



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

BSS9-H-2021-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	07-05-2021 00:00	Termin:	2021 VÅR
Sluttdato:	21-05-2021 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 BSS9 1 H 2021 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	384
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7961
----------------------	------

Egenerklæring *: Ja
Jeg bekrefter at jeg har registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på vitnemålet mitt *: Ja

Gruppe

Gruppenavn:	(Anonymisert)
Gruppenummer:	3
Andre medlemmer i gruppen:	373

Jeg godkjenner autalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Bruk av kommunikasjon i postoperativ smertelindring

The use of communication in postoperative pain relief

Kandidatnummer: 384 og 373

Sjukepleie

Institutt for helse-og omsorgsvitenskap

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

21.05.2021

Antall ord: 7961

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle

kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

Abstract

Title: The use of communication in postoperative pain relief

Background: Every year, several hundred thousand patients are admitted to Norwegian hospitals. It is assumed that a significant proportion of those who undergo surgery do not receive adequate pain relief and that as many as 30-50% experience unacceptable pain postoperatively. Pain management has improved significantly in the last 20-30 years, but a large proportion of patients are still under- or misdiagnosed.

Objective: The objective of this thesis was to look at in what way nurses can use communication to facilitate good pain relief in patients with postoperative pain.

Methods: The thesis has a literature study as a method that involves addressing a problem, doing a systematic search for research, critically evaluating and analyzing the research and then discussing the results. Data is gathered from pre-existing scientific knowledge, research and theory. Systematic searches were performed in Cinahl, PubMed, Medline and Cochrane Library.

Results and conclusion: The findings indicate that there is a great need among patients for information about postoperative pain treatment. This included information on acceptable levels of pain, side effects of painkillers and details regarding their surgery. Preoperative information about the postoperative phase was desirable but not always given. There were divergent findings in the effect of manipulating communication. The research suggests that more evidence is needed on this topic, but at the same time indicates that patient-centered communication can still be used by nurses in meetings with the individual patient. This is because communication can be a simple and cheap pain relief measure.

Key words: Communication, pain relief, nurse-patient relations, post-operative

Innholdsfortegnelse:

1.0 Introduksjon	1
1.1 Innledning	1
1.2 Problemstilling med problemformulering	1
1.3 Begrepsavklaringer	2
2.0 Teori	3
2.1 Kommunikasjon	3
2.2 Smerte	6
2.2.1 Postoperative smerter	6
2.2.2 Modulering av smerte	6
2.2.3 Portcelleteorien	7
2.2.4 Placebo og nocebo	7
2.3 Den kirurgiske pasienten	8
2.4 Kartlegging av smerter og smertelindring	8
2.5 Sykepleieteori	9
2.6 Etske og juridiske aspekter ved sykepleie	9
3.0 Metode	10
3.1 Design	10
3.2 Søkeprosess	11
3.3 Kritisk vurdering av artikler	14
3.4 Analyse og syntese	15
3.5 Kritikk av metode	15
3.6 Etske vurderinger	15
4.0 Syntese	16
4.1 Effekten av informasjon og manipulering av kommunikasjon	16
4.2 Mangelfull informasjon om postoperative smerter og behandling	17
4.3 Godt informert - men av ulike grunner	18

4.4 Kartlegging og håndtering av postoperative smerter	19
4.4 En empatisk tilnærming	19
4.5 Ikke-medikamentelle tiltak - ulikt fokus	20
5.0 Diskusjon	20
5.1 Resultatdiskusjon	21
5.1.1 Effekten av informasjon og manipulering av kommunikasjon	21
5.1.2 Pasientens behov -Informasjon	22
5.1.3 Pasientens behov - Empati og en aktiv og pasientsentrert tilnærming	23
5.1.4 Konsekvenser av manglende kommunikasjon og oppfølging av pasientens uttrykk for smerte	24
5.1.5 Kommunikasjon ved kartlegging og håndtering av postoperative smerter	25
5.2 Metodediskusjon	26
6.0 Konklusjon	27
7.0 Referanseliste	28
Vedlegg:	31
Vedlegg 1 – PIO og søkeord	31
Vedlegg 2 - Søkehistorikk	32
Vedlegg 3 - Litteraturmatrise	33
Tabelliste:	
Tabell 1: Inklusjons / Eksklusjonskriterier	12
Tabell 2: PIO skjema	30
Tabell 3: Søkeord	30
Tabell 4: Søkehistorikk	31

1.0 Introduksjon

1.1 Innledning

Årlig er flere hundre tusen pasienter innom norske sykehus (Statistisk sentralbyrå, 2021). Det antas at en betydelig andel av dem som gjennomgår kirurgi ikke mottar adekvat smertelindring postoperativt og det konkluderes med at forbedringspotensialet er stort (Fredheim, Kvarstein, Undall, Stubhaug, Rustøen & Borchgrevink, 2011). Lindrende tiltak har blitt vesentlig bedre de siste 20-30 årene, men en stor andel pasienter blir fortsatt under- eller feildiagnostisert. Så mange som 30-50% opplever uakseptable smerter postoperativt (Danielsen & Berntzen, 2017, s. 381). Mangelfull behandling av postoperative smerter kan ha en rekke alvorlige konsekvenser, blant annet økt komplikasjonsrisiko og dødsrate etter kirurgi grunnet forsinket mobilisering. Kroniske smerter etter kirurgi er ikke uvanlig, og smerteintensiteten postoperativt har sammenheng med utvikling av kronisk smerte (Den norske legeforening, 2009, s. 14).

1.2 Problemstilling med problemformulering

På sykehus er det sykepleiere som i all hovedsak har den største pasientkontakten. De følger pasientene fra morgen til kveld og natten gjennom. Behandling og tiltak utføres på bakgrunn av observasjoner, legens ordinasjoner og samhandling med den enkelte pasient (Danielsen & Berntzen, 2017, s. 388). NSF's yrkesetiske retningslinjer (Norsk sykepleierforbund, u.å.) forteller at sykepleiere skal lindre lidelse og utøve helhetlig og omsorgsfull hjelp. Smerte er et komplekst fenomen og sykepleiere har ikke bare en viktig funksjon, men også et stort ansvar når det kommer til behandling av smerte (Danielsen & Berntzen, 2017, s. 381). For å kunne utøve god smertelindring må man første identifisere pasientens behov, og i følge Travelbee (1971/1999, s.142) kan dette behovet fastslås ved hjelp av observasjon og kommunikasjon.

På bakgrunn av dette blir problemstillingen følgende:

“Hvordan kan sykepleiere ved hjelp av kommunikasjon legge til rette for god smertelindring hos pasienter med postoperative smerter?”

På bakgrunn av en rekke teorier, deriblant relasjonsteori, smertefysiologi og placeboeffekten, er det ønskelig å avdekke om kommunikasjon i seg selv kan virke smertelindrende. Dette er et kostnadseffektivt tiltak og kan i beste fall være med på å redusere medikamentell smertelindring - som igjen vil være gunstig for pasienten.

1.3 Begrepsavklaringer

Kommunikasjon er et vidt begrep. Prosjektforfatterne har i denne oppgaven valgt å inkludere studier som omhandler både empati, overføring av budskap/informasjon, distraksjon og andre “intervensjoner” som innebærer kommunikasjon.

2.0 Teori

I teoridelen vil det bli presentert relevant teori om temaer som kommunikasjon, smerte og den kirurgiske pasienten.

2.1 Kommunikasjon

Innenfor et hjelpende perspektiv anses kommunikasjon som en kompleks og sammensatt ferdighet (Eide og Eide, 2014, s.14). Elementer som empati, aktiv lytting, verbal og non-verbal tilnærming er få av mange viktige egenskaper som er essensiell for god kommunikasjon (Eide & Eide, 2014, s. 16). Disse og flere andre aspekter beskrives fortløpende i den videre teksten.

Empati

Empati beskrives som ”..evnen til å lytte, sette seg inn i en annens situasjon og til å forstå den andres følelser og reaksjoner” (Eide & Eide, 2014, s. 36). I et terapeutisk perspektiv er det viktig at helsearbeideren gir tilbakemelding om at følelsene og tankene til den andre er sett og hørt og vil bli tatt hensyn til (Eide & Eide, 2014, s. 220). Empati er dog et komplekst fenomen som innebærer flere aspekter, og det er ingen fasit på hvordan en går frem i en hjelpende situasjon. Eide og Eide (2014, s. 39) oppgir likevel to former for empati som er vesentlig ved profesjonell kommunikasjon - én affektiv del og én kognitiv del. Førstnevnte innebærer en passiv og gjerne ubevisst speiling av den andres tanker og reaksjoner. Vi slipper følelsene inn og de preger oss følelsesmessig. Den kognitive formen beskrives som en mer viljestyrt og aktiv tilnærming. Her forsøker en å sette seg inn i og forstå hvilke tanker den andre har om seg selv og den situasjonen vedkommende er i. Det er ikke tilstrekkelig å ”basere” seg på verken den ene eller andre formen, begge er nødvendig for å kunne danne seg et helhetlig bilde av hvordan pasienten har det (Eide & Eide, 2014, s. 37-40).

Fagkunnskap

Innenfor helsesektoren vil fagkunnskapen en innehar påvirke i hvor stor grad man kan hjelpe den enkelte pasient. Å ha kunnskap om sykdom, diagnose, behandling, medikamenter og bivirkninger kan også sies å være empati. På den måten kan en lettere forstå hvordan vedkommende har det samtidig som en kan oppdage andre aspekter som er viktige for pasienten (Eide & Eide, 2014, s. 42).

Åpne og lukkede spørsmål

Åpne spørsmål som “hva”, “hvordan” eller “hvorfor” gir pasienten rom til å uttrykke tanker, følelser og opplevelser på egne premisser. Den som stiller spørsmålet inviterer til utforskning uten å styre og avgrense samtalen. Målet med slike spørsmål er hjelpe den andre til klargjøre, utdype eller beskrive for eksempel følelser, erfaringer eller faktiske forhold (Eide og Eide, 2014, s. 276). Motsatt har man lukkede spørsmål. Disse begynner ofte med et verb, er styrende og inviterer ikke til utforskning, man får som regel kun svar på det man spør om. Slike spørsmål leder til en asymmetrisk relasjon hvor den som leder samtalen har kontrollen og dermed også en makt. Kommunikasjonen blir lineær (Eide og Eide, 2014, s. 270).

