



Fakultet for medisin og helsevitenskap

Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

Bacheloroppgave i sykepleie

Postoperativ smertelindring –
Kunnskap og holdninger hos sykepleieren i
møte med pasienten

Innleveringsdato: 04.06.2020

Emnekode: HSYK3003

Kandidatnummer: 10040

Antall ord: 8557

Sammendrag

Tittel:

Postoperativ smertelindring – Kunnskap og holdninger hos sykepleieren i møte med pasienten.

Hensikt:

Å belyse sykepleiers kunnskap og holdninger innen smertelindringen hos postoperative pasienter.

Problemstilling:

Hvordan kan sykepleiers kunnskap og holdninger innvirke på smertelindringen hos postoperative pasienter?

Metode:

En delvis systematisk litteraturstudie med ni forskningsartikler. Denne litteraturstudien bygger på forskning, pensum med sykepleiefaglig litteratur og erfaringsbasert kunnskap. I tillegg er det foretatt en ressursamtale hvor et semi-strukturert intervju ble gjennomført med sykepleier på kirurgisk avdeling.

Resultat:

Sykepleiere viste manglende kunnskap og varierte holdninger i møte med smertepregede pasienter. Sykepleiere benyttet seg i liten grad av smertekartleggingsverktøy. Det ble registerert et gap mellom teoretisk kunnskap og praktiske handlinger i yrkesutøvelsen hos sykepleierne.

Konklusjon:

Sykepleiers mangel på kunnskap ledet til utilstrekkelig postoperativ smertelindring. Negative holdninger til pasienten er knyttet til kunnskapsmangel hos sykepleierne. Utdanningsprogram for sykepleiere innen akutt smerte kan bidra til økt kunnskap og endringer i holdninger til postoperativ smerte.

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	1
1.1 Introduksjon av tema	1
1.2 Bakgrunn for valgt tema	1
1.3 Definisjon av problemstillingens sentrale begrep	2
1.4 Avgrensning og presisering av problemstillingen	2
1.5 Oppgavens kapitler.....	2
2. Metode	4
2.1 Litteraturstudie	4
2.2 Søkehistorikk med søketabell.....	4
2.3 Valg av litteratur og kildekritikk	7
2.4 Ressurssamtale med sykepleier.....	8
3. Empiri	9
3.1 Artikkelmatrise	9
3.2 Sammenfattet empiri.....	12
4. Teori	14
4.1 Smerte	14
4.2 Smertefysiologi	14
4.3 Postoperative smerter.....	15
4.4 Postoperativ smertebehandling	15
4.4.1 Medikamentell smertebehandling.....	15
4.4.2 Ikke-medikamentell smertebehandling	16
4.4.3 Kartlegging av postoperativ smerte.....	16
4.4.4 Sykepleierens ansvar og rolle i postoperativ smertelindring.....	16
4.5 Kunnskap og holdninger.....	17
4.5.1 Kunnskap	17
4.5.2 Holdninger.....	17
4.6 Joyce Travelbees sykepleieteori	17
4.6.1 Etablering av menneske-til-menneske-forhold til pasienten.....	18
4.6.2 Kommunikasjon.....	18
4.6.3 Den profesjonelle kommunikasjonen	18
5. Diskusjon.....	19
5.1 Innledning til diskusjon	19
5.2 Postoperativ smertebehandling	19
5.3 Smertekartlegging og vurdering	21
5.4 Forholdet mellom kunnskap og holdninger i møte med pasienten	23

6. Konklusjon.....	26
Referanser.....	27
Vedlegg.....	29
Vedlegg 1 – Samtykkeskjema ved ressursamtalen.....	29
Vedlegg 2 – Intervjuguide.....	30
Vedlegg 3 – WHO`s smertetrapp	31

Tabeller

Tabell.1 Søketablell	6
Tabell.2 Artikkelmatrise	9

1. Innledning

I innledningen presenteres hva smertelindring er, gjøre rede for bakgrunn og valg av tema, presentere problemstillingen med sykepleiefaglig relevans og begrepsavklaringene av problemstillingen. Aktuelle presiseringer og avgrensninger av problemstillingen begrunnes og avklares, og avslutningsvis en kort oversikt over oppgavens videre oppbygning.

1.1 Introduksjon av tema

De siste 20-30 årene har smertebehandlingen blitt bedre. Det har kommet mer kunnskap om smerter og effektive analgetika, samt metoder for smertelindring enn hva det har vært tidligere. Til tross for dette, blir også flere alvorlige smertetilstander under- og feildiagnostisert. Smerteforskningen har gitt økt kunnskap og forståelse av fenomenet, men ifølge pasientene, opplever 30-50% uakseptable smerter i det postoperative forløpet (Almås, Berntzen & Danielsen, 2016, s. 381).

Sykepleieren har en viktig funksjon i smertebehandlingen, og et stort ansvar med å lindre smertene til pasienten. Opplever pasienten trygghet, tillit og respekt, vil det forsterke effekten av den gitte smertelindringen. Smerteforskningen har gitt økt kunnskap om smerte, og økt forståelse av fenomenet. Smertelindringen fungerer ikke alltid optimalt for pasienten, selv om sykepleiere har kunnskap om smerte og smertelindring. Sykepleieren har valget mellom å ha tillit til, eller å tvile på opplevelsen av smerten til pasienten. Hvis en tviler på pasientens utsagn, eller ikke oppfatter uttrykket for smerte hos pasienten, kan sykepleieren redusere muligheten for god og effektiv smertebehandling (Almås et al, 2016, s. 382).

1.2 Bakgrunn for valgt tema

Egne opplevelser og erfaringer fra kirurgisk praksis på et norsk sykehus har gjort meg nysgjerrig på problematikken omkring rollen til sykepleieren i den postoperative smertelindringen. I praksis har jeg observert at sykepleiere har ulike tilnærminger til smertelindringen og hvordan utøvelsen til hver individuell sykepleier er i møte med den postoperative pasienten. Gjennom undervisning har jeg lært at økte kunnskaper og holdninger innen smerte, er avgjørende for å bedre pasientens smertebehandling.

«I en norsk studie av 215 pasienter som hadde gjennomgått kirurgi, rapporterte 38% av pasientene at smertelindringen var utilstrekkelig, og 43% opplevde smerte som det mest plagsomme symptomet i den tidlige postoperative fasen» (Fredheim, Kvarstein & Undall sitert i Almås et al., 2016, s. 397). Det er dermed formålet med denne studien, å undersøke hvordan kunnskap og holdninger spiller inn i smertelindringen til pasienten.

Ifølge de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere, har sykepleieren ansvar for å yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse (Norsk sykepleierforbund, 2019). Retningslinjene viser pliktene en sykepleier har overfor pasienten, samt ansvaret med å lindre smerte og ubehag. Flere av artiklene jeg har funnet konkluderer med at postoperativ smertelindring

er et tema som har gjennomgått mye forskning, til tross for at det ikke har skjedd noen markant forbedring i det kliniske arbeidet. Med bakgrunn i dette mener jeg at det er et samfunnsaktuelt tema å undersøke. Jeg mener studien kan bidra til bredere forståelse av temaet og kan kanskje være til nytte for sykepleiere og andre personer innen helse.

