puste i noen minutter, i stede for at pasienten skulle ha vondt. Dermed gav vi pasienten store doser med smertestillende (dette var smertestillende med kort halveringstid), og vi stod med pasienten og minnet han på å puste hele tiden. Etter en liten stund, når noe av den sedative virkningen var gått ut, trengte vi ikke å stå med pasienten lengre. Pasienten var også fullt smertelindret. En sykepleier uten erfaring ville nok aldri ha gjort det samme.

Smertevurderingen hos sykepleiere er veldig forskjellige fra hvert praksis sted. Sykepleiere har forskjellige måter å jobbe på. I forskningsartikkelen til Calbo, L. M. L., (2007) kommer det frem at sykepleiernes tilnærming til smertevurdering og kartlegging blir påvirket i stor grad av det stedet man jobber som sykepleier. Den enkeltes sykepleiers smertevurdering blir formet av den dominerende tilnærming (habitus) som er det stedet sykepleieren jobber. Roller som spiller inn her er den enkeltes sykepleiers arbeidsforhold og det sosiale fagmiljøet på arbeidsplassen. Hvilken habitus som er dominerende på hvert enkelt sykehus spiller inn på den smertebehandlingen hver enkelt pasient får. På noen sykehus så behandler sykepleierne smerter ut i fra erfaringer som de har hatt, det vil si at de ”vet” hvordan pasienten vil reagere på smertene etter visse operasjoner. De gjennomfører de samme prosedyrene og tiltakene til alle pasientene og de pasientene med samme typer av smerter blir sett på som en gruppe. Men nå pasientene ikke faller inn i de bestemte kategoriene som sykepleierne er vant med, kan sykepleierne få problemer med å forstå og kartlegge smertene til disse pasientene. På andre sykehus blir pasientene sett på som enkelt individer og deres egne opplevelser av smertene blir hørt av sykepleierne. Der blir hver smertebehandling opprettet for hver enkelt pasient. Så det er veldig individuelt for hvert praksissted hvordan man som sykepleier og helsepersonell vurderer og kartlegger smerter, og dette blir påvirket av sykehusets/avdelingens fagligmiljø på det stedet hvor pasienten blir behandlet.

Det er mange pasienter som er redde for å gi beskjed til sykepleierne når de har smerter. Grunnen til dette kan være at pasienten tror at sykepleierne vet best når pasienten selv trenger smertestillende legemidler, og når pasienten eventuelt kan få en ny dose (Berntzen, Dnaiselsen & Almås, 2011, s. 371). Ved god kommunikasjon kan sykepleieren gjøre pasienten trygg på at det er pasientens subjektive opplevelser av smerter som er vesentlig for hvor mye smertelindring pasienten trenger og at det bare er pasienten selv som kan gi uttrykk for sine smerter. Her må man som sykepleier ha i tankene at noen pasienter kan ha vansker med å uttrykke smerter. Hos disse pasientene må sykepleier være god på nonverbal – kommunikasjon og kunne fange opp signalene pasienten sender. Dette er noe en erfaren sykepleier kan være bedre på enn en sykepleier uten så mye erfaring. Det skyldes nok at en erfaren sykepleier vet mer hva de skal se etter hos pasientene, og hvordan pasienter eventuelt uttrykker smerter uten bruk av verbal kommunikasjon. Her vil jeg også trekke inn et eksempel fra praksis. En pasient lå å sov helt rolig, en erfaren sykepleier på praksisstedet så at pasienten som lå å sov hadde smerter. Grunnen til at denne sykepleieren kunne se at pasienten hadde smerte var for at hun hadde en stram rynke i pannen. Sykepleieren gav

hennes smertelindring mens hun fremdeles sov, observerte ansiktsuttrykket hennes videre og etter en liten stund var rynken i pannen vekke, og en klar indikasjon på at pasienten ble smertefri. Bare ved å lese pasientens ansiktsuttrykk kunne altså sykepleieren konstatere at pasienten måtte ha smerter, noe som viser at nonverbal- kommunikasjon er viktig for smertelindring postoperativ.