Non-verbal kommunikasjon

Non-verbal kommunikasjon handler om å formidle tanker og følelser gjennom kroppslige uttrykk. Uttrykkene vises i form av kroppsspråk, holdning, ansiktsmimikk, blick og berøring. I tillegg vil faktorer som stillhet og tempo også virke inn på formidlingen. Å uttrykke seg non-verbalt kan foregå bevisst, delvis bevisst eller ubevisst. Kommunikasjon kan derfor være avslørende; er det samsvar mellom det en uttrykker verbalt og for eksempel ansiktsmimikk? I faglitteraturen beskrives et språk, altså en uoverensstemmelse, mellom verbal og non-verbal kommunikasjon som inkongruent. Inkongruent kommunikasjon kan være uheldig da det kan avsløre om en person er ærlig eller uærlig i sitt utsagn. Oppfattes hjelperen eller helsearbeideren uærlig i sitt kroppsspråk kan dette føre til at pasienten kjenner på usikkerhet og mister tillit til vedkommende. Et slikt utfall vil igjen påvirke relasjonen mellom de to partene og gjøre kommunikasjonen mer utfordrende. Motstykket til en inkongruent formidling benevnes som kongruent og innebærer naturligvis at det som uttrykkes verbalt stemmer overens med kroppsspråket (Eide & Eide, 2014, s. 198-200).

Bekreftende ferdigheter

Eide og Eide (2014, s. 198) skildrer at man ved bruk av bekreftende småord og bemerkninger som ”ja”, ”nei”, ”jeg forstår”, osv., kan formidle til den hjelpetrengende at man ser, hører og oppfatter det som blir sagt. Det verbale understøttes av nonverbale signaler og sammen vil dette resultere i en styrket tillit og relasjon der vedkommende føler seg anerkjent og respektert. For å unngå misforståelser og være sikker på at man har forstått den andre, kan man reformulere vedkommendes betroueligheter for å få bekreftet at det stemmer.

Relasjonsbygging

Kommunikasjon uten relasjoner er vanskelig å forestille seg (Ulleberg, 2014, s. 23). Som sykepleier må en involvere seg på et personlig plan for å oppnå tillit i møte med nye mennesker (Kristoffersen & Nortvedt, 2017, s. 91). Mellommenneskelig relasjon er helt grunnleggende i interaksjon med andre (Ulleberg, 2014, s. 20). I møte med andre mennesker kan vi ifølge den norske filosofen Hans Skjervheim (1976, referert i Ulleberg, 2014, s. 24) innta to ulike holdninger som resulterer i enten en toleddet eller en treleddet relasjon. I den førstnevnte reduseres motparten til et objekt eller en kasus ved at det settes likhetstegn mellom vedkommendes ytringer, erfaringer eller følelser. En slik relasjon innbyr ikke til utforskning og motparten hindres i å delta på like premisser i relasjonen. I en treleddet relasjon anses derimot begge partene som likeverdige deltakere (subjekter) med interesse for en felles sak (Ulleberg, 2014, s. 24). En faktor som kan hemme relasjonsbygging mellom pasient og sykepleier er den økende arbeidsmengden sykepleiere pålegges samtidig som bemanningen forblir den samme (Kristoffersen & Nortvedt (2017, s. 127).

Asymmetri i relasjonen

Forholdet mellom sykepleier og pasient kan anses som asymmetrisk med en skjevfordeling av maktforhold. Ansvaret for å anvende makten slik at den kommer pasienten til gode ligger hos sykepleieren (Rundqvist, 2012, referert i Gustin, 2016, s.278-279). Makt som misbrukes eller utøves uten refleksjon kan resultere i lidelse for pasienten (Gustin, 2016, s. 279). Det er for eksempel viktig å være bevisst på hvordan en formulerer seg. Er man utenksom kan en fort ”trække feil” og si noe som føles krenkende. Det å bli oversett som en unik person er en type krenkelse som i mange tilfeller rammer pasienter. En slik opplevelse kan resultere i en psykisk smerte (Kristoffersen & Nortvedt, 2017, s. 122-123).

Informerende ferdigheter

Informasjon skal gis i dialog og på pasientens premisser. Det innebærer at man som helsepersonell er forberedt på hva som skal sies og hvordan det skal formidles. Kunnskap om pasientens tilstand og sykehistorie samt en kartlegging av hva pasienten trenger og ønsker av informasjon, er nødvendig. Faktorer som tid, sted, varighet og språk er også viktig å tenke gjennom. I en kommunikasjonsutvikling kan det fort skjer misforståelser og det er nødvendig å forsikre seg om at budskapet er mottatt og forstått. For å være sikker på at pasienten er tilfreds med informasjonen, eller for å avdekke ”informasjonshull”, kan en spørre hva vedkommende trenger svar på. Eventuelt kan en forsøke mer åpne spørsmål som ”hvordan går det med deg?” eller om hen kan fortelle litt om skaden/sykdommen sin (Eide & Eide, 2014, s. 292-294).

2.2 Smerte

Opplevelsen av smerte er subjektiv og varierer fra person til person blant annet på bakgrunn av kultur, tidligere erfaringer, forventninger og konteksten den opptrer i (Brodal, 2013, s. 229; Sand, Sjaastad & Haug, 2014, s. 189; Danielsen & Berntzen, 2017, s. 383-384).

2.2.1 Postoperative smerter

All kirurgi kan utløse smerte som følge av vevstraume (Berntzen, Bruun, Dørve, Giskemo, Dåvøy & Eide, 2017, s. 353). Dårlig kartlegging og oppfølging av postoperative smerter vil ikke bare påføre pasienten stor lidelse, det kan også resultere i kroniske smerter. Å kartlegge smertens intensitet vil være viktig i denne sammenheng (Den norske legeforening, 2009, s.14)

2.2.2 Modulering av smerte

Nociseptive smerter kan forsterkes eller reduseres som følge av komplekse nerveforbindelser på flere nivåer i sentralnervesystemet. Moduleringen skjer i synapsene og innebærer at signaltrafikken fra nociseptorer både kan forsterkes og hemmes ved hjelp av oppadstigende (afferente) og nedadstigende (efferente) nervebaner. (Brodal, 2013, s. 234-239, 488-489; Nilsen, Flaten, Hagen, Matre & Sand, 2010).

2.2.3 Portcelleteorien

Smerteimpulser kan hemmes som følge av stimulering av spesielle ”portvakter” i ryggmargen som kalles internevroner. Når disse blir stimulert tilstrekkelig vil de virke inhiberende på de perifere smertefibrene og hindre de i å frisette neurotransmittere ut i synapsen. På den måten lukkes ”porten” og smerteimpulsene stopper opp eller reduseres i styrke. Internevronene kan påvirkes av både efferente fibre fra hjernen og afferente fibre perifert. De efferente fibrene påvirkes av inntrykk, mens de afferente påvirkes av fysiske stimulus, for eksempel lett berøring eller blåsing (Brodal, 2013, s. 234-237; Sand et al., 2014, s. 190-191).

Sykepleieren som “portvakt”

Gustin (2016, s.233) beskriver muligheten for at sykepleieres væremåte kan påvirke hvor åpen eller lukket porten er, i møte med den enkelte pasient. Får man pasienten til å føle seg maktesløs, sårbar eller stresset kan man med stor sannsynlighet anta at porten åpnes for mer smerte. Man legger til rette for det motsatte ved å være imøtekommende, hensynsfull og informativ (Gustin, 2016, s. 233).

2.2.4 Placebo og nocebo

Placebo har lenge vært ansett som ”narremedisin” med kun en psykologisk effekt. Man vet derimot nå at fenomenet resulterer i reelle fysiologiske prosesser (deriblant frisetting av endorfiner) på bakgrunn av forventninger hos den som mottar behandling. Innenfor smertebehandling vil et gitt tiltak resultere i en høyere smertelindring dersom pasienten både forventer og har tro på at behandlingen vil lindre. En slik forventning avhenger dog av pasientens erfaring og kunnskap om behandlingen, samt tilstand og psyke (Brodal, 2013, s. 238). Pasienter har stor tiltro til helsepersonell, spesielt leger (Gustin, 2016, s. 285), og måten et tiltak legges frem på vil ha mye å si for placeboeffekten. Dersom behandlingen snakkes varmt om og pasienten har tillit til vedkommende som presenterer den, er det stor sannsynlighet for at tiltaket vil ha en effekt utover det som normalt er forventet. Dette er forhold som kan finne sted i enhver terapeutisk situasjon og avhenger også av helsepersonells væremåte i møte med den aktuelle pasient (Brodal, 2013, s. 238).

2.3 Den kirurgiske pasienten

Pasienter som gjennomgår kroppslige endringer enten i form av sykdom eller kirurgi, kan oppleve kroppen som fremmed og at følelsene kommer ut av kontroll (Gustin, 2016, s. 150). Tilstander som pasienten har lært seg å leve med i hverdagen, for eksempel angst og depresjon, kan blusse opp under innleggelsen. Slike plager er for mange tabubelagt og dermed vanskelig å prate om. Hvor mye pasientene er villig til å åpne seg opp om følelsene og problemene sine avhenger blant annet av hvordan vedkommende opplever møtet med behandlerne (Berntzen et al., 2017, s. 318).

Grunnleggende behov og smerter

Mennesket har et grunnleggende behov for å oppleve velvære og det å være smertefri er i denne sammenheng et viktig aspekt. Å sitte eller ligge vondt, være tørt i munnen, føle seg kvalm eller tørst kan forsterke smerteopplevelsen. Det er sykepleierens ansvar å følge opp disse grunnleggende behovene (Danielsen & Berntzen, 2017, s. 384). Et annet viktig aspekt er søvn. Kirurgiske pasienter som er sliten preoperativt vil gjerne ha mindre krefter i den postoperative fasen dersom de får lite søvn i forkant av operasjonen. Dette kan resultere i økte postoperative smerter (Berntzen et al., 2017, s. 318). I tillegg kan opioider både gi eller forverre søvnplager (Den norske legeförening, 2009, s. 29).