Ut fra valg av tema utledes problemstillingen:

«Hvordan kan sykepleiers kunnskap og holdninger innvirke på smertelindringen hos postoperative pasienter?»

1.3 Definisjon av problemstillingens sentrale begrep

Kunnskap – «kunnskap forklares ved hjelp av ord som kjennskap, viten, lærdom eller innsikt» (Kristoffersen, 2011, s. 162)

Holdninger – «relativt vedvarende måte å organisere våre tanker, følelser og handlinger» (Ohnstad, 2010, s. 231)

Postoperativ – «etter operasjon» (Schlichting, 2020).

Smertebehandling – «er medisinsk behandling som lindrer eller fjerner smerter» (Opdahl, 2020).

Postoperativ smerte – «akutt smerte forårsaket av vevsskade assosiert med kirurgi» (Holm & Kummeneje, 2009, s. 68).

1.4 Avgrensning og presisering av problemstillingen

Avgrensningen av problemstillingen omhandler pasienter fra 18 år og eldre med akutte smerter som følger av kirurgiske inngrep. Jeg velger å utelukke pasienter med kroniske smerter, siden det gir oppgaven et annet fokus. Av samme hensyn har jeg utelukket kunnskap og holdninger til smertelindring hos barn og nyfødte, pasienter med kognitiv svikt og språkforskjeller, etnisitet- og kulturelle forskjeller, pasienter i palliativ fase og pasienter innen rus- og psykiatri.

Det er flere ulike områder som kunne vært aktuelle å belyse, men fokuset mitt for oppgaven er; postoperativ smertebehandling, smertekartlegging og vurdering samt forholdet mellom kunnskap og holdninger i møte med pasienten.

1.5 Oppgavens kapitler

I kapittel to om metode er det beskrevet valg av metode, de anvendte litteraturstudiene, søkehistorie med søketabell, samt kildekritikk. I tillegg til dette har jeg gjennomført en ressursamtale med en sykepleier på kirurgisk avdeling på et norsk sykehus.

Kapittel tre om empiri inneholder en artikkelmatrise over forskningsartiklene og sammenfattet empiri.

I kapittel fire anvendes teori som belyser problemstillingen, samt fremstilling av Joyce Travelbee sin sykepleieteori og relevant pensumlitteratur.

I kapittel fem drøftes teorien opp mot empirien og litteraturen, med fokus på sykepleierens funksjon, og hvordan kunnskap og holdninger spiller inn ved utøvelsen av postoperativ smertelindring.

I kapittel seks samles trådene i drøftingen, tydeliggjør sammenhengen i materialet og de viktigste funnene. Spørsmålene i sammenheng med problemstillingen skal fremlegges og begrunnes, og få frem kunnskapen som fremdeles mangler, samt betydningen oppgaven har for sykepleiefaget.

Opgaven avsluttes med en oppsummering av sentrale punkter i form av konklusjon.

2. Metode

«Metoden er redskapet vårt i møte med noe vi vil undersøke. Metoden hjelper oss til å samle inn data, det vil si den informasjonen vi trenger til undersøkelsen vår» (Dalland, 2017, s. 52). Metoden forteller noe om hvordan en bør gå frem for å fremskaffe kunnskap (Dalland, 2017, s. 51). I dette kapitlet vil metoden for denne studien beskrives. Først belyses valg av metode, søkehistorikk med søketabell, valg av litteratur og kildekritikk, og til slutt vil ressursamtalen bli beskrevet.

2.1 Litteraturstudie

“En systematisk litteraturstudie er en oppsummering og sammenstilling av relevant forskning av eksisterende kunnskap innenfor et bestemt forskningsområde” (Thidemann, 2019, s. 79). Metoden som er valgt i denne studien er en delvis systematisk litteraturstudie. I motsetning til en systematisk litteraturstudie, strekker den seg ikke over så lang tid og de inkluderte forskningsartiklene er færre.

Thidemann (2019) skriver at en litteraturstudie systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder. Det vil si å samle litteratur, gå gjennom den med et kritisk blikk, og så sammenfatte det. Formålet er å gi leseren en oppdatert og god forståelse av kunnskap om en gitt problemstilling, samt en forklaring på hvordan en har kommet fram til kunnskapen (Thidemann, 2019, s. 77-78).

Det vil bli formulert aktuell teori og en gjennomgang av artiklene som er brukt. Omkring temaet postoperative smerter, eksisterer det mye forskning. I denne sammenheng kan en delvis systematisk litteraturstudie ses som et godt og hensiktsmessig metodevalg for besvarelse av oppgavens problemstilling.

2.2 Søkehistorikk med søketabell

I starten av litteratursøkingen ble det foretatt et bredt og generelt søk av litteratur for å danne et inntrykk av eksisterende forskning innen feltet. Det ble senere gjennomført strukturerte søk i den hensikt å finne relevante artikler.

Jeg har brukt anerkjente databaser innenfor helsefaget i søket etter forskningsartikler. Jeg har benyttet meg av databasene; Swemed+ og CINAHL. Avgrensningene til søkene ble inkludert fra første søk, slik at filtreringen startet fra første stund. Det ble anvendt søkeord som var aktuell og vesentlig for problemstillingen og forskningsspørsmålene i drøftingen. De fleste søkeordene ble oversatt fra norsk til engelsk for få tak i de internasjonale studiene, med unntak av søkene i Swemed+. Her ble søkeordene «smertelindring» og «kunnskap» anvendt. Avgrensningen var «fagfellevurdering». Det ble manuelt søkt i tidsrommet 2010-2019 for å avgrense søket enda mer. Tidsrommet på søkene var fra 1.1.2010 til 31.12.2019, slik at det ble ti år.

Søkeordene i CINAHL ble i starten utført hver for seg, og ble senere kombinert for å finne relevant litteratur. Ordene som ble brukt i CINAHL var «postoperative pain»

«postoperative pain» (i tittel), «nurs*», «attitude», «beliefs», «knowledge». Søkeordet «postoperative pain» (i tittel) ble brukt for å finne artikler med disse ordene i tittelen. Ordene «postoperative pain», «knowledge», «attitude» ga for mange treff og var uten relevans for sykepleieutøvelsen. «Nurs*» ble brukt for å skape en trunkering og inneholder flere endinger av ordet. Søkeordet «nurs*» ble brukt i søkene, siden fokuset på oppgaven var sykepleierperspektivet. Manuell avgrensning i søkene var følgende: «Utgivelsesår fra 2010-2019», «forskningsartikkel» og «fagfelleevaluering».