For at sykepleier skal kunne forså og vurdere smerter til pasienter etter en operasjon har jeg gjennom denne oppgaven kommet frem til at sykepleieren må etablere et godt forhold til pasient, sykepleieren må ta pasientenes opplevelse av smerte på alvor og sykepleier må vise tillit og respekt ovenfor pasienten. Den beste måten å vurdere pasientens smerter på er kommunikasjon mellom sykepleier og pasient og høre på det pasienten uttrykker. Sykepleierne må jobbe for pasientene, iverksette tiltak slik at pasientene får best mulig smertebehandling. Sykepleierne må bli flinkere til å bruke smerteverktøyene slik at de bedre kan fastslå pasientens opplevelser av den postoperative smerter da smerter i seg selv er en individuell opplevelse for hver enkelt pasient. Pasienter må blitt sett på som individuelle individer, og ikke bli plassert i de ”båser” man som sykepleiere mener de passer i.

## Referanseliste:

Berntzen, H., Almås, H., Bruun, A.M.G., Dørve, S., Giskemo, A., Dávøy, G., & Grønseth, R.

(2010). Perioperativ og postoperativ sykepleie. I Klinisk sykepleie 1. (Red). Almås, H., Stubberud, D.G., & Grønseth, R., (4. Utg, s. 272-338).

Oslo: Gyldendal Akademisk.

Berntzen, H., Danielsen, A., & Almås, H. (2010). Sykepleie ved smerter. I Klinisk sykepleie

1. (Red). Almås H., Stubberud, D.G., & Grønseth R., (4. Utg, s. 354- 398).

Oslo: Gyldendal Akademisk.

Calbo, L. M. L., (2007). An ethnography of pain assessment and the role of social context on

two postoperative units, doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04550.x. Hentet fra:

[http://content.ebscohost.com/pdf19\\_22/pdf/2008/4BG/01Mar08/28784936.pdf?T=P&P=AN&K=2009801509&S=R&D=c8h&EbscoContent=dGJyMMvI7ESep7U4xNvgOLCmr0yepdSr624TbKWxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGstUm2qbNJuePfgeyx44Dt6fIA](http://content.ebscohost.com/pdf19_22/pdf/2008/4BG/01Mar08/28784936.pdf?T=P&P=AN&K=2009801509&S=R&D=c8h&EbscoContent=dGJyMMvI7ESep7U4xNvgOLCmr0yepdSr624TbKWxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGstUm2qbNJuePfgeyx44Dt6fIA)

Dalland, O. (2011). Metode og oppgaveskriving for studenter. (4. utg. s. 82 - 99).

Oslo: Gyldendal Akademisk.

Eide, H (2008) Kommunikasjon, Relasjon og smerte. I Rustøen, T. & Whal, A.K (Red), Ulike

tekster om smerte: Fra nocisepsjon til livskvalitet. (s. 354 – 369).

Oslo: Gyldendal Norsk Forlag



Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). Att göra systematiska litteraturstudier. (s. 29 – 37).

Stockholm: Natur och kultur

Kim, H. S., Sjostrom, B., & Schwartz - Barcott, D., (2006). Pain assessment in the perspective of action science, Hentet fra:

[http://content.ebscohost.com/pdf18\\_21/pdf/2006/LFB/01Sep06/22357494.pdf?T=P&P=AN&K=2009285319&S=R&D=c8h&EbscoContent=dGJyMMvl7ESep7U4xNvgOLCmr0yeprdSsK24TbWWxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGstUm2qbNJuePfgex44Dt6fIA](http://content.ebscohost.com/pdf18_21/pdf/2006/LFB/01Sep06/22357494.pdf?T=P&P=AN&K=2009285319&S=R&D=c8h&EbscoContent=dGJyMMvl7ESep7U4xNvgOLCmr0yeprdSsK24TbWWxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGstUm2qbNJuePfgex44Dt6fIA)

Kunnskapssenteret (14.05.2008). Sjekklister for vurdering av forskningsartikler. Hentet: 06.