2.4 Kartlegging av smerter og smertelindring

God smertelindring krever riktige holdninger om smertebehandling. Helsepersonell som daglig møter mennesker med smerter kan etter hvert ende opp med å reagere mindre følsomt på den enkelte pasients lidelser. Dersom en tviler på pasientens opplevelse av smerte eller ikke registrerer den, kan dette resultere i en dårligere og mindre effektiv smertebehandling (Danielsen & Berntzen, 2017, s. 384). Gjensidig tillit mellom pasient og helsepersonell har stor innvirkning på resultatet. Opplevelse av respekt, tillit og trygghet vil kunne forsterke effekten av den smertelindringen pasienten mottar. Slik tillit skapes blant annet ved at pasienten får delta i sin egen smertebehandling (Danielsen & Berntzen, 2017, s. 388).

Kliniske observasjoner er av betydning når en skal kartlegge en pasients smerter.

Identifisering av stress og fysiologiske tegn på smerte, samt hvordan disse faktorene påvirker

pasientens grunnleggende behov, er viktige generelle observasjoner (Danielsen & Berntzen, 2017, s. 389).

2.5 Sykepleieteori

Joyce Travelbee (1926-1973) tar for seg mellommenneskelige forhold i sin sykepleieteori. Teorien går ut på å se mennesket som et enkelt individ, og at hvert menneske er unikt. Mellommenneskelige forhold skapes gjennom god kommunikasjon med pasienten, man lærer hverandre å kjenne og skaper tillit (Travelbee, 1971/1999, s.40). Denne tilliten mellom pasient og pleier er viktig for at sykepleieren skal kunne ivareta pasientens behov for lindring og pleie. Ettersom smerteopplevelse er en svært subjektiv følelse er tillit mellom pasient og sykepleier svært viktig for at man i det hele tatt skal kunne tro på pasientens opplevelse. I møte med smertepåvirkede mennesker er den gode relasjonen ekstra viktig for at pasienten skal føle seg sett og hørt i sin opplevelse av smerte.

2.6 Etske og juridiske aspekter ved sykepleie

Juridiske og yrkesetiske forhold

Norsk sykepleierforbunds (u.å) yrkesetiske retningslinjer fremhever at sykepleie skal bygge på erfaringsbasert kompetanse, forskning og brukerkunnskap. Sistnevnte er også et viktig punkt i pasient- og brukerrettighetsloven (2001). Der kommer det frem at pasienten har rett til å medvirke i sin egen behandling og at vedkommendes synspunkter skal vektlegges stort. I tillegg er det verdt å nevne at pasienter har rett på informasjon, både når det kommer til innsikt i egen helsetilstand og innholdet i helsehjelpen de mottar.

3.0 Metode

3.1 Design

Hensikten med studien var å finne ut hvorvidt kommunikasjon kan fungere som et smertelindrende ”tiltak” for sykepleiere i møte med den enkelte pasient, både direkte og indirekte. Forfatterne ønsket å gi rom for å avdekke både kvantitative funn i form av målbar effekt, samt kvalitative funn i form av pasienter og sykepleieres erfaringer og meninger. Med dette som grunnlag ble det naturlig å gjennomføre prosjektet som et litteraturstudie da dette er en metode hvor en systematisk innhenter sekundærdata i form av oppdatert forskning på det valgte området. At dataen er sekundær betyr i denne sammenheng at den er samlet inn av andre. Slik litteratur finner en i bøker, tidsskrifter og databaser (Thidemann, 2020, s. 75-78). Egne synspunkter vil bli presentert i diskusjonsdelen.

Når en gjennomfører et litteraturstudie kan en velge å innhente kvalitative data eller kvantitative data. Valget gjøres på bakgrunn av valgt problemstilling slik at forskningen som samles inn står i tråd med det man ønsker å finne ut av. Retter for eksempel problemstillingen spørsmål om et gitt tiltak har effekt utover vanlig behandling, eller ønsker svar på spørsmål som “hvor mye” og “hvor ofte”, må en innhente kvantitative data. Dette er objektive, “håndfaste” data som kan måles i tall og legger til rette for generalisering. Dataene samles inn i form av spørreskjemaer (med faste svaralternativer), observasjoner (systematiske og strukturerte) og eksperimenter (Thidemann, 2020, s. 74-76).

Motsatt har man kvalitative data. Dette er myke data som baserer seg på å få frem meninger, erfaringer, tanker, forventninger og nyanser mellom disse. Spørsmålene er ofte formulert ”hva” og ”hvordan” og man benytter seg gjerne av innsamlingsmetoder som intervju, feltarbeid, dokumentanalyse eller observasjon (Thidemann, 2020, s. 76).

Litteraturstudiet ble gjennomført ved hjelp av en triangulert tilnærming. En slik tilnærming er gunstig når en ønsker å få frem både kvantitative og kvalitative data av temaet en belyser. Denne metoden kan være krevende, men samtidig legger den til rette for en mer nyansert, perspektivrik og helhetlig forståelse, samt et sterkt kunnskapsgrunnlag (Thidemann, 2020, s. 77).

3.2 Søkeprosess

Innledende søk og generelle avveielser

Innledningsvis ble det gjort enkle søk i blant annet Google Scholar og Sykepleien for å få et kjapt overblikk over relevant litteratur på det valgte området. I tillegg ble pensumlitteratur benyttet for å øke for forståelsen av emnet. Thidemann (2020, s. 81-82) nevner at dette er en nyttig måte å finne relevante søkeord samt avgrense hovedsøket på.

Opprinnelig var tanken å avgrense søket til ikke-medikamentelle smertelindrende intervensjoner postoperativt, deriblant kommunikasjon. Etter å ha reflektert rundt problemstillingen ble oppgaven dog avgrenset til å fokusere hovedsakelig på kommunikasjon. Både i de innledende søkene samt hovedsøket ble likevel "non pharmacological" benyttet som søkeord for å åpne opp for flere treff. Søket i Google Scholar ga flere interessante treff, men samtidig var det mye litteratur av eldre årgang samt pasientgrupper som ble ansett som eksklusjonskriterier (for eksempel barn og pasienter med kroniske smerter). I "frykt" for ikke å få nok treff i nyere forskning valgte forfatterne en periode å gå vekk fra postoperative pasienter og heller inkludere alle pasienter (med smerter) innlagt på sykehus, i søket. På et senere tidspunkt valgte man likevel å gå tilbake til postoperative pasienter da det viste seg at de søkene som ble gjort (uten postoperativ som søkeord) resulterte i flere relevante artikler som omhandlet denne pasientgruppen.

Avgrensing

Thidemann (2020, s. 83) beskriver at ved å benytte inklusjon- og eksklusjonskriterier kan mengden litteratur avgrenses samt gjøre søket mer relevant med tanke på problemstilling. Etter litt "frem og tilbake" ble følgende inklusjonskriterier satt for denne prosjektrapporten; Kvantitative og kvalitative studier, postoperative smerter, studier skrevet på/oversatt til norsk eller engelsk, studier utført i Europa eller Amerika samt studier funnet i anerkjente databaser.

I tillegg ble følgende eksklusjonskriterier bestemt; Studier som omhandler barn, gravide, kreft, brannskade, demens og delir, og studier som ikke er fagfelleverdert.

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Kvantitative studier	Ikke fagfelleverdert
Kvalitative studier	Barn
Postoperative smerter	Gravide
Språk: norsk eller engelsk	Kreft
Utført i Europa og/eller Amerika	Brannskade
Funnet i anerkjente databaser,	Demens
Fagfelleverdert	Delir
	Kroniske smerter

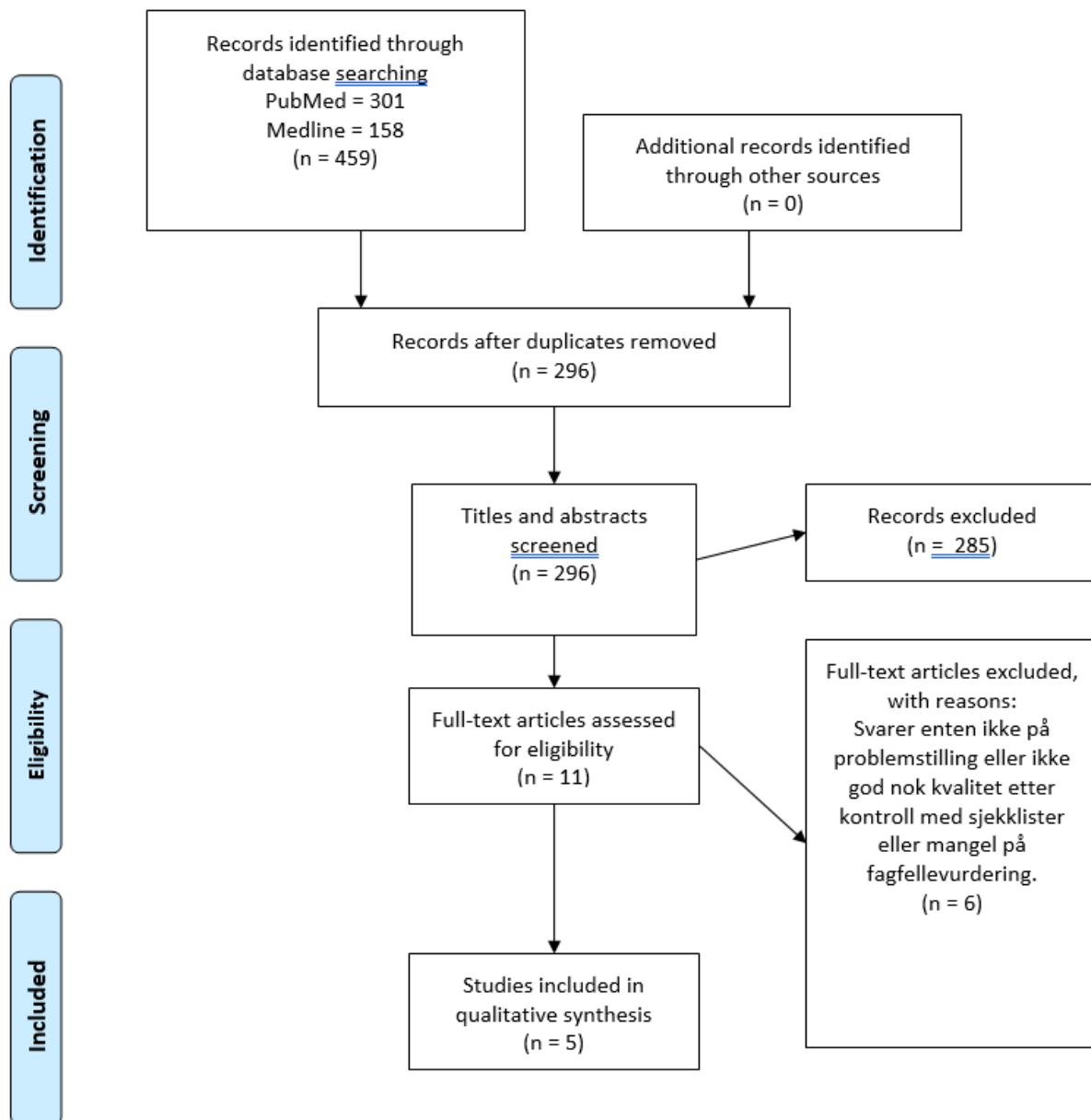
Tabell 1: Inklusjons / Eksklusjonskriterier

Søkeord og databaser

De innledende søkene gav en pekepinn på relevante søkeord, men for å strukturere hovedsøket ytterligere ble PICO benyttet. Dette er et rammeverk som hjelper en å presisere problemstillingen slik at det blir tydeligere hva en ønsker å fokusere på (Helsebiblioteket, 2016a).