Etter manuell vurdering av artiklene etter inklusjon- og eksklusjonskriterier, ble ni artikler valgt ut til å representere det empiriske grunnlaget. Jeg anså resultatene fra disse søkene som en overkommelig mengde artikler å lese gjennom, og leste de med bruk av inklusjon- og eksklusjonskriterier. Hensikten var å avgrense mengden av funn, og fange kunnskapen som var aktuell å belyse problemstillingen.

Inklusjonskriterier:

- Artiklenes relevans til problemstillingen. Artikler som inneholder kunnskap, holdninger innen smertekartlegging og vurdering, smertebehandling og forholdet til pasienten.
- Deltakere som er 18 år og eldre
- Utgivelsesår: 2010-2020
- Fagfellevurdert forskning
- IMRAD-struktur
- Språk: norsk, svensk, dansk og engelsk
- Deler av verden med lik sykepleiepraksis som Norge: Europa, USA, Canada, Australia.

Eksklusjonskriterier:

- Review-artikler
- Barn og nyfødte
- Pårørende sitt perspektiv
- Pasienter med redusert kognitiv funksjon
- Pasienter med reduserte kognitive funksjoner
- Pasienter med nedsatt evne til å kommunisere
- Pasienter med rusproblematikk
- Pasienter som ikke er innlagt på sykehus

Tabell.1 Søketabell

Database og dato	Søk	Søkeord Emneord Nøkkelord	Avgrensning	Antall treff	Valgte artikler
SveMed+ 18.4.20	S1	Smertelindring		43	
	S2	Kunnskap		68	
	S3	S1 AND S2	Fagfellevurdering 2010-2019	1	(A)
CINAHL 20.4.20	S1	Postoperative pain		9.039	
	S2	Knowledge		108.170	
	S3	Attitude		156.154	
	S4	Beliefs		27.557	
	S5	Nurs*		137.381	
	S6	S3 OR S4		157.710	
	S7	S1 AND S2 AND S5 AND S6	2010-2019 Fagfellevurdering Forskningsartikkel Full tekst	61	C, D, E,
CINAHL 20.4.20	S1	Postoperative pain (Tittel)		1.322	
	S2	Nurs*		137.381	
	S3	Attitude		156.154	
	S4	S1 AND S2 AND S3	2010-2019 Fagfellevurdering Forskningsartikkel	53	B, F, G, H,

- A)** Granheim, T., Raaum, K., Christophersen, K-A. & Dihle, A. (2015). Sykepleiers og studenters kunnskap og holdninger til smerte og smertelindring hos voksne, *Sykepleien forskning*, 10(4). 326-334.
- B)** Mackintosh-Franklin, C. (2014). Registered Nurses` personal responses to postoperative pain: A descriptive qualitative study. *Pain management nursing* 15(3), 580-587.
- C)** Bach, A.M., Forman, A. & Seibæk, L. (2018). Postoperative pain management: A bedside perspective. *Pain Management Nursing*, 19(6), 608-618.
- D)** McNamara, M. C., Harmon, D. & Saunders, J. (2012). Effect of education on knowledge, skills and attitudes around pain. *British Journal of Nursing*, 21(16), 13-26.
- E)** Rognstad, M-K., Fredheim, O. M. S., Johannessen, T. E. B., Kvarstein, G., Skauge, M., Undall, E. & Rustøen, T. (2012). Attitudes, beliefs and self-reported competence about postoperative pain among physicians and nurse working on surgical wards. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 26(3), 545-552.
- F)** Van Dijk, J. FM., Schuurmans, M. J., Alblas, E. E., Kalkman, C. J. & van Wijck, A. JM. (2017). Postoperative pain: Knowledge and beliefs of patients and nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 26(21-22), 3500-3510.
- G)** Wikström, L., Eriksson, E., Årestedt, K., Fridlund, B. & Boström, A. (2014). Healthcare Professionals` Perceptions of the Use of Pain Scales in Postoperative Pain Assessments. *Applied Nursing Research*, 27(1), 53-58.
- H)** Kiekkas, P., Gardeli, P., Bakalis, N., Stefanopoulos, N., Adamopoulou, K., Avdulla, C., Tzourala. & Konstantinou, E. (2015). Predictors of nurses` knowledge and attitudes toward postoperative pain in Greece. *Pain Management Nursing*, 16(1), 2-10.

2.3 Valg av litteratur og kildekritikk

«Kildekritikk betyr både å vurdere og å karakterisere den litteraturen du har funnet» (Dalland, 2017, s. 158). Det betyr at en har et kritisk blikk på litteraturen som er funnet. Dalland (2017) skriver om betydningen av å forholde seg kritisk til kildematerialet som er benyttet i oppgaven. Videre skriver han at leseren skal ta del i refleksjonene jeg har gjort om relevansen til påliteligheten og gyldigheten i litteraturen har i forhold til å belyse problemstillingen (Dalland, 2017). Siden det er gjort mye forskning om postoperativ smerte, har det vært noe utfordrende å plukke ut forskning som har vært mest relevant og interessant til mitt tema. Det kan være vanskelig å navigere seg gjennom et «hav» av litteratur. Ettersom det er mye litteratur om temaet, har det vært utfordrende å velge ut de riktige forskningsartiklene.

Dalland (2017) peker på betydningen av hvilken verdi kilden har i forbindelse med problemstillingen som skal undersøkes. Det handler om relevans. Da jeg skulle vurdere relevansen kilden hadde opp mot problemstillingen min, hadde jeg fire sentrale punkter som utgangspunkt. I vurderingen av relevans stilte jeg meg disse spørsmålene; forteller denne kilden meg noe om problemstillingen, belyser kilden problemstillingen, på hvilken måte belyser kilden spørsmålene for denne oppgaven og hvordan kan jeg bruke denne kilden i min oppgave (Dalland, 2017, s. 159). Det er også hensiktsmessig å vurdere gyldighet til kilden (Dalland, 2017). Gyldighet handler om troverdighet, og hva slags type kilde det er? Det handler om hva slags tekst det er, hvem som har skrevet den, for hvem teksten er skrevet, hvorfor forfatteren har skrevet om dette, hva formålet er og når den ble skrevet? (Dalland, 2017). Det har vært betydningsfullt for meg å undersøke disse punktene for å vurdere om kilden var troverdig og ekte.

Et eksempel fra denne prosessen; utover de strukturerte søkene som ble gjennomgått, har en artikkel av Dihle, Bjølseth & Helseth, (2006) blitt funnet via referanser i artikkelen fra Granheim, Raaum, Christophersen & Dihle, (2015). Denne ble ikke oppført i søketabellen med den begrunnelsen at artikkelen ikke oppfylte inklusjonskriteriene. Jeg anser artikkelen til Dihle et al (2006) som relevant for min problemstilling da den ofte har blitt sitert av pensumlitteraturen.