Februar 2014 fra <http://www.kunnskapssenteret.no/verktøy/sjekklister-for-vurdering-av-forskingsartikler>

Olsson, H. & Sörensen, S. (2003). Forskninigsprosessen: kvalitative og kvantitative perspektiver. Oslo: Gyldendal akademisk

Rejeh, N., Ahmadi, F., Mohammadi, E., Kazemnejad, A., & Anoosheh, M., (2008). Nurses' experiences and perceptions of influencing barriers to postoperative pain management, doi: 10.1111/j.1471-6712.2008.00619.x Hentet fra [http://content.ebscohost.com/pdf23\\_24/pdf/2009/BD4/01Jun09/39143541.pdf?T=P&P=AN&K=2010276773&S=R&D=c8h&EbscoContent=dGJyMMvl7ESep7U4xNvgOLCmr0yeprdSr6m4Sq6WxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGstUm2qbNJuePfgex44Dt6fIA](http://content.ebscohost.com/pdf23_24/pdf/2009/BD4/01Jun09/39143541.pdf?T=P&P=AN&K=2010276773&S=R&D=c8h&EbscoContent=dGJyMMvl7ESep7U4xNvgOLCmr0yeprdSr6m4Sq6WxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGstUm2qbNJuePfgex44Dt6fIA)

Store Norske Leksikon (2009, 15. Februar). *Intensivavdeling*. Hentet 16. Januar 2014 fra

<http://snl.no/intensivavdeling>

Sönderhamn, O., & Idvall, E., (2003). Nurses' influence on quality of care in postoperative

pain management: A phenomenological study. 9, 26-32. Hentet fra

[http://content.ebscohost.com/pdf13\\_15/pdf/2003/81A/01Feb03/9121620.pdf?T=P&P=AN&K=2003155001&S=R&D=c8h&EbscoContent=dGJyMNLr40SeqK84yNfsOLCmr0yepNSr664TLWWxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGstUm2qbNJuePfgeyx44Dt6fIA](http://content.ebscohost.com/pdf13_15/pdf/2003/81A/01Feb03/9121620.pdf?T=P&P=AN&K=2003155001&S=R&D=c8h&EbscoContent=dGJyMNLr40SeqK84yNfsOLCmr0yepNSr664TLWWxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGstUm2qbNJuePfgeyx44Dt6fIA)

Travelbee, J. (1999) Mellommenneskelige forhold i sykepleie.

Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Wasensten, B., Fröjd, C., Swenne, C.L., Gordh, T. & Gunningberg, L. (2010). Why is pain

still not being assessed adequately? Results og a pain prevalence study in a university

hospital in Sweden. Hentet fra: [http://onlinelibrary.wiley.com/store/10.1111/j.1365-](http://onlinelibrary.wiley.com/store/10.1111/j.1365-2702.2010.03482.x/asset/j.1365-2702.2010.03482.x.pdf;jsessionid=0F429EAFBAD52E9F6B03F75A4C3D2E4A.f04t01?v=1&t=hrrug90e&s=cff963b4a733c25ccf954d9585649cd8ea9667ec)

[2702.2010.03482.x/asset/j.1365-](http://onlinelibrary.wiley.com/store/10.1111/j.1365-2702.2010.03482.x/asset/j.1365-2702.2010.03482.x.pdf;jsessionid=0F429EAFBAD52E9F6B03F75A4C3D2E4A.f04t01?v=1&t=hrrug90e&s=cff963b4a733c25ccf954d9585649cd8ea9667ec)

[2702.2010.03482.x.pdf;jsessionid=0F429EAFBAD52E9F6B03F75A4C3D2E4A.f04t](http://onlinelibrary.wiley.com/store/10.1111/j.1365-2702.2010.03482.x/asset/j.1365-2702.2010.03482.x.pdf;jsessionid=0F429EAFBAD52E9F6B03F75A4C3D2E4A.f04t01?v=1&t=hrrug90e&s=cff963b4a733c25ccf954d9585649cd8ea9667ec)