På bakgrunn av dette prosjektets problemstilling ble "PIO" benyttet. De ulike hovedbegrepene ble ført inn i en tabell (Vedlegg 1) for å gjøre det hele mer oversiktlig. Ut ifra PIO'en ble aktuelle søkeord identifisert og ved hjelp av verktøyet MeSH (Helsebiblioteket, 2020) ble mest mulig relevante søkeord og begreper tatt i bruk, samt kvaliteten på disse ble sikret. Deretter ble ønskelige databaser valgt ut ifra hva de ulike søkemotorene tilbyr av forskning. Det ble systematisk søkt etter artikler i databasene Cinahl, PubMed, Medline, og Cochrane Library, da disse databasene er anbefalt til søk etter kunnskapsbasert praksis for sykepleiefaget. Kun de søkene som resulterte i inkluderte artikler presenteres mer detaljert i vedlegg om søkehistorikk (Vedlegg 2).

Helt innledningsvis, før valget om å avgrense søket til maksimalt fem år gamle artikler ble satt, ble det gjort treff på to artikler. Den ene artikkelen (Dihle, A., Bjølseth, G. & Helseth, 2006) var fra 2006, men ble likevel inkludert fordi det var en norsk studie som virket relevant. Den andre (Gélinas, Arbour, Michaud, Robar & Côté, 2012) ble inkludert ettersom studien ser på ulike ikke-medikamentelle tiltak for å bedre smertebehandling hos pasienter og får frem perspektiver fra både pasienter og sykepleiere. Etter funnet av disse to artiklene ble så søket avgrenset med tanke på årstall. Titlene ble screenet for relevante ord (communication, nurs*, pain relief) og samtidig om tittelens kontekst var relevant. Abstract ble lest på de artiklene som kom med etter screeningen. Dersom abstractene var relevant ble artiklene tatt med videre og lest i fulltekst.



Bilde 1: Utfylt Prisma 2009 Flow Diagram - Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement*. PLoS Med 6(7): e1000097. doi: 10.1371/journal.pmed.1000097

3.3 Kritisk vurdering av artikler

Artikler som tilfredstilte inklusjonskriteriene og som ble ansett som relevante for prosjektrapporten ble kvalitetssikret ved hjelp av sjekklister fra Helsebiblioteket (2016b).

Ifølge Thidemann (2020, s. 91) er dette en gunstig måte å sikre at forskningsartiklene holder god metodisk kvalitet. Artiklene ble i tillegg sjekket om de hadde gjennomgått en fagfelle vurdering eller blitt utgitt i et fagfelle vurdert tidsskrift, noe de hadde. For å sørge for at alle artiklene som ble inkludert var fagfelle vurdert, var dette et av inklusjonskriteriene.

To av de inkluderte studiene (van Vliet, Godfried, van Deelen, Kaunang, Kaptchuk, van Dulmen, Thiel & Bensing, 2019; Mubita, Richardson & Briggs, 2019) er begge av nyere dato, mens en tredje (Pereira, Figueiredo-Bragab & Carvalho) er fra 2016. Inklusjonskriterie ble satt til ikke eldre enn fem år gammel, men to artikler (Dihle et al., 2006; Gelinis et al., 2012) med eldre årgang har likevel blitt inkludert.

3.4 Analyse og syntese

De utvalgte artiklene har blitt analysert og deretter tematisert på bakgrunn av funn og resultater i hver artikkel. For å gjøre det hele mer oversiktlig ble det utarbeidet en litteraturmatrise. Ved å lage en litteraturmatrise vil en kunne få en oversikt over hvilke temaer som er kommet frem og går igjen, samt forskjeller og likheter i artiklenes resultat (Thidemann, 2020, s. 95). Litteraturmatrisen følger med som vedlegg (Vedlegg 3).

3.5 Kritikk av metode

Det kan forekomme en del svakheter ved gjennomføring av et litteraturstudie. Ettersom metoden er en oppsummering og sammenstilling av allerede eksisterende forskning, kan tolkning og oversettingsfeil føre til misforståelser og feil presentering av resultater (Thidemann, 2020, s. 79) Det kan også være varierende resultater etter litteratursøk om man ikke er presis nok eller planlegger bra. Dette kan igjen kan lede til feilaktige konklusjoner.

3.6 Ethiske vurderinger

Alle de inkluderte studiene opplyser om at de har fått godkjenning fra sine aktuelle etiske komiteer. Personvern er tatt på alvor og data har blitt anonymisert der dette har vært

nødvendig. Vi har også vært kritiske i forhold til valg av artikler forfatterne av de inkluderte studiene har blitt respektert og referert til på riktig måte.

4.0 Syntese

Som følge av et triangulert litteratursøk svarer noen av de inkluderte artiklene på spørsmål om effekt mens andre gir mer kvalitative innblikk i form av en-til-en-intervju, fokusgrupper og observasjoner. I den påfølgende syntesen vil først resultater fra de to kvantitative studiene bli presentert, deretter funn fra de kvalitative.

4.1 Effekten av informasjon og manipulering av kommunikasjon

To studier tok for seg effekten av informasjon formidlet ved hjelp av manipulert kommunikasjon, hovedsakelig utført av sykepleier. Studiene hadde noe forskjellig fremgangsmåte og vinkling, men begge hadde blant annet postoperative smerter som utfallsmål. Pereira et al. (2016) undersøkte effekten av preoperativ informasjon til dagkirurgiske pasienter, gjennomført henholdsvis med og uten en pasientsentrert og empatisk tilnærming. Mens kontrollgruppen kun fikk standardisert informasjon uten ekstra imøtekommelse, ble intervensjonsgruppen møtt med tilpasset informasjon etter pasientenes behov. Bekymringer og følelser ble bekreftet og vist forståelse for. Både intervensjonsgruppen og kontrollgruppen viste lave verdier av postoperative smerter, men intervensjonsgruppen hadde signifikant mindre smerter enn kontrollgruppen, både en dag og en måned etter operasjonen. Studien så dette i sammenheng med pasientenes grad av engstelse preoperativt. Intervensjonsgruppen var nemlig mer tilfreds med den preoperative samtalen og hadde en signifikant reduksjon av angst i etterkant av denne. En empatisk og mer imøtekommende pasienttilnærming resulterte altså i høyere tilfredshet med informasjon, redusert nivå av engstelse preoperativt og en mer markant reduksjon i postoperative smerter, sammenlignet med kontrollgruppen.

Studien av van Vliet et al. (2019) omhandlet også manipulasjon av kommunikasjon til dagkirurgiske pasienter. Her var det tre intervensjonsgrupper (gruppe én, to og tre) samt én

kontrollgruppe (gruppe fire). Gruppe to fikk ekstra empati og gruppe tre ble møtt med god omtale av smertelindrende medikamenter for å skape positive forventninger. Gruppe én fikk både ekstra empati og positiv omtale av smertestillende. Ved ekstra empati ble pasientene møtt av en sykepleier som hadde adekvat øyekontakt, introduserte seg med navn og som satt seg ned under samtaler. Tilnærmingen var ekstra empatisk, bekymringer ble tatt på alvor, og det ble vist ekstra interesse for pasienten som person. I et forsøk på å skape positive forventninger ble gruppe én og tre informert om at de smertelindrende medikamentene ville ha veldig god effekt. Ordleggingen kunne variere noe, men budskapet var likt. Gruppe fire ble møtt med en standard empatisk atmosfære og ingen ekstra overbevisning vedrørende smertestillende.

Intervensjonene i denne studien (van Vliet et al., 2019) ble i all hovedsak utført mellom sykepleier og pasient på operasjonsdagen (dag 1), både preoperativt og postoperativt, samt dagen etter utskrivelse (dag 2). Samhandlingen på dag to skjedde via telefonsamtale. Det var flere forskjellige utfallsmål, men hovedresultatet, som gjaldt opplevde smerter postoperativt, viste ingen signifikant reduksjon i noen av de tre intervensjonsgruppene, ei heller kontrollgruppen. Jevnt over var resultatene like.

4.2 Mangelfull informasjon om postoperative smerter og behandling

I en deskriptiv-kvalitativ studie gjennomført av Dihle et al. (2006) kommer det frem at en mindre gruppe sykepleiere på to norske sykehus synes det er viktig med preoperativ informasjon til pasienter med tanke på postoperativ smertelindring. En observasjon gjort av de samme sykepleierne viste dog at slik informasjon sjelden ble gitt med mindre pasientene spurte om det.