Granheim et al (2015) sin artikkel undersøker kunnskap og holdninger hos sykepleiere og sykepleierstudenter på pasienter gjennomgått kirurgi og kreftsykdom. Selv om deler av pasientgruppen har kreft, er ikke hovedfokuset rettet mot dette, men heller kunnskap og holdninger rettet mot den medikamentelle behandlingen.

Kiekkas, Gardeli, Bakalis, Stefanopolos, Adamopoulou, Avdulla, Tzourala & Konstantinou, (2015) gjorde en undersøkelse på avdeling for generell kirurgi på fem ulike greske sykehus. Sykepleiepraksisen kan være forskjellig fra praksisen som er i Norge, men artikkelen anses som relevant siden det er innenfor Europa, og oppfyller inklusjonskriteriene.

Hensikten til Bach, Forman & Seibæk (2018) sin studie var å tilegne kunnskap om smertebehandlingen hos kvinner som har gjennomgått større kirurgi for endometriose. Selv om dette var hensikten, har jeg likevel tatt med artikkelen fordi den viser til viktige momenter som kan være egnet for oppgaven (Bach et al., 2018).

Primærkilde er førstehåndskilde og er den opprinnelige utgaven av en tekst. En sekundærkilde er en annenhåndskilde, og kan da være en oversatt utgave av primærkilden. Det betyr at teksten som er presentert er bearbeidet fra en annen forfatter, altså forfatteren refererer til en annen bok (Dalland, 2017, s. 162). Jeg har forsøkt så mye det lar seg gjøre å benytte primærkilder, men jeg har også benyttet meg av sekundærkilder, siden store deler av pensumlitteraturen inneholder består av dette.

Tidsskriftene som er anvendt i studien er kontrollert for pålitelighet av Norsk Senter for Forskningsdata (NSD, 2019a) NSD vurderer de ulike tidsskriftene og klassifiserer de etter vitenskapelig prestisje og kvalitet. Denne klassifiseringen er gruppert på to nivåer. Nivå 1 er vitenskapelig publiseringskanal, og nivå 2 er vitenskapelig publiseringskanal med særlig høy prestisje (NSD, 2019b). Ifølge NSD er de fleste tidsskriftene vurdert til å være innenfor nivå 1, mens tidsskriftet «Journal og Clinical Nursing» er vurdert til nivå 2. De anvendte artiklene innenfor dette tidsskriftet er: Dihle et al (2006) og van Dijk, Schuumans, Alblas, Kalkman & van Wijck, (2017).

I oppgaven presenteres det fem ulike kvantitative og fire kvalitative forskningsartikler for å belyse problemstillingen. Kvantitativ metode har fordel av at de gir data som er av målbare enheter. For eksempel gir tallene i en kvantitativ studie gjennomsnittlig alder på pasienter ved en bestemt avdeling. Kvalitativ metode har fokus på mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måles (Dalland, 2017, s. 52). For eksempel en sykepleiers mening om et bestemt tema. Kunnskap og holdninger er tema med vanskeligheter for å tallfeste og drive statistikk med. Til tross for at de kvantitative studiene bruker spørreskjemaet KASRP (Knowledge and Attitude Survey Regarding Pain), blir likevel kunnskap og holdninger hos sykepleiere aktualisert gjennom spørreskjemaet.

2.4 Ressurssamtale med sykepleier

I forbindelse med oppgavens datasamling er det foretatt en semi-strukturert ressurssamtale med en erfaren sykepleier med arbeidserfaring og kunnskap innen smertelindring. Det ble i forkant av ressurssamtalen innhentet informert samtykke fra ressurssamtalen (vedlegg 1) og utarbeidet en intervjuguide som belyste problemstillingen (vedlegg 2). Jeg mener spørsmålene fra intervjuguiden belyste problemstillingen, men det er viktig å ikke generalisere eller trekke slutninger fra svarene på spørsmålene. I drøftingen vil jeg beskrive ressurspersonen som ressurspersonen. Videre informasjon er at ressurspersonen er en mannlig sykepleier som har jobbet på sykehuset i tre år.

3. Empiri

3.1 Artikkelmatrise

Tabell.2 Artikkelmatrise

Referanse	Hensikt	Metode	Resultat	Relevans for problemstilling
A) Granheim, T., Raaum, K., Christophersen, K-A. & Dihle, A. (2015). Sykepleiers og studenters kunnskap og holdninger til smerte og smertelindring hos voksne, <i>Sykepleien forskning</i> , 10(4). 326-334.	Å få økt kunnskap til og holdninger om postoperativ smertebehandling hos sykepleiere og sykepleierstudenter til smerter og smertebehandling hos voksne	Kvantitativ metode. Beskrivende tverrsnittundersøkelse. Spørreskjemaet Nurses` Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain (NKAS) ble brukt. Utvalget var på 82 sykepleiere og 83 sykepleierstudenter som deltok i studien.	Både sykepleiere og sykepleierstudenter hadde god kunnskap om smertelindring. Studien avdekket imidlertid en redsel for respirasjonsdepresjon og opioidavhengighet hos begge grupper. Det var et gap mellom teoretisk kunnskap og praktiske handlinger gjennom to pasienthistorier	Forskningsartikkelen belyser problemstillingen ved å synliggjøre forskjellen mellom den teoretiske kunnskapen og de praktiske handlingene ved postoperativ smertelindring. Studien viser at sykepleiere har behov for videre utdanning innen smertelindring.
B) Mackintosh-Franklin, C. (2014). Registered Nurses` personal responses to postoperative pain: A descriptive qualitative study. <i>Pain management nursing</i> 15(3), 580-587.	Undersøke de sykepleiers responser knyttet til pasientens postoperative smerte, og identifisere hvordan responsene kan påvirke den påfølgende håndteringen av smerten.	Kvalitativ metode, beskrivende design med semi-strukturerte intervju. Utvalget var på 16 sykepleiere.	Individuelle sykepleiere ble påvirket av personlige faktorer innen smertebehandling og funn indikerer at gransking av hver enkelt kompetanse er viktig å forbedre individuell og kollektiv praksis.	Studien belyser problemstillingen ved at studien tar sikte sykepleierens ulike praksis innen smertebehandling, og hvordan kunnskapsmangel påvirker innsikten i smerten og hvordan den kan lindres.
C) Bach, A.M., Forman, A. & Seibæk, L. (2018). Postoperative pain management: A bedside perspective. <i>Pain</i>	Målet med studien var å undersøke hvordan sykepleiere håndterer postoperative smerter når de yter omsorg for kvinner	Kvalitativ metode med etnografisk feltstudie og forskningsintervju. Utvalget var på 8 sykepleiere	Smerterelatert sykepleiepraksis ble erstattet av en praksis som fokuserer på praktiske løsninger som resulterte i unnlattelse av	Studien belyser problemstillingen ved å fremheve mangel på kunnskap hos sykepleier om smertebehandling, og hvordan kommunikasjonen