[01?v=1&t=hrrug90e&s=cff963b4a733c25ccf954d9585649cd8ea9667ec](http://onlinelibrary.wiley.com/store/10.1111/j.1365-2702.2010.03482.x/asset/j.1365-2702.2010.03482.x.pdf;jsessionid=0F429EAFBAD52E9F6B03F75A4C3D2E4A.f04t01?v=1&t=hrrug90e&s=cff963b4a733c25ccf954d9585649cd8ea9667ec)

Wiøen, H. & Strand, A.C (2008) Sykepleietiltak ved postoperativ smertelindring. I Rustøen,

T. & Whal, A.K (Red), Ulike tekster om smerte: Fra nocisepsjon til livskvalitet (s. 271- 286).

Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

## Vedlegg 1: resultattabell av artikkel 1

Artikkel	Hensikt	Metode og datasamling	Utvalg	Resultat
Nurses' influence on quality of care in postoperative pain management: A phenomenological study. By Idvall E & Söderhamn O (2003)	Hensikten med denne studien var å beskrive en gruppe sykepleieres innflytelse på kvaliteten på pleien i postoperativ smertebehandling. Sykepleiere spiller en nøkkelrolle i å sikre god smertekontroll og er i en posisjon til å stadig vurdere og evaluere effekten av smertelindringen. Prosessen med sykepleiere innebærer en systematisk og vitenskapelig tilnærming til omsorg for pasientene med smerte.	Det er en kvalitativ metode. Sykepleieren i denne undersøkelsen ble bedt om å svare på et spørsmål "Beskriv en komplett postoperativ smerte situasjon hvor dine handlinger i hovedsak påvirket utfallet og beskriv dine prestasjoner". Sykepleierne ble samlet inn ved hjelp av en spørreskjema.	Det var totalt 233 kliniske sykepleiere fra Sverige som jobbet med postoperativ smertebehandling som ble spurt om å delta i undersøkelsen, disse sykepleierne ble kontaktet via e-mail. Alle sykepleierne var registrert for å være med i totalt seks kurs i akutt smertebehandling. Dette kurset varte intensivt i to dager. Tjueåtte sykepleiere var villige til å delta videre i studien. Videre var det bare fjorten sykepleiere som hadde svart fult og konkret på spørsmålet som de hadde fått. Det var femten fortellinger skrevet av 14 erfarne sykepleiere.	Det ble funnet to typologiske funn av sykepleierens innflytelse på kvaliteten på pleien i postoperativ smertebehandling i teksten. Sykepleierne har i mange tilfeller fungert som en talsmann for pasientene. Når sykepleierne oppfatter det slik at pasientene ikke får tilfredsstillende smertelindring, må de handle som pasientenes talsmenn, de må mase og argumentere for endringer i behandlingen og smertebehandling på vegne av pasienten. Det andre resultatet som kom fram i artikkelen var at Sykepleierens innflytelse på kvaliteten på pleien av den postoperative smertebehandling besto av: (1) sykepleierens oppfatning av en utilfredsstillende situasjon når det

				gjelder smertebehandling av de kirurgiske pasientene, (2) at sykepleierne personlig grep inn, og (3) at de endret utfallet av situasjonen i en positiv retning.
--	--	--	--	---