Mubita et al. (2019) avdekket flere viktige perspektiver på postoperativ smertebehandling etter dybdeintervjuer med ti kirurgiske pasienter på et sykehus i England. Mangelfull informasjon om postoperative smerter var et av temaene som gikk igjen. Noen hadde mer smerter enn forventet og mente de burde fått informasjon om postoperative smerter preoperativt. Opplysninger som var av interesse var akseptable nivåer av smerte og hvordan disse ville bli håndtert på avdelingen. Noen av pasientene hadde nemlig forventning om at smerte hadde en forutsigbar kurve som kunne forutses. Pasienter som fikk veldig kort

innkalling til operasjon følte de ikke fikk tid til å prate om hva de kunne forvente postoperativt. En pasient nevner blant annet;

“..Jeg trodde det skulle gjøre veldig vondt, men jeg hadde ikke særlig tid til å tenke over det egentlig. Jeg ble kalt inn kl.11, jeg var fremme kl.13 og kl.16 var jeg allerede sendt til operasjon. Jeg var livredd...” (Mubita et al., 2019).

En annen pasient forklarer at den postoperative smerten var verre enn forventet;

“..etter operasjonen følte jeg på uutholdelige smerter; det gjorde det vanskelig å legge seg over på siden...smerten var uforventet intens...” (Mubita et al., 2019).

Videre kommer det frem av Mubita et al. (2019) at noen pasienter opplevde fraværende informasjon også postoperativt. Dette gjaldt blant annet bivirkninger av smertedempende medikamenter, som for eksempel kvalme og døsighet, og hvordan dette kunne behandles for å oppnå maksimal effekt av smertelindringen. Andre igjen følte at informasjon ble gitt på ugunstige tidspunkt, blant annet innledningsvis i den postoperative fasen. Det var da vanskelig å ta innover seg det som ble sagt. En pasient uttrykte opplevelsen slik;

“..det hele var litt vagt for jeg var litt ute av det, men de sa at de ville gi meg noe paracetamol og noen små tabletter som kalles kodein...” (Mubita et al., 2019).

Enkelte pasienter forventet detaljert informasjon om operasjonen for å kunne forstå hvordan de best kunne kontrollere smerten.

4.3 Godt informert - men av ulike grunner

I studien av Mubita et al. (2019) var det pasienter som hadde opparbeidet kunnskap fra tidligere innleggelser og operasjoner og dermed visste hva de kunne forvente. Andre pasienter opplevde å få hjelpsomme råd fra medpasienter;

“...pasienten ved siden av meg fortalte at jeg måtte fortsette å presse den (pasient-kontrollert analgesi). Han rådet meg til å ta knekken på smerten før den kom..” (Mubita et al., 2019).

Ellers var det flere pasienter som oppga at de fikk god informasjon om postoperative smerter i forkant av operasjon, blant annet av lege.

4.4 Kartlegging og håndtering av postoperative smerter

I studien av Dihle et al. (2006) kommer det frem at sykepleierne hadde ulike tilnæringsmåter når det gjaldt å kartlegge pasientenes smerter. Noen stilte åpne spørsmål som; “Hvordan har du det?”, mens andre gikk for en mer direkte tilnærming; “Har du smerter?” eller “hvordan er smertene dine?”. Formuleringer som de to sistnevnte viste seg å være mer hensiktsmessig, pasientene hadde nemlig lettere for å utdype seg om smertene ved denne type spørsmål. Noen sykepleiere valgte å ikke utforske eller ta stilling til pasientenes smerter utover det å lytte til hva pasientene sa. I tillegg ble stillhet fra pasientene ofte tolket som om alt var bra. Det var likevel sykepleiere som tok grep, enten på bakgrunn av observasjoner eller som følge av en allerede eksisterende dialog. En pasient var for eksempel redd for å bli avhengig av smertestillende og unnlot derfor å ta medikamentene sine. Dette resulterte i at vedkommende ikke fikk sove på to netter. En sykepleier presiserte da at pasienten ikke hadde tatt for mye smertestillende og at det var viktig å ta medisinen i slike situasjoner. En annen sykepleier spurte en pasient om smertestillende hadde hatt effekt. Pasienten fortalte da at han ikke hadde smerter i ro, men ved bevegelse. Sykepleieren responderte ved å tilby mer smertestillende noe pasienten først stilte seg nølende til. Etter motivering fra sykepleieren valgte pasienten å innta de ekstra smertestillende noe som resulterte i mindre smerter (Dihle et al., 2006). Slike situasjoner hvor mobilisering førte til smerter så ut til å gå igjen. Noen sykepleiere valgte å “overse” pasientens grimaser og lot dem fortsette aktiviteten uten ekstra smertestillende. På en annen side var det sykepleiere som oppfordret pasientene til å si ifra dersom de opplevde smerter ved mobilisering og helst før de ble for ille (Dihle et al., 2006).

4.4 En empatisk tilnærming

Ved siden av god informasjon og en godt kontrollert smertebehandling, oppga pasientene at en empatisk tilnærming virket betryggende og gjorde dem fornøyd (Mubita et al., 2019). Videre var pasientens tilfredsstillelse avhengig av at sykepleierne trodde på dem når de sa at de hadde smerter. En pasient sa blant annet;

“..På grunn av måten de responderte på når jeg ba om smertestillende. De gav meg smertestillende og smertene mine ble lindret...sykepleierne var omsorgsfulle..” (Mubita et al., 2019).

Sykepleiere som tok seg tid til å bli hos pasientene tross lav bemanning ble også lagt merke til og satt pris på;

“..Jeg var veldig fornøyd, jeg har aldri sett så gode sykepleiere. Jeg merket at nattevaktene var veldig travle på grunn av lav bemanning, men når jeg hadde smerter så var de med meg hele tiden..” (Mubita et al., 2019).

4.5 Ikke-medikamentelle tiltak - ulikt fokus

En kvalitativ studie gjort av Gélinas et al. (2012) undersøker pasienters, pårørendes og sykepleieres perspektiver på ikke-medikamentelle tiltak ved hjelp av fokusgruppeintervjuer. I studien kommer det frem at pasientene og sykepleierne hadde noe ulikt fokus på hva de snakket om i gruppene. Mens sykepleierne rettet fokuset mest mot opplæring og leiring, snakket pasientene og de pårørende mest om aktiv lytting.

5.0 Diskusjon

Syntesen har avdekket flere viktige aspekter ved kommunikasjon som har innvirkning på postoperativ smertelindring. I den påfølgende teksten vil de ulike funnene fra forskningsartiklene drøftes sammen med litteratur fra teoridelen for å kunne belyse problemstillingen; “Hvordan kan sykepleiere ved hjelp av kommunikasjon legge til rette for god smertelindring hos pasienter med postoperative smerter?”

5.1 Resultatdiskusjon

5.1.1 Effekten av informasjon og manipulering av kommunikasjon

Pereira et al. (2016) avdekket i sin studie flere positive utfall ved manipulert kommunikasjon. Preoperativ informasjon overlevert på en empatisk og pasientsentrert måte resulterte ikke bare i en signifikant reduksjon av angst preoperativt, men også en signifikant reduksjon i smerter postoperativt, sammenlignet med kontrollgruppen. Intervensjonsgruppen fikk femten minutters samtale med en sykepleier som var trent opp i empatisk tilnærming. Pasientene ble møtt med forståelse, bekreftelse og utforskning av deres spørsmål og bekymringer vedrørende operasjonen de skulle gjennom. Eide og Eide (2014, s. 199) beskriver viktigheten av å bekrefte pasientens følelser, både verbalt og non-verbalt, for å styrke vedkommendes tillit til helsepersonellet. På bakgrunn av dette er det grunn til å tro at pasientene i intervensjonsgruppen fikk en styrket tillit til sykepleieren, og kanskje "opplegget" generelt, som følge av at de ble sett og hørt. Ut i fra smertefysiologiens teori om at smerte kan moduleres fra høyere nivåer i sentralnervesystemet (Brodal, 2013, s. 234) kan funnet i studien (Pereira et al., 2016) være med på å underbygge hvor viktig det er å avdekke og ta hensyn til psykologiske faktorer som angst og forventninger hvis en skal tilstrebe optimal smertelindring. Like mye indikerer funnet hvor viktig det er med empatisk kommunikasjon og tilpasset informasjon i møte med den enkelte pasient. Et lavt antall deltakere (n = 104) er dog en begrensning ved studien (Pereira et al., 2016), noe forfatterne selv nevner.

van Vliet et al. (2019) undersøkte også effekten av manipulert kommunikasjon ved overlevering av informasjon. Mer spesifikt var det placeboeffekten som ble utprøvd. Intervensjonene testet ut manipulering av empati (gruppe 2), manipulering av forventninger (gruppe 3) samt en kombinasjon av disse (gruppe 1). I motsetning til Pereira et al. (2016) avdekket van Vliet et al. (2019) ingen signifikant reduksjon av postoperative smerter i noen av de tre intervensjonsgruppene, sammenlignet med kontrollgruppen. Resultatene var jevnt over like.

Intervensjonsgruppen i studien av Pereira et al. (2016) og intervensjonsgruppe 2 i studien av van Vliet et al. (2019), virket til å få mye av den samme empatiske tilnærmingen. Hvorfor resultatene i de to studiene er så forskjellig kan tenkes å ha mange årsaker. En kan derimot være informasjonen deltakerne fikk i forkant av studiene. Pereira et al. (2016) beskriver at pasientene mottok verbal og skriftlig informasjon om prosjektet, men spesifikt hva de fikk vite er ikke oppgitt. van Vliet et al. (2019) er litt mer konkret og oppgir at pasientene ikke fikk vite de spesifikke målene med studien, men at kommunikasjon ville bli manipulert og at studien ville fokusere på effekten rundt dette. Det er grunn til å tro at deltakerne kan ha blitt mer oppmerksom på kommunikasjonen som følge av dette og at placeboeffekten dermed uteble. En annen årsak kan være at sykepleierne ikke mestret å være troverdig nok i sin gjennomførelse av intervensjonene noe som er vesentlig for å oppnå ønsket effekt (Brodal, 2013, s. 238). Samtalene mellom sykepleier og pasient ble dog tatt opp på lydbånd for å kunne kontrollere om intervensjonene ble gjennomført korrekt. Forfatterne (van Vliet et. al, 2019) stadfester at 82% av forventnings-intervensjonen og 68% av empati-intervensjonen ble utført med suksess.