<i>Management Nursing, 19(6), 608-618.</i>	som har gjennomgått operasjoner for endometriose	som ble intervjuet.	pasientens tegn på smerter. Sykepleiere ble drevet av en rutinepreget praksis der smertelindring ikke var førsteprioritet	mellom sykepleier og pasient er preget av rutiner og lite hensyn til pasientens behov for smertelindring.
D) McNamara, M. C., Harmon, D. & Saunders, J. (2012). Effect of education on knowledge, skills and attitudes around pain. <i>British Journal of Nursing, 21(16), 13-26.</i>	Undersøke effekten av et akutt smerteprogram og forbedring av sykepleiers kunnskap, holdninger og ferdigheter rundt postoperativ smertelindring	Kvantitativ metode med bruk av spørreskjema. Blandede metoder med eksperimentell tilnærming. 59 sykepleiere deltok i studiet.	Sykepleierne viste en økning i kunnskap, ferdigheter og holdninger etter akutt smerteprogrammet. Kunnskapen var høyest umiddelbart etter at programmet var ferdig.	Studien belyser problemstillingen ved å fremvise viktigheten av utdanningsprogram og hvilken påvirkning dette har på sykepleiers kunnskap, ferdigheter og holdninger til den postoperative smertelindringen
E) Rognstad, M-K., Fredheim, O. M. S., Johannessen, T. E. B., Kvarstein, G., Skauge, M., Undall, E. & Rustøen, T. (2012). Attitudes, beliefs and self-reported competence about postoperative pain among physicians and nurse working on surgical wards. <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences 26(3), 545-552.</i>	Undersøke holdningene, kompetanse og oppfatninger relatert til smertebehandling hos sykepleiere og leger	Kvantitativ metode med beskrivende tverrsnittundersøkelse. Statistisk analysing. Utvalget var på 795 deltakere, der 128 leger og 407 sykepleiere fullførte undersøkelsen.	31% av respondentene hadde lav eller grunnleggende kunnskap om postoperativ smertebehandling, og 81% mente de hadde samme kompetansenivå hos pasienter med nevropatisk smerte	Studien belyser problemstillingen ved at den representerer en kunnskapsmangel hos sykepleiere og leger innen postoperativ smertelindring. Grunnleggende kunnskapsøking burde være et tiltak for å redusere dette
F) Van Dijk, J. FM., Schuurmans, M. J., Alblas, E. E., Kalkman, C. J. & van Wijck, A. JM. (2017). Postoperative pain: Knowledge and beliefs of patients and nurses. <i>Journal of Clinical Nursing, 26(21-22), 3500-3510.</i>	Beskrive pasienters og sykepleiers kunnskap og oppfatninger angående smertebehandling. Videre for å utforske effekten av informasjon og utdanning på pasienters og sykepleiers kunnskap og tro på smertehåndtering	Pasientstudien var en randomisert, kontrollert studie og sykepleierstudien var en prospektiv, tverrsnittsstudie. Utvalget av pasientene var 775 deltakende og 1184 sykepleiere	Pasientens kunnskapsnivå økte hos intervensjonsgruppen men deres tanker om ulike medikamenter, ble ikke forandret. Sykepleierne erfarte en økning i kunnskap om smertelindring, men de la mindre vekt på pasientens syn på sin egen smerte.	Studien belyser problemstillingen ved å indikere at kunnskap kan økes, men holdningene og tankene rundt smertelindring, er utsatt for forutinntatthet. Forskjellen mellom pasientens og sykepleiers syn på smerte, var tilstede.

		fullførte spørreskjemaet		
G) Wikström, L., Eriksson, E., Årestedt, K., Fridlund, B. & Boström, A. (2014). Healthcare Professionals' Perceptions of the Use of Pain Scales in Postoperative Pain Assessments. <i>Applied Nursing Research, 27</i> (1), 53-58.	Beskrive hvordan profesjonelle helsearbeidere oppfatter bruken av smertekartleggingsverktøy i postoperativ smertelindring.	Kvalitativ metode med et eksplorativt design med fenomenografisk tilnærming. Semi-strukturert intervju ble brukt. Utvalget besto av 25 ansatte innen helse.	Fire deskriptive kategorier ble avdekket – bruk av smertekartleggingsverktøy tilrettela forståelsen for postoperativ smertebehandling krevde en flerdimensjonal tilnærming og ble påvirket av arbeidssituasjoner.	Artikkelen belyser problemstillingen ved at sykepleiere beskrev bruk av smerteskala tilrettela for kommunikasjon med pasienten. Smertelindringen var avhengig av sykepleiers kunnskaper innen kommunikasjon.
H) Kiekkas, P., Gardeli, P., Bakalis, N., Stefanopoulos, N., Adamopoulou, K., Avdulla, C., Tzourala, & Konstantinou, E. (2015). Predictors of nurses' knowledge and attitudes toward postoperative pain in Greece. <i>Pain Management Nursing, 16</i> (1), 2-10.	Målet med studien var å evaluere kunnskap og holdninger til pasienters postoperative smerter hos sykepleiere som er ansatt i kirurgiske avdelinger i sykehus i Hellas.	Kvantitativ metode med bruk av prospektiv, deskriptiv tverrsnittstudie. Utvalget var på 182 sykepleiere og assistenter	Kunnskapsmangel og negative holdninger ble identifisert hos sykepleierne, hovedsakelig assosiert med evaluering av smerte og bruk av medikamenter.	Artikkelen belyser problemstillingen med grunnlag i kunnskapsmangel og negative holdninger til smertelindringen og bruk av medikamenter. Promotere empati hos sykepleierne ble sett på som en nødvendighet i forhold til bedre smerteevaluering hos pasienten
I) Dihle, A., Bjølseth, G. & Helseth, S. (2006). The gap between saying and doing in postoperative pain management. <i>Journal of Clinical Nursing 15</i> (4), 469-479.	Forstå hvordan sykepleiere bidrar til postoperativ smertebehandling, og definere utfordringene for å oppnå den ideelle smertebehandlingen.	Kvalitativ metode med beskrivende design. Semi-strukturerte dybdeintervjuer og observasjoner. Kvalitativ analyse. Utvalget var på 9 sykepleiere.	Studien viste et gap mellom det sykepleiere sa og gjorde i smertelindringen, og dette gapet ble mindre når sykepleierne tok et aktivt grep om tilstanden til pasienten. Dette viste seg å øke kompetansen hos pasientens smertebehandling.	Studien belyser problemstillingen ved å fremvise et gap mellom teoretiske kunnskapen og de praktiske handlingene. Dette gapet kan gjøres mindre ved å knytte teori opp mot praksisen som utøves. Studien fremhever viktigheten av å øke kunnskapen og omsette det til praksis.

3.2 Sammenfattet empiri

Litteraturstudiet bygger på 9 forskningsartikler som tar opp kunnskap og holdninger hos sykepleieren innen postoperativ smertelindring. Hovedtemaene for denne oppgaven er postoperativ smertebehandling, smertekartlegging og vurdering samt forholdet mellom kunnskap og holdninger i møte med pasienten. Postoperative smerter spiller en stor rolle i det postoperative forløpet hos pasienten.