## Vedlegg 2: resultattabell av artikkel 2

Artikkel	Hensikt	Metode og datasamling	Utvalg	Resultat
Nurses' experiences and perceptions of influencing barriers to postoperative pain management, By Rejeh, N., Ahmadi, F., Mohammad i, E., Kazemnejad, A., & Anooosheh, M. (2008)	Hensikten med denne forskningen var å få en bedre forståelse av sykepleiernes oppfatninger av barrierer som påvirker postoperativ smertelindring, ved hjelp av kvalitativ metode. Målet med denne forskningen var å identifisere sykepleiernes erfaringer og oppfatninger barrierene mot postoperativ smertebehandling.	Dette er en kvalitativ metode. Studien går ut på at sykepleierne skal beskrive sine egne erfaringer når det gjelder omsorg for pasienter med postoperative smerter. Sykepleierne svarte på bestemte spørsmål eller ved å fylle ut skjemaer. For innsamlingen av dataen ble det derfor brukt et semistrukturert intervju som metode. Forskerne kontaktet hver av de potensielle deltakerne og forklarte målet med denne studien. Hvert intervju begynte med noen generelle spørsmål som: (1) "Kan du beskrive en av dine arbeidstidsordninger?" (2) "Kan du dele hva du gjør for å ta vare på en pasient i smerte?" Videre kom det tilleggsspørsmål for å klargjøre og videre utforske grenser som påvirker smertebehandlingen. (i)"Kan du gi et eksempel på tid da din innsats for å håndtere en pasient i postoperativ smerte? Var det vellykket	Det var totalt 26 iranske sykepleiere som deltok i studien. Deltakernes alder varierte mellom 23 – 50 år. sykepleiepraksis erfaringen varierte mellom 2 – 26 år. 21 av deltakerne hadde BS-grad i sykepleie, og fem hadde MS grad. 24 deltakere var kvinner og 2 av deltakerne var menn. Alle sykepleierne som jobbet heltid i studien ble ansett som potensielle deltakere. Alle sykepleierne var registrerte sykepleiere fra tre pedagogiske sykehus i Teheran. Hvert av intervjuene var individuelt. Intervju øktene ble gjennomført når de følte deres arbeidsmengde var lavere og sykepleierne	I artikkelen kommer det frem fire temaer som ble hentet fra intervjuene. De fire hovedtemaene som de kom frem til i forskningen var "mangel på pedagogisk forberedelse", "sykepleierens begrensede myndighet", "begrenset sykepleier-pasient- forhold" og "forstyrrelser i smerte forvaltningsintervensjoner". Det som er den store betydningen i denne forskningen enten det er suksess eller fiasko i smertebehandlingen er i stor grad avhengig å beskrive faktorer som påvirker sykepleierens praktiske vare på postoperativ smertebehandling. Derfor må sykepleiere ta avgjørelser og handle som en pasient for postoperativ smerte i kirurgiske avdelinger om pasientens behov

		<p>eller mislykket? Hvorfor?"</p> <p>Analysen av dataen var basert på helhetsinntrykket.</p>	<p>hadde nok tid til å bli intervjuet- det tok gjennomsnittlig 90 minutter – dette fortsatte på alle skift, i en periode på tre måneder.</p>	<p>for lindrende og status av barrierer. I de fleste tilfeller kan de ikke opptre på et optimalt nivå, i stedet, de godtar bare hva de kan gjøre, hva vi kaller dette som "begrenset smertebehandling". Det kan konkluderes med at postoperativ smertebehandling er sammenhengende kompleks, og er omstridt.</p>
--	--	--	--	--