5.1.2 Pasientens behov -Informasjon

Mubita et al. (2019) avdekket et stort behov for informasjon hos pasientene som ble intervjuet. Flere sykepleiere oppga viktigheten av å informere pasienter om postoperativ smertebehandling preoperativt. Slik informasjon ble likevel sjelden gitt med mindre pasientene gav uttrykk for det (Dihle et al., 2006). Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven (2001) har pasienter rett til å medvirke i sin egen behandling og de har også rett på informasjon. Eide og Eide (2014, s. 292-294) beskriver dog at informasjon skal gis på pasientens premisser noe som innebærer at innholdet må tilpasses den enkelte. Hva pasienten selv ønsker informasjon om står sentralt. Helsepersonell må være forberedt på hva som skal sies og hvordan det skal formidles. Det kan fort skje misforståelser og det er derfor viktig å få bekreftet at budskapet er forstått og mottatt (Eide & Eide, 2014, s. 292-294). I studien av Mubita et al. (2019) kommer det frem at pasientene ønsker behov om blant annet bivirkninger av smertedempende medikamenter, detaljer om operasjon og akseptable nivåer av smerter. Noen pasienter hadde mer smerter enn forventet i etterkant av operasjonen. En pasient

forteller;

“..etter operasjonen følte jeg på uutholdelige smerter; det gjorde det vanskelig å legge seg over på siden...smerten var uforventet intens...” (Mubita et al., 2019).

Ut ifra utsagnet kan det tenkes at smertene ikke bare skyldes inngrepet i seg selv, men at den totale smerten kan ha blitt påvirket av pasientens forventninger. Dette kan begrunnes ut ifra smertefysiologiens teori om sentral modulering av smerte (Brodal, 2013, s. 234-239, 488-489; Nilsen, Flaten, Hagen, Matre & Sand, 2010).

5.1.3 Pasientens behov - Empati og en aktiv og pasientsentrert tilnærming

Flere pasienter oppga at ved siden av god informasjon og en godt kontrollert smertebehandling, var en empatisk tilnærming fra sykepleiernes side viktig for at de skulle føle seg ivaretatt (Mubita et al., 2019). Dette kan tenkes å være på grunn av den mellommenneskelige relasjonen som oppstår mellom pasient og sykepleier. Denne tilliten mellom pasient og pleier er viktig for at sykepleieren skal kunne ivareta pasientens behov for lindring og pleie. (Travelbee, 1971/1999, s.40). Følelsen av å bli trodd på vedrørende smerter var viktig. En pasient uttrykte det slik;

“..På grunn av måten de (sykepleierne) responderte på når jeg ba om smertestillende. De gav meg smertestillende og smertene mine ble lindret...sykepleierne var omsorgsfulle..” (Mubita et al., 2019).

Beskrivelsene fra sitatet tilsier at pasienten fikk mer smertestillende medikamenter som resulterte i lindring av smertene til vedkommende. Samtidig kan det tenkes at noe av pasientens lindring også kom som et resultat ved at hen ble sett og hørt i uttrykkelsen av hans smerter. I følge Gustin (2016, s. 233) kan sykepleieren fungere som en hemmende stimulus på “portcellen” ved å være imøtekommende overfor pasienten.

Sykepleiere som tok seg tid til å bli hos pasientene tross lav bemanning ble også lagt merke til og satt pris på;

“..Jeg var veldig fornøyd, jeg har aldri sett så gode sykepleiere. Jeg merket at nattevaktene var veldig travle på grunn av lav bemanning, men når jeg hadde smerter så var de med meg hele tiden..” (Mubita et al., 2019).

Det kan tenkes at samme portcelle-effekt også lot seg gjelde her Gustin (2016, s. 233).

5.1.4 Konsekvenser av manglende kommunikasjon og oppfølging av pasientens uttrykk for smerte

Dihle et al. (2006) avdekket i sin studie flere situasjoner hvor sykepleiere ikke responderte på pasientenes smerter foruten å lytte til hva de sa. Noen situasjoner var knyttet opp mot mobilisering. Til tross for tydelige uttrykk for smerter, som blant annet grimaser, valgte sykepleierne å la pasientene fortsette aktiviteten uten ekstra smertestillende. Dihle et al. (2006) gir ingen beskrivelse av pasientenes reaksjoner da det var sykepleierne som ble observert i studien. Det er dog grunn til å tro at pasientene som ikke fikk respons på smertene sine følte seg oversett og krenket. Følelsen av å bli krenket kan i dette tilfellet ha resultert i ytterligere smerter for de berørte pasientene (Kristoffersen & Nortvedt, 2017, s. 122-123). Kanskje først og fremst psykisk.

Slik Dihle et al. (2006) beskriver disse hendelsene ser det ut til å være en asymmetri i forholdet mellom sykepleierne og pasientene. Rundqvist (gjengitt i Gustin, 2016, s. 278-279) beskriver at slik asymmetri er en skjevfordeling av maktforhold og at ansvaret for at den anvendes til fordel for pasienten, ligger hos sykepleier. Misbrukes makten, enten bevisst eller ubevisst, kan det resultere i unødig lidelse for den enkelte pasient (Gustin, 2016, s. 279). Med bakgrunn i den norske filosofen Hans Skjervheim (gjengitt i Ulleberg, 2014, s. 24) sin teori om relasjoner, kan det tenkes at det oppstod en toleddet relasjon mellom pasientene og sykepleierne. Med det menes at motparten reduseres til en kasus ved at det settes likhetstegn mellom vedkommendes ytringer, følelser eller erfaringer. På denne måten hindres vedkommende å delta på like premisser i relasjonen.

Bakgrunnen for sykepleiernes valg om å ikke utforske eller imøtekomme pasientenes smerter kommer ikke frem. Det er dog verdt å reflektere over mulige forklaringer. Det er kjent for de fleste at sykepleieryrket har knapt med ressurser som ofte gir seg utslag i lav bemanning.

Kristoffersen & Nortvedt (2017, s. 127) angir at den økende arbeidsmengden som sykepleiere utsettes for, samtidig som en tilsvarende økt bemanning uteblir, kan ha negativ innvirkning på relasjonen mellom sykepleier og pasient. Det er ikke utenkelig at et slikt scenario kan ha vært tilfelle i nevnte situasjoner. Kanskje sykepleierne var stresset over alle arbeidsoppgavene som “ventet” på dem og ville bli ferdig med mobiliseringen uten å bruke ekstra tid på å hente mer smertestillende. Dette rettferdiggjør naturligvis ikke det å “overse” pasientenes smerter. En annen forklaring kan tenkes å være at sykepleierne har jobbet over tid med samme pasientgruppe, i dette tilfellet postoperative pasienter med smerter. (Danielsen & Berntzen, 2017, s. 382) forklarer at helsepersonell som til daglig samhandler med pasienter som har smerter etter hvert kan ende opp med å reagere mindre følsomt på den enkeltes lidelser. Å gi uttrykk for at en tviler på pasientens opplevelse av smerte, eventuelt ikke registrerer den, kan resultere i en dårligere og mindre effektiv smertebehandling. Det kan også tenkes at å “stå i” andres smerter over tid kan være psykisk krevende og at en av den grunn velger å distansere seg (Danielsen & Berntzen, 2017, s. 382).

5.1.5 Kommunikasjon ved kartlegging og håndtering av postoperative smerter

God smertelindring forutsetter gode holdninger rundt smertebehandling (Danielsen & Berntzen, 2017, s. 384). I studien av Dihle et al. (2006) var manglende kartlegging av postoperative smerter et gjentakende problem. Som både nevnt og reflektert over i forrige avsnitt, var det flere sykepleiere som “såg forbi” pasientenes smerter. Det er viktig å få kartlagt disse smertene da intense postoperative smerter blant annet kan resultere i kroniske smerter (Den norske legeforening, 2009, s. 14). For at pasienten skal kunne oppnå god smertelindring er det avgjørende at vedkommende får delta i sin egen behandling. På den måten dannes det gjensidig tillit som kan resultere i en forsterket smertelindrende effekt (Danielsen & Berntzen, 2017, s. 388).

Dihle et al. (2006) avdekket at sykepleierne hadde ulike fremgangsmåter når de skulle kartlegge pasientenes smerter. Noen stilte åpne spørsmål som; “Hvordan har du det?”, mens andre var mer direkte og spurte; “Har du smerter?” eller “hvordan er smertene dine?”. De to sistnevnte viste seg å være lettere for pasientene å respondere på. Eide og Eide (2014, s. 270) oppgir at lukkede spørsmål er styrende og gir lite rom for utforsking av pasientens følelser, og

at åpne spørsmål er å foretrekke hvis en ønsker mer “åpne” svar (Eide og Eide, 2014, s.276). Med bakgrunn i denne teorien vil spørsmålet “har du smerter?” anses som lukket og styrende. “Hvordan er smertene dine?” kan anses som en blanding da “hvordan” er et åpent spørrepronomen, mens “smertene” styrer og lukker spørsmålet. At de to mest lukkede spørsmålene var de enkleste for pasientene å uttrykke seg på kan ha flere årsaker. Spørsmålet “hvordan har du det?” kan kanskje virke skummelt for noen å svare på nettopp fordi det er så åpent. Kanskje pasienten som blir spurt sitter inne med mange følelser som kan være vanskelig å dele med fremmede som man kanskje ikke har oppnådd en god relasjon med ennå. Da kan det tenkes at det er lettere å svare på konkrete og lukkede spørsmål. Gustin (2016, s. 150) forklarer at pasienter som opplever endringer i kroppen som følge av kirurgi, kan kjenne at kroppen endrer seg i en fremmed retning og at følelser kommer ut av kontroll. Tilstander man har lært seg å leve med, som angst og depresjon, kan plutselig blusse opp igjen. Hvor mye en ønsker å dele av disse følelsene kommer an på relasjonen som oppstår (Berntzen et al., 2017, s. 318). Det er grunn til å tro at den som stiller spørsmålet “hvordan har du det?” må oppstå troverdig i måten spørsmålet uttrykkes på for at pasienten skal føle tillit og trygghet i relasjonen. Det vil da være hensiktsmessig å reflektere over hvilke non-verbale signaler som ble vist fra sykepleierne da de stilte spørsmål som “hvordan har du det?” i studien av Dihle et al. (2006). For at et slikt spørsmål skal kunne fremstå troverdig må de non-verbale uttrykkene være kongruente med det som blir sagt (Eide & Eide, 2014, s. 198-200). Hvis ikke er det grunn til å tro at det kan oppstå en mistillit som gjør relasjonen og dermed smertelindringen mer utfordrende.