Forholdet mellom kunnskap og holdninger i møte med postoperative pasienter:

Det var få personer i studien som tok hensyn til smertevurderingen til pasienten, selv om de visste at pasienten selv visste best om sin egen smerte (Granheim et al., 2015). To av artiklene poengterer at det er et gap mellom teoretisk kunnskap og de praktiske handlingene (Dihle et al., 2006; Granheim et al., 2015). Bach et al (2018) og Dihle et al (2006) er begge kvalitative studier som poengterer at kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient er fragmentert og kort, som hadde betydning for relasjonen mellom sykepleier og pasient. Pasientenes tegn og uttalelser om smerte, ble ofte ignorert av sykepleier. Ved noen tilfeller viste sykepleiere empati og forståelse, og var rask med å hente medisiner (Bach et al., 2018; Dihle et al., 2006). Noen få sykepleiere som har erfart postoperativ smerte før, viste mer empati og forståelse for pasientens smerte enn sykepleiere som ikke hadde slik erfaring (Kiekkas et al., 2015; Mackintosh-Franklin., 2014). Store deler av sykepleierne knyttet ikke emosjonelle bånd med pasienten (Mackintosh-Franklin, 2014).

Smertekartlegging og vurdering:

Sykepleier vurderte smerten til pasienten ved å tilegne et lavere tall på NRS, enn pasientene sin skår (Granheim et al., 2015; van Dijk et al., 2017). Funn fra flere studier indikerer at sykepleierne sjeldent brukte smertekartleggingsverktøy (Dihle et al., 2006; Bach et al., 2018 & Wikstrøm, Eriksson, Årestedt, Fridlund & Boström, 2014). Det var sjelden å observere at sykepleierne bare vurderte smerten til pasienten med smerteskalaer, men inntok en indirekte fremgangsmåte ved innhenting av informasjon. (Bach et al., 2018 & Wikstrøm et al., 2014). Funnene fra Wikstrøm et al (2014) viste at sykepleiere prioriterte pasienter som ga høye tall på NRS (Wikstrøm et al., 2014). 80% av sykepleierne delaktig i studien, følte seg kompetent i bruk av smertekartleggingsverktøy før utdanningsprogrammet startet (McNamara, Harmon & Saunders, 2012). Studien fra Wikstrøm et al (2014) viser til at redusert kunnskap om smertekartlegging og vurdering, var årsaken til mindre bruk av smerteskalaene (Wikstrøm et al., 2014). Det var sjelden å observere sykepleiere eksplisitt vurdere smerten til pasienten systematisk ved å bruke en smertescore (Bach et al., 2018). Sykepleierne hadde ikke noen rutiner for smerteevaluering etter administrering av medikamenter (Dihle et al., 2006; Bach et al., 2018).

Postoperativ smertebehandling:

Postoperative smerter ble sett på som en normal del av det postoperative forløpet (Mackintosh-Franklin et al., 2014; Bach et al., 2018). Sykepleier ga uttrykk for redsel innen administrering av opioider og fare for bivirkninger som respirasjonsdepresjon eller avhengighet (Granheim et al., 2015; McNamara et al., 2012; Dihle et al., 2006; Rognstad, Johannessen, Kvarstein, Skauge, Undall & Rustøen, 2012). Pasienter med tidligere erfaringer innen kirurgi, var fremdeles bekymret for utvikling av medikamentavhengighet (van Dijk et al., 2017). Ikke-medikamentelle intervensjoner ble ofte brukt som et hjelpemiddel sammen med den medikamentelle behandlingen, eller når det ikke var andre valg enn ikke-medikamentell smertebehandling (Wikstrøm et al., 2014; Bach et al., 2018; Dihle et al., 2006). Resultatene fra undersøkelsen indikerer et behov for mer trening i moderne smertebehandling, inkludert ikke-farmakologiske metoder (Rognstad et al., 2012). Et gap mellom teoretisk kunnskap og praktiske handlinger i smertelindringen ble registrert (Granheim et al., 2015; Dihle et al., 2006). Multimodal smertelindring var bedre enn smertelindring fra enkeltstående medikamenter (Granheim et al., 2015). Selv om sykepleiere hevdet at multimodal smertelindring var effektivt, ble det sjelden gitt i klinisk sammenheng (Dihle et al., 2006).

4. Teori

I dette kapitlet vil det teoretiske rammeverket presenteres. Teorien har bakgrunn i empirien som senere skal analyseres og tolkes. I dette kapitlet skal jeg redegjøre sentrale begreper og tidligere forskning som danner grunnlaget for diskusjon og drøfting. Problemstillingen er: «Hvordan kan sykepleiers kunnskap og holdninger innvirke på smertelindringen hos postoperative pasienter?»

4.1 Smerte

Det har vært mange oppfattelser og teorier om hvordan smerte har vært definert før, og hvordan forståelsen for smerte er i dag. For å forstå helheten og kompleksiteten er det viktig å se på smerte gjennom forskjellige helserelaterte disipliner som medisin, psykologi og sykepleie (Stubhaug & Ljoså, 2008 s. 25).

Den mest brukte definisjonen om smerte er fra International Association for Study of Pain (IASP) og lyder; «Smerte er en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse assosiert med aktuell eller potensiell vevsskade, eller beskrevet som slik skade» (IASP, gjengitt og oversatt i Stubhaug & Ljoså, 2008, s. 25). Almås et al (2016) viser til smerte som høyst subjektiv og er noe som er utenfor andres kontroll. Den som kjenner smerten selv, kan vite hvor lenge eller kort den varer, hvor intens den er, og hvordan den kjennes (Almås et al., 2016).

Smerte kan deles inn under mange forhold, deriblant fysiologiske mekanismer og varighet. Det er vanlig å dele smerter inn i akutte smerter og langvarige smerter eller kroniske smerter (Stubhaug & Ljoså, 2008). Akutte smerter kjennetegnes ved at de opptrer med en varighet fra minutter og opptil tre måneder. Langvarige smerter eller kroniske smerter er smerter som har hatt en varighet på tre måneder, uten håp om at de skal forsvinne av seg selv (Almås et al., 2016).

4.2 Smertefysiologi

Nocisepsjon er et begrep innen nevrofysiologi, og betegnes som en vevsskadelig stimulus. Denne stimulusen aktiverer nerveceller som kalles for nociseptorer, og aktiviteten i nervebanene har betegnelsen nocisepsjon (Stubhaug & Ljoså, 2008 s. 26). Nociseptive smerter blir utløst når det skjer en stimulering av de nevnte nervecellene ved vevsødeleggelse, eller en prosess som kan lede til vevsødeleggelse. Dette er den vanlige og nødvendige reaksjonen på vevsskade. Smerten kan oppstå ved direkte mekanisk stimulering av nociseptorene eller stimulering av kjemiske substanser, på grunn av skaden eller den antatte vevsødeleggelsen, som blir produsert i vevet (Almås et al., 2016).