### Vedlegg 3: resultattabell av artikkel 3

Artikkel	Hensikt	Metode og datasamling	Utvalg	Resultat
An ethnography of pain assessment and the role of social context on two postoperative units, By Calbo, L. M. L., (2007)	<p>Hensikten med studien var å undersøke sykepleiernes smertevurderingspraksis på tvers av to enheter. I og med at det ofte er problemer med at sykepleierne undervurderer de postoperative smertene til pasientene.</p> <p>Forskningsspørsmålene var:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- På hvilke måter og i hvilken grad har postoperativ smerte vurdering variert på tvers av to pleieenheter?</li> <li>- Hva er effekten av pleieavdelingen sosial kontekst på smertevurderings praksisen?</li> </ul>	<p>Kvalitativ metode hvor innhenting av data foregikk som observasjon av sykepleierne, individuelle intervjuer og små fokusgrupper med sykepleierne.</p> <p>Artikkelens teoretiske rammeverk er blitt belyst av Bourdieus tilnærming til refleksiv etnografi som metode, analyse av hver pleieavdeling som et praksisfelt, med forskjellige personer/sykepleiere som har varierende makt.</p> <p>Studien foregikk over tre faser som gikk over 9 måneder.</p> <p>Prøvetakings strategien var ulike for hver fase. I fase 1, ble det fokuserte på å få komme til sykehuset, utvikle relasjoner med pleiepersonalet, bli kjent med rutinene, samt begynne å kartlegge den sosiale konteksten av hver enhet. I fase 2, ble fokuset skiftet over til selve smertevurderings praksisen til sykepleiere på hver enhet. En tre trins</p>	<p>Studien fant sted på to generelle kirurgiske enhet med 700 seng poster på et universitetssykehus i det nordøstlige USA. Hver enhet hadde en sykepleier leder og nestleder, enhetene varierte i størrelse på 21- 30 senger, det var 27-30 registrerte sykepleiere som var ansatt. Sykepleierne som deltok i forskningen ble rekruttert gjennom presentasjoner på enhetsmøter. Sykepleierne på begge enhetene ga samtykke i å bli observert når de gjennomførte smerte vurderingen på pasienter. Videre ble de intervjuet i forhold til hver vurdering. Intervjuene ble gjennomført på en privat plass på pleieavdelingen, og intervjuet varte fra 10 til 30 minutter og det ble tatt opp på bånd og transkribert.</p>	<p>Funnene i studien viser at det er mange likheter på tvers av disse to pleieenheter, men likevel var det store ulikheter. Funnene i studien fremhever påvirkningen av den kollektive habitus på hver praksisenhet av den enkelte sykepleier selv. Praksisen for den enkelte sykepleier var formet av den dominerende habitus på arbeidsplassen. Det kom frem at habitusen på arbeidsplassen hadde i stor grad innflytelse av sykepleierne selv. Enhet A vurderte smerter ut i fra erfaring sykepleierne hadde, sykepleierne visste hvilken operasjon pasientene hadde hatt og dermed viste sykepleierne også hvilke grad av smerte pasienten ville ha etter operasjonen, og hvordan pasienten ville reagere på smertene. Dersom pasienten hadde sterkere smerte enn det sykepleierne antok, ble ikke pasienten tatt på</p>

		analyse av data i fase 2 ble gjennomført. I fase 3 ble det fokusert på å utvide forståelsen av virkningen av pleieavdelingens sosiale kontekst på smerte av den enkelte sykepleier.		alvor. Enhet B ble smertevurdering forankret i en forståelse av hver pasient som et individ. Her var det pasientens egne bedømmelser på smerten som var hovedfokuset for smertebehandlingen.
--	--	---	--	--