5.2 Metodediskusjon

Ved planlegging av søkeprosessen ble det valgt ut databaser som skulle være gode med tanke problemstillingen. Det er likevel mulig at andre databaser kan inneholde relevante og gode studier som dermed ikke har blitt funnet. Det ble satt opp en liste over forskjellige inklusjon- og eksklusjonskriterier for å sikre relevante funn. Planen var å ikke inkludere artikler eldre enn fem år, men det ble likevel gjort søk i starten av prosessen uten denne begrensingen og det resulterte i to aktuelle artikler som ble inkludert. Det å inkludere artikler som er opp mot femten år gamle kan medføre en risiko for at de kan være utdatert. Ettersom dette litteraturstudiet handler om smertelindring i forhold til kommunikasjon og mellommenneskelige forhold anser prosjektforfatterne at funnene i den respektive studien

(Dihle et al., 2006) vil være relevant også i dag. Det var noe vanskelig å finne forskning på området og antallet inkluderte artikler ble noe lavere enn ønsket. Dette har nok sammenheng med eksklusjonskriteriene å gjøre, men de ble ansett som nødvendige for å begrense problemstillingen. Det ble inkludert både kvalitative og kvantitative artikler i denne oppgaven.

Samtidig som søkene ble gjort, ble potensielle artikler sortert ved hjelp av inklusjons- og eksklusjonskriteriene, og artikler som var aktuelle å ha med ble også kvalitetssjekket ved hjelp av diverse sjekklister fra Helsebiblioteket (2016b). For å ha en god oversikt over aktuelle artikler ble data fortløpende satt inn i en litteraturmatrikse, en tabell med oversikt over blant annet studienes hensikt og funn. Denne tabellen utgjorde første del av analysen, da funn og hovedtrekk i artiklene ble sortert og systematisert, dette i tråd med Aveyards tematiske analysemodell (Aveyard, 2014, s. 143). Det ble laget kategorier og subkategorier hvor funn ble organisert. Studiene ble studert nøye flere ganger for å opparbeide en god forståelse over de sentrale temaene. For å kunne se helheten var en slik oversikt avgjørende.

6.0 Konklusjon

I dette litteraturstudiet ønsket prosjektforfatterne å se nærmere på hvordan sykepleiere ved hjelp av kommunikasjon kunne legge til rette for god smertelindring hos postoperative pasienter. Dette har vist seg å være et lite utforsket område. Funnene tilsier at det er et stort behov hos pasientene for informasjon om postoperativ smertebehandling. Dette gjaldt blant annet informasjon om akseptable nivåer av smerter, bivirkninger av smertestillende og detaljer vedrørende operasjonen. En del pasienter oppga også at de hadde mer smerter postoperativt enn forventet og at preoperativ informasjon om den postoperative fasen var ønskelig. Det var sprikende funn i effekten av manipulering av kommunikasjon. Forskningen antyder at det trengs mer evidens rundt dette temaet, men indikerer samtidig at pasientsentrert kommunikasjon likevel kan anvendes av sykepleiere i møte med den enkelte pasient. Dette fordi kommunikasjon kan være et enkelt og kostnadsfritt smertelindrende tiltak.

7.0 Referanseliste

- Berntzen, H., Bruun, A. M. G., Dørve, S., Giskemo, A., Dāvøy, G. & Eide, P. (2017). Perioperativ og postoperativ sykepleie. I H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5. utg., s. 309-379). Gyldendal akademisk.
- Brodal, P. (2013). *Sentralnervesystemet* (5. utg.). Universitetsforlaget.
- Danielsen, A. & Berntzen, H. (2017). Sykepleie ved smerter. I H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5. utg., s. 381-427). Gyldendal akademisk.
- Den norske legeforening. (2009, 3. april). Retningslinjer for smertelindring
<https://www.legeforeningen.no/contentassets/6d9a7062741b4ef397e6868a31b88dc0/smertelindringshefte-retningslinjer.pdf>
- Dihle, A., Bjølseth, G. & Helseth, S. (2006). The gap between saying and doing in postoperative pain management. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 469–479.
<http://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01272.x>
- Eide, H. & Eide, T. (2014). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk*. (2. utg.). Gyldendal akademisk
- Fredheim, O. M. S., Kvarstein, G., Undall, E., Stubhaug, A., Rustøen, T. & Borchgrevink, P. C. (2011). Postoperativ smerte hos pasienter innlagt i norske sykehus. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 2011(18), 1763-7. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.10.1129>
- Gélinas, C., Arbour, C., Michaud, C., Robar, L. & Côté, J. (2012). Patients and ICU nurses' perspectives of non-pharmacological interventions for pain management. *Nursing in Critical Care*, 18(6), 307-318. <http://doi.org/10.1111/j.1478-5153.2012.00531.x>
- Gustin, L. W (2016). *Psykologi for sykepleiere*. (Strømsnes, H., Overs). Fagbokforlaget. (Opprinnelig utgitt 2015)
- Helsebiblioteket. (2016a, 3. juni). PICO. <https://www.helsebiblioteket.no/249198.cms>
- Helsebiblioteket. (2016b, 3. juni). Sjekklister. <https://www.helsebiblioteket.no/249212.cms>

Helsebiblioteket. (2020, 3. januar). Medisinske og helsefaglige termer på norsk og engelsk.

<https://www.helsebiblioteket.no/221562.cms>

Helsepersonelloven. (2000). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.

<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>

Kristoffersen, N. J. & Nortvedt, P. (2017). Pasient og sykepleier - verdier og samhandling. I G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1- Sykepleie - fag og funksjon* (3. utg.). Gyldendal akademisk.

Mubita, W. M., Richardson, C. & Briggs, M. (2019). Patient satisfaction with pain relief following major abdominal surgery is influenced by good communication, pain, relief and empathic caring: a qualitative interview study. *British Journal of Pain*, 14, 14-22.

<https://doi.org/10.1177/2049463719854471>

Nilsen, K. B., Flaten, M. A., Hagen, K., Matre, D. & Sand, T. (2010). Sentralnervesystemets mekanismer for smertehemming. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 2010(19),

1921-1924. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.10.0079>

Norsk sykepleierforbund. (u.å.). Yrkesetiske retningslinjer. Hentet 01. mai 2021 fra

<https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (2001). Lov om pasient- og brukerrettigheter

(LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>

Pereira, L., Figueiredo-Bragab, M. & Carvalho, I. P. (2016). Preoperative anxiety in ambulatory surgery: The impact of an empathic patient-centered approach on psychological and clinical outcomes. *Patient Education and Counseling*, 99, 733–738.

<https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1016/j.pec.2015.11.016>

Sand, O., Sjaastad, Ø. V. & Haug, E. (2014). *Menneskets fysiologi* (2. utg.). Gyldendal akademisk.

Statistisk sentralbyrå. (2021, 13. april) Pasienter på sykehus. Hentet 15. mai 2021 fra

<https://www.ssb.no/helse/statistikker/pasient/>

Svartdal, F. (2021, 10. januar). *Fagfelle vurdering*. Store Norske Leksikon.

<https://snl.no/fagfelle vurdering>

Thidemann, I.-J. (2020). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter : Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. (2. utg.). Universitetsforlaget.

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. (Thorbjørnsen, K. M., Overs). Gyldendal akademisk. (Opprinnelig utgitt 1971)

Ulleberg, I. (2014) *Kommunikasjon og veiledning*. (2. utg.). Universitetsforlaget.

van Vliet, L. M., van Dulmen, S., Thiel, B., van Deelen, G. W., Immerzeel, S., Godfried, M. B. & Bensing J. M. (2017). Examining the effects of enhanced provider-patient communication on postoperative tonsillectomy pain: protocol of a randomised controlled trial performed by nurses in daily clinical care.

<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-015505>

van Vliet, L. M., Godfried, M. B., van Deelen, G. W., Kaunang, M., Kaptchuk, T. J., van Dulmen, S., Thiel, B. & Bensing J. M. (2019). Placebo Effects of Nurses' Communication alongside Standard Medical Care on Pain and Other Outcomes: A Randomized Controlled Trial in Clinical Tonsillectomy Care. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 89, 56-58. <https://doi.org/10.1159/000503904>

Vedlegg:

Vedlegg 1 – PIO og søkeord

Tabell 2: PIO skjema

P:	I:	O:
Pasienter med postoperative smerter	Kommunikasjon	Smertelindring hos pasienten

Tabell 3: Søkeord

Søkeord	Mesh emneord
Pasienter	Pasient, Nurse
Med smerte	Pain, Post-operative
Kommunikasjon	Communication, Empathy, Non-pharmacological, Nurse-patient relations
Smertelindring	Pain relief, Pain control, Pain reduction, Patient satisfaction

Vedlegg 2 - Søkehistorikk

Tabell 4: Søkehistorikk

Database	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Screening av tittel og abstract	Leste artikler	Artikler inkludert
Medline	pain AND communication AND nurse-patient relations AND (pain relief OR pain reduction OR patient satisfaction)	Ikke eldre enn 5 år gammel	12	12	1	0
Medline	communication AND empath* AND pain AND (pain relief OR pain reduction OR patient satisfaction)	Ikke eldre enn 5 år gammel	21	21	3	2 (#1 & #3)
Medline	Pain* AND communicat* AND empath* AND (nurs* OR patient* OR nurse-patient relations)	Ikke eldre enn 5 år gammel	125	92	4	2 (#2 & #5)
PubMed	Pain AND communication AND nurse-patient relations AND (pain-relief OR pain-reduction OR patient satisfaction)	Ikke eldre enn 5 år gammel Engelsk/Norsk språk	15	15	0	0
PubMed	communication AND empath* AND pain AND (pain relief OR pain reduction OR patient satisfaction)	Ikke eldre enn 5 år gammel Engelsk/Norsk språk	36	36	1	0
PubMed	Pain* AND Nurs* AND* patient* AND non-pharmacologic*	Engelsk / Norsk språk	276	276	2	1 (#4)