Signaler fra det skadede vevet blir registrert i nociseptorene, og ledes videre inn til ryggmargens bakhorn. Sensoriske nervefibre leder impulsene videre oppover mot hjernen, nærmere bestemt thalamus. Fra thalamus blir signalet ledet til en rekke

områder i hjernen, deriblant hjernebarken, hvor signalene blir lokalisert og analysert (Almås et al., 2016).

Det er ikke nødvendigvis slik at samtlige smerteimpulser når hjernebarken. Smerten kan hemmes via nedadgående nervebaner. Impulser fra hjernen gjør at mengden av kroppsproduserte opioider øker i ryggmargens bakhorn, som igjen fører til smerteoverføringen oppover i sentralnervesystemet, blokkeres. Opioidene binder seg til opioidreseptorer som hemmer signaloverføringen av smertestimuli. Produksjonen av opioider og reseptorenes evne til å binde opioider varierer både hos en og samme person og fra person til person. Det kan være en av årsakene til at behovet for analgetika varierer ved tilstander som ellers kan sammenlignes, for eksempel etter bestemte skader og operasjoner (Almås et al., 2016). Det kan forklares med at disse smertehemmende mekanismene kan aktiveres av medikamenter som opioider (Stubhaug & Ljoså, 2008).

4.3 Postoperative smerter

«Postoperative smerter defineres primært som akutt smerte forårsaket av vevsskade assosiert med kirurgi» (Holm & Kummeneje, 2009, s. 68). Selv om postoperativ smerte er en forventet smerte, kan den gi angst og ubehag hos pasienten, som medfører at han ikke vil være så aktiv som han bør være. Er pasienten smertefri postoperativt, vil han komme seg raskere. Derfor er det viktig å behandle postoperativ smerte i forkant. En kan da oppleve at mange pasienter vil ha et mindre behov for smertelindring i tilhelingsperioden (Holm & Kummeneje, 2009). De fleste som skal opereres, forventer at de får smerter postoperativt. For dårlig smertelindring postoperativt har en negativ effekt på rehabilitering, og den kan være med på å forverre det postoperative forløpet da pasienten vil være i mindre aktivitet.

Wøien & Strand (2008) skiller mellom to ulike former for postoperativ smerte. Disse to er grunnsmerte og gjennombruddssmerte. Grunnsmerten er en konstant smerte som følger av vev- og nerveskade som resultat etter all type kirurgi, mens gjennombruddssmerte oppstår ved bevegelse eller hosting og lignende, som krever ekstra smertebehandling i tillegg til grunnbehandlingen (Wøien & Strand, 2008).

4.4 Postoperativ smertebehandling

4.4.1 Medikamentell smertebehandling

Ved medikamentell smertebehandling er målet for pasienten å oppnå best mulig smertelindring postoperativt, hvor bruk av multimodal smertelindring blir mer og mer brukt. Pasienten skal etter prinsippene for multimodal smertelindring, få en kombinasjon av flere medikamenter som har ulike virkningsmekanismer (Holm & Kummeneje, 2009).

Almås et al (2016) hevder at ved behandling av sterke smerter, har opioider en sentral plass. Pasientene kan respondere ulikt på opioider, dermed burde dosering og smertebehandlingsplan individualiseres og justeres etter manglende effekt. En viktig del av sykepleierens behandlende funksjon er administrering av legemidlene, observasjon av virkning og eventuelle bivirkninger (Almås et al., 2016).

Individualisering av smertebehandlingen er et prinsipp som det legges stor vekt på. Smerten til pasienten skal vurderes, registreres, behandles, og smertebehandlingen skal

etter behov endres og evalueres. Dette angår valg av administrasjonsform, legemidler, dosering og doseringsintervaller. WHO`s smertetrapp illustrerer hvilke typer legemidler som kan benyttes, utifra intensiteten på smerten. Trappen er generell, men inneholder ulike legemiddelanbefalinger utifra typer smerter pasienten har (Almås et al., 2016).

4.4.2 Ikke-medikamentell smertebehandling

Smerter kan i mange situasjoner lindres uten form for medikamentell behandling. Ikke-medikamentell behandling. Mange ikke-medikamentelle metoder for smertelindring er i omfattende bruk, både de med godt dokumentert effekt, og metoder som erfaringsmessig og med delvis støtte i forskningsresultater har virkning (Almås et al., 2016, s. 392).

4.4.3 Kartlegging av postoperativ smerte

Kartlegging og vurdering er en viktig sykepleieoppgave og vil være avgjørende for å kunne gi pasienten tilfredsstillende smertelindring (Almås et al., 2016). Ved akutte smerter kan det være smerteintensitet, årsak til smerten samt type smerter som er relevant å kartlegge. Målet med systematisk smertekartlegging er at den enkelte pasient skal motta individuell og optimal smertebehandling. Oppfatningen av pasientens smerte skal være grunnlaget for smertekartleggingen (Torvik, Skauge & Rustøen, 2008).

Almås et al (2016) hevder at en grundig og nøye kartlegging av smertene til pasienten, danner grunnlaget for å planlegge, iverksette og evaluere og individuelt tilpasset smertebehandling (Almås et al., 2016).

Det er i dag forskjellige hjelpemidler og verktøy til å kartlegge smerte systematisk, og er basert på selvrapporing. Forskjellige smertekartleggingsverktøy kan grovt sett deles inn i to hovedkategorier: endimensjonale og flerdimensjonale skalaer. De endimensjonale skalaene måler i stor grad bare smerteintensiteten, mens de flerdimensjonale måler forskjellige dimensjoner ved smerte. De mest anvendte smertekartleggingsverktøyene i studien er endimensjonale verktøy som Visuell analog skala (VAS) og Visuell numerisk skala (NRS) (Rustøen et al., 2008).

4.4.4 Sykepleierens ansvar og rolle i postoperativ smertelindring

Sykepleiere har en viktig rolle i helsevesenet. Almås et al (2016) viser til at sykepleiere administrerer forordnede legemidler og evaluerer virkning og eventuelle bivirkninger. Dette skal sykepleieren rapportere og dokumentere til legen. Sykepleieren skal vurdere pasientens situasjon, eventuelle medikamentelle og ikke-medikamentelle smertelindrende tiltak skal settes i verk, og han eller hun skal planlegge behandlingen videre (Almås et al., 2016).

4.5 Kunnskap og holdninger

4.5.1 Kunnskap

Kristoffersen (2011) hevder at begrepet kunnskap kan forklares med ord som kjennskap, viten, lærdom og innsikt. Innholdet i kunnskapsbegrepet ligger nært opp til begrepet kompetanse som defineres som skikkethet og dyktighet. Å være kompetent vil si å være kvalifisert til å ta beslutninger og handle innen et funksjons- eller myndighetsområde. Felles for personalet på arbeidsplassen, vil det være behov for individuell faglig oppdatering gjennom kurs og internundervisning. Å holde seg oppdatert på den nyeste forskningen er en viktig side ved faglig fordypning, og særlig viktig for sykepleieutøvelsen på arbeidststedet (Kristoffersen, 2011).