## Vedlegg 4: resultattabell av artikkel 4

Artikkel	Hensikt	Metode og datasamling	Utvalg	Resultat
Pain assessment in the perspective and action science. By Kim, H. S., Sjostrom, B., & Schwartz - Barcott, D., (2006)	Hensikten med forskningen er å oppdage forfekte teorier og teorier-i-bruk i smertevurdering av sykepleiere. Det ultimale målet med forskningen er å identifisere kildene til ineffektive smertevurderinger for å utvikle strategier som kan hjelpe sykepleiere i deres smerte vurdering spesielt og i din vurdering generelt.	En kvalitativ metode hvor dataen for studien ble tatt fra en større studie. En fenomenografisk tilnærming. For innsamling av data ble det gjort interaktive og smeistrukturerte intervjuer, som alle ble tatt opp på bånd. Hver sykepleier ble intervjuet individuelt. De første intervjuene tok for seg sykepleierens tideligere arbeidserfaringer og personlige holdninger til postoperativ sykepleie. Fokuset på intervjuene var på sykepleierens utsikt over pasient situasjonen, hvordan og på hvilke grunnlag sykepleieren dømte pasientenes smerter. Intervjuene innholdte åpne brede spørsmål, for å få fullstendig og detaljerte	10 sykepleiere og 30 postoperative pasienter ble plukket ut til å delta i studien, på et universitetssykehus i nordøstlige USA. Halvparten av sykepleierne som deltok hadde mer erfaring en 5 år, og den andre halvparten av sykepleierne som deltok hadde er faring mindre enn 3 år. alle pasientene som deltok hadde alle gjennomgått en operasjon i løpet av de siste 24 timene.	Funnene i studien viser at mønsteret i forhold mellom forfekte teorier og teorier i – bruk i smerte vurderingen har en viss effekt på pleien til pasienter i postoperativ fase. Resultatene av denne studien tyder på at de primære målene for smertevurderingen ikke er nøyaktighet, men i stedet må sykepleierne fokusere på nøyaktig vurdering slik at de enkelt kan fokusere hvordan smertebehandlingen fungerer for pasientene. En annen viktig implikasjon av studien er at det er behov for at sykepleiere blir mer klar over sine bruk av forfekter teorier og teorier i bruk. Ved at sykepleierne reflekterer over forholdet mellom de forfekte teoriene og teorier-i-bruk, i forhold til smerte vurderingen kan de få en dypere forståelse av egen sykepleiepraksis og konsekvensene av sykepleiernes egne handlinger.

		beskrivelser av hendelser med sykepleieres egne ord, etterfulgt av direkte spørsmål, for å få klarhet, nøyaktighet og ytterlige detaljer.		
--	--	---	--	--

## Vedlegg 5: resultattabell av artikkel 5

Artikkel	Hensikt	Metode og datasamling	Utvalg	Resultat
Why is pain still not being assessed adequately? Results of a pain prevalence study in a university hospital in Sweden. By Wadensten, B., Fröjd, C., Swenne, C.L., Gordh, T., & Gunningberg, L., (2010)	Hensikten med studien er å undersøke forekomsten av smerte og smertevurdering blant inneliggende pasienter i et universitetssykehus .	Det er en kvantitativ og utforskende studie som er basert på en pasienten undersøkelse. Pasienten ble bedt om fylle ut et spørreskjema, NRS, hvor pasienten skulle vurdere sine egne smerter på en skala fra 0-10 (0=ingen smerter, 10=verst tenkelige smerter). Dataanalysene ble utført i Excel, og resultatene forskerne fant ble presentert ved hjelp av deskriptiv statistikk.	Studien ble utført på et svensk universitet sykehus med 40 avdelinger og 1100 pasient senger. Det er ca 2800 ansatte sykepleiere. Alle inneliggende pasienter som var tilsted den dagen undersøkelsen skulle ta sted, ble bedt om å delta. Deltakerne ble informert om at deltakelsen var frivillig. Denne undersøkelsen gikk bare over en dag. Avdelingssykepleierne på hver avdeling ble bedt om å ekskludere pasienter med kognitiv svikt, pasienter som var for syke til å delta og pasienter som ikke forstår språket (svensk). En sykepleier på hver avdeling fikk i ansvar for å distribuere undersøkelsen til pasientene og for å samle dem inn igjen. Pasientene ble bedt om å svare på undersøkelsen selv, men ble tilbudt hjelp om de trengte det. Undersøkelsen som var beregnet for små barn ble formulert slik at foreldre kan svare på det.	Resultatene på studien viser at pasienter som var innlagt på sykehuset opplever smerter. I denne studien hadde 65 % av pasientene som deltok i undersøkelsen opplevd smerter i løpet av de foregående 24 timer. Av de pasientene som rapporterte å ha opplevd smerter i løpet av de foregående 24 timene, 81 % vurderte deres smerter >3 og 41 % av pasientene vurderte deres smerter >7. Resultatet viste at det er for mange pasienter som fortsatt lider av smerte, og at NRS vurderingsverktøy ikke blir benyttet i den grad det burde.