Vedlegg 3 - Litteratormatrise

Forfatter /Årstall/Land/Studie	Metode				Resultater		
	Studiedesign	Utvalg	Intervensjon	Målet med studien	Funn	Konklusjon	Relevans/overføringsverdi
#1 Mubita et al. (2019). (Storbritannia). Patient satisfaction with pain relief following major abdominal surgery is influenced by good communication, pain, relief and empathic caring: a qualitative interview study. DOI: 10.1177/2049463719854471	Kvalitativ	11 pasienter ble opprinnelig rekruttert til studien, en måtte derimot forlate studien ettersom de fremdeles hadde smerte etter utskrivelse. N = 10.	Semi-strukturerte intervju med fenomenologisk tilnærming	Denne studien hadde som mål å utforske pasientperspektiv og tilfredshet med smertebehandling etter større operasjoner.	Tre hovedtema ble avdekket: å være informert, håndtere smerten og empatisk omsorg. Tilstrekkelig levering av informasjon var et veldig viktig aspekt i håndteringen av smerte. Her skilte pasientene seg ut i 2 grupper, de som ikke fikk nok informasjon og de som hadde fått god informasjon. Deltakerne hadde forskjellige synspunkter på hva de følte var viktig informasjon om smertebehandling. Dette indikerte at informasjon om smertekontroll bør tilpasses individuelle pasientbehov. Alt i alt uttrykte deltakerne høy tilfredshet fordi smertene deres var godt kontrollert og sykepleierne møtte dem med empati og en omsorgsfull holdning.	Tilfredshet med smertebehandling påvirkes av god kommunikasjon og informasjonsoverføring, tilstrekkelig smertebehandling og en empatisk tilstedeværelse hele tiden.	Siden studien ser på temaer som kommunikasjon, smertelindring og empati blant sykepleiere vil vi si at den er høyst relevant for vår problemstilling.
#2 van Vliet et al., (2019). (Nederland). Placebo Effects of Nurses' Communication alongside Standard Medical Care on Pain and Other Outcomes: A Randomized Controlled Trial in Clinical Tonsillectomy Care DOI: 10.1159/000503904 DOI Vedlegg: 10.1159/000503904	Fire-armet enkelt-blindet randomisert, kontrollert studie (RCT) ved 2 forskjellige avdelinger.	n = 128 pasienter over 18 år som skulle undergå planlagt tonsillektomi på dagkirurgisk avdeling. De ble tilfeldig tildelt en av fire forskjellige grupper, 32 i hver. Gruppe 1: Forsterket empati og forventninger til smertestillende Gruppe 2: Forsterket empati Gruppe 3: Forsterket forventninger til smertestillende Gruppe: Ingen forsterkninger, standard kommunikasjon.	Intervensjonen besto av en protokollert kommunikasjonsmanipulasjon på toppen av standard smertestillende behandlingsprotokoll og daglig rutinepleie. For hver gruppe, ville sykepleierne manipulere kommunikasjonen deres (enten standard eller forsterket forventninger og empati) under pasientenes opphold på avdelingen (før og etter operasjon, dag 1) og under telefon konsultasjonsdag etter utskrivning (dag 2). Andre klinikere standardiserte også sin kommunikasjon.	Målet med denne studien var å fastslå de separate og kombinerte effektene av forventningsmanipulasjon og empati-manipulasjon under preoperativ og postoperativ smertelindring på voksne pasienter som har undergått tonsillektomi.	Statistisk sett fant de ingen signifikante forskjeller mellom de forskjellige gruppene og den opplevde smerten både dag 1, 2 og 3. Alle hadde fulgt standard smerteprotokoll godt og konsumert mengde smertestillende var ikke forskjellig. Noen mulige positive placeboeffekter av kommunikasjon var at positive forventninger førte til bedre evalueringer av opplevde smerte og mottatt pleie.	Funnene konkluderer hovedsakelig med at det kan være vanskelig å måle placeboeffekten av kommunikasjon målt opp imot standard smertelindring, mye på grunn av at intervensjonen kan være vanskelig både å gjennomføre for sykepleierne som utøver de, men også å oppfatte for deltakerne i studien.	Denne studien anser vi som relevant for vår oppgave. Den tar for seg ulike utfordringer som sykepleiere i helsetjenesten møter på, i arbeid med pasienter som har smerter. Hovedfokus for studien er placeboeffekten og vi anser denne som en viktig årsak til at kommunikasjon som ikke-medikamentell smertelindring fungerer.

Forfatter /Årstall/Land/Studie	Studiedesign	Utvalg	Intervensjon	Målet med studien	Funn	Konklusjon	Relevans/overførings verdi
#3 Pereira et al. (2016). (Portugal) Preoperative anxiety in ambulatory surgery: The impact of an empathic patient-centred approach on psychological and clinical outcomes DOI: 10.1016/j.pec.2015.11.016	Randomisert-kontrollert-studie	n = 104 pasienter som gjennomgikk generell dagkirurgi ble tilfeldig tildelt i intervensjonsgruppe (IG) og kontrollgruppe (KG).	Før operasjonen mottok IG personlig informasjon gjennom et empatisk pasientsentrert intervju. Kontrollgruppen mottok standardisert informasjon om kirurgiske prosedyrer. Angsten ble vurdert før og etter det preoperative intervjuet og etter operasjonen. Sårtilheling, rekonvalesens etter kirurgi og tilfredshet med kvaliteten på preoperativ informasjon var vurdert etter operasjonen	Denne studien tok sikte på å evaluere innflytelsen fra en empatisk pasientsentrert tilnærming på preoperativ angst og kirurgiske utfall hos dagkirurgiske pasienter.	De to gruppene var identiske ved baseline angående angst, sosio-demografisk og kliniske kjennetegn. Etter pasientsentrert intervensjon viste IG lavere nivåer av preoperativ angst (p <0,001) og smerte (p <0,001), bedre kirurgisk rekonvalesens (p <0,01) og høyere nivåer av daglig aktivitet (p <0,001) og tilfredshet med mottatt informasjon (p <0,01) enn KG. IG viste også bedre sårtilheling (vevstype, p <0,01; lokal smerte, p <0,01)	Resultatene deres viser at en empatisk pasientsentrert tilnærming brukt på den preoperative sykepleiersamtalen betydelig reduserer pasientenes preoperative angst, postoperative smerter, forbedrer kirurgisk rekonvalesens og sårheling, og øker pasientens tilfredshet med kvaliteten på informasjonen som blir gitt.	Empati, kommunikasjon, intervensjon utført av sykepleier, alt dette er relevant og aktuelt for vår oppgave.
#4 Gélinas et al., (2012). (Canada). Patients and ICU nurses' perspectives of non-pharmacological interventions for pain management DOI: 10.1111/j.1478-5153.2012.00531.x	Kvalitativ	n=38 totalt. Pasienter/pårørende (n=6) over 18 år som har vært innlagt på intensivavdeling (på grunn av organtransplantasjon) i løpet av de siste 2 årene og sykepleiere (n=32) med minimum 2 års erfaring som jobber deltid/fulltid på intensivavdeling.	Semi-strukturerte fokusgruppeintervju.	Målet for studien var å beskrive perspektivene til pasienter / familiemedlemmer og sykepleiere om nytten, relevansen og gjennomførbarheten av ikke-medikamentelle inngrep for smertebehandling i intensivavdelingen	Totalt åtte fokusgrupper med pasienter/pårørende (to) og sykepleiere (seks) ble gjennomført. Samlet sett ble 33 ikke-medikamentelle inngrep diskutert. De fire største ikke-medikamentelle inngrepene som ble funnet å være nyttige, relevante og gjennomførbare i minst halvparten av fokusgruppene var musikkterapi og distraksjon (kognitiv atferdskategori), enkel massasje (fysisk kategori) og tilrettelegging for familietilstedeværelse (kategori for emosjonell støtte). Pasienter / familiemedlemmer og sykepleiere viste forskjellige interesser i forhold til noen intervensjoner. For eksempel diskuterte pasienter mer om aktiv lytting / virkelighetsorientering, mens sykepleiere snakket mest om undervisning / leiring.	Fire ikke-medikamentelle inngrep nådde konsensus i pasienter og sykepleiere sine fokusgrupper for å være nyttige, relevante og gjennomførbare for smertebehandling på intensivavdeling. Andre inngrep syntes å være påvirket av deltakernes personlige erfaring eller profesjonelle rolle. Studien konkluderer med at man trenger mer bevis for å avgjøre effektiviteten, men at sykepleiere bør/kan bruke ikke-medikamentelle tiltak som er komplementære til medikamentell behandling av smerte, da de er kostnadseffektive og trygge.	Ettersom studien ser på ikke-medikamentelle tiltak for å bedre smertebehandling hos pasienter ser vi på denne som et godt bidrag til vår oppgave.

Forfatter /Årstall/Land/Studie	Studiedesign	Utvalg	Intervensjon	Målet med studien	Funn	Konklusjon	Relevans/overførings verdi
<p>#5 Dihle et al., (2006). (Norge).</p> <p>The gap between saying and doing in postoperative pain management.</p> <p>DOI: 10.1111/j.1365-2702.2006.01272.x</p>	Deskriptivt design	n= 9 sykepleiere på tre kirurgiske avdelinger ved to sykehus.	Observasjoner og dybdeintervjuer ble gjennomført, med hermeneutisk forståelsesmåte.	Å forstå hvordan sykepleiere bidrar til postoperativ smertebehandling i en kirurgisk setting og å identifisere barrierer for å oppnå best mulig postoperativ smertelindring	Ett hovedtema dukket opp om sykepleiernes tilnærming til postoperativ smertebehandling: et avvik mellom det sykepleierne sa at de gjorde og hva det de faktisk gjorde.	Studien avslørte et gap mellom det sykepleierne sa at de gjorde og hva de faktisk gjorde i postoperativ smertebehandling. Da dette gapet var stort, så det ut til å være en barriere for tilstrekkelig smertelindring. Videre virket dette gapet mindre når sykepleiere tok en aktiv tilnærming, og en aktiv tilnærming mot pasienter om smerte så ut til å forbedre bedre postoperativ smertebehandling.	Ettersom empati, mellom-menneskelig kontakt og sykepleierens rolle i smertelindring er sentrale tema i denne studien, anser vi den som svært relevant for vår oppgave.