Grunnlaget for yrkesutøvelsen til sykepleiere er kunnskapsbasert praksis.

Kunnskapsbasert praksis er å basere fagutøvelsen på forskningsbasert kunnskap, ervervede erfaringer og brukerkunnskap og medvirkning. Forskningsbasert kunnskap finner sykepleieren i bøker, vitenskapelige rapporter, tidsskrifter og nettbaserte kilder.

Erfaringskunnskap erverves gjennom et langt yrkesliv, knyttet til konkrete situasjoner som er praksisnære. Utviklingen av denne kunnskapen skjer ved systematisk og kritisk refleksjon over egne erfaringer som sykepleier (Kristoffersen, 2011).

Brukermedvirkning innbefatter hensynet til ønskene og behovene til pasienten. Gjennom kommunikasjon og samhandling med den enkelte pasienten, må sykepleieren søke å få fatt på brukerkunnskapen (Kristoffersen, 2011).

4.5.2 Holdninger

Begrepet holdning kan være et begrep som kan være vanskelig å definere, og det er vrient å tilegne en enkel definisjon siden det ikke lar seg måle. Holdninger kan defineres som «en relativt vedvarende måte å organisere våre tanker, følelser og handlinger på» (Kaufman, gjengitt i Ohnstad, 2010, 231). Ohnstad (2010) hevder at en holdning består av tre ulike komponenter. Disse er kognitiv komponent, følelsesmessig komponent og atferdskomponent. Den kognitive komponenten består av hvordan tankene våre er om en sak og en gruppe mennesker. Den følelsesmessige komponenten handler om hvordan den emosjonelle reaksjonen er hos oss. Det kan ved spesifikke situasjoner vekke avsky eller glede. Den atferdsmessige komponenten handler om hvordan vi reagerer med en bestemt atferdstype i møte med en konkret situasjon (Ohnstad, 2010). Ohnstad (2010) skriver at holdninger kan knyttes til hva som er de gjeldende oppfatningene i samfunnet, men og til problemstillinger en finner i vitenskapen. Holdninger skapes gjennom kulturen og miljøet en er i, og kan endres gjennom ny kunnskap. Ved tilførsel av ny kunnskap vil en av komponentene endres, enten tankene, følelsene eller atferden, noe som kan skape ustabilitet i ens holdninger (Ohnstad, 2010).

4.6 Joyce Travelbees sykepleieteori

Sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee forholder seg til ethvert menneske som unik, og er preget av den oppfatningen at mennesket er enestående og uerstattelig. Opplevelsen av lidelse og tap står som er en fellesmenneskelig erfaring står sentralt i sykepleiesammenheng. Joyce Travelbee sin sykepleiedefinisjon er kjent og allment

akseptert og som bygger på et eksistensialistisk menneskesyn i det faktum at lidelse og smerte er en del av et menneskes liv (Kristoffersen, 2011).

4.6.1 Etablering av menneske-til-menneske-forhold til pasienten

Travelbee hevder at sykepleiens mål og hensikt kan bare oppnås gjennom etablering av menneske-til-menneske-forhold. For å kunne etablere et slikt forhold, må sykepleier og pasient overvinne stadiet der de betrakter seg som roller og bevege seg inn til et nytt stadie der de forholder seg til hverandre som unike personer (Kristoffersen, 2011).

Empati: Travelbee skriver at empati er «evnen til å trenge inn i eller ta del i og forstå den psykiske tilstanden som en annen person er i der og da» (Kristoffersen, 2011, s. 220). Empati bygger på likheter hos partenes erfaringsgrunnlag, der evnen til empatisk forståelse av situasjonen til et annet menneske, er avhengig av og begrenset av likheter i erfaringsbakgrunnen (Kristoffersen, 2011).

4.6.2 Kommunikasjon

Ifølge Travelbee i Kristoffersen (2011) er kommunikasjon er et av sykepleierens viktigste redskaper når det kommer frem til å etablere et ordentlig menneske-til-menneske-forhold. Sykepleieren blir kjent med pasienten som person gjennom kommunikasjonen. I denne prosessen kan det være en utfordring å finne fram til det som skiller den ene særskilte pasienten fra de tidligere pasientene. Sykepleieren må være i stand til å skille sine egne behov fra pasienten sine behov. Å bli kjent med pasienten som person, og å kunne identifisere hans særegne behov, er en forutsetning for å kunne planlegge og utføre en sykepleie som er i samsvar med hans behov (Kristoffersen, 2011).

4.6.3 Den profesjonelle kommunikasjonen

Profesjonell kommunikasjon er personorientert og faglig fundert. Personorientert kommunikasjon krever at en lytter aktivt og ser den andre som en unik person. Personorientert kommunikasjon handler om å forholde seg åpent til den andre parten som et unikt menneske, noe som forutsetter at en er oppmerksomt til stede og lytter godt, også til det som kommuniseres non-verbalt (Eide & Eide, 2017).

5. Diskusjon

5.1 Innledning til diskusjon

Faktorer som postoperativ smertebehandling, smertekartlegging og vurdering og forholdet mellom kunnskap og holdninger i møte med pasienten vil bli drøftet og utfordringene som kan dukke opp, vil bli belyst. Målet med oppgaven er å komme frem til ulike synspunkter innenfor kunnskap og holdninger hos sykepleierne, og hvilken innvirkning den har på postoperativ smertelindring

Sykepleiere møter pasienter som har gjennomgått operasjoner, og står dermed i en særskilt posisjon til å behandle postoperative smerter, og samtidig forhindre at smertene blir verre, i verste fall kroniske. Sykepleieren er den som tilbringer mest tid med pasienten, og inntar en bestemt rolle innen den postoperative smertelindringen hos pasienten.

5.2 Postoperativ smertebehandling

Ved medikamentell smertebehandling er målet for pasienten å oppnå best mulig smertelindring postoperativt, hvor bruk av multimodal smertelindring blir mer og mer brukt. Pasienten skal etter prinsippene for multimodal smertelindring, få en kombinasjon av flere medikamenter som har ulike virkningsmekanismer (Holm & Kummeneje, 2009). WHO`s smertetrapp illustrerer hvilke legemidler bør benyttes, basert på intensiteten i smerten hos pasienten (Almås et al., 2016). De fleste sykepleierne i studien til Dihle et al (2006) la vekt på fordelene med den raske og gode effekten av opioid gitt intravenøst, og uttalte i tillegg at de vanligvis ga paracetamol med jevne mellomrom som et medikament i bunn. Observasjonene avslørte imidlertid at sykepleierne sjelden ga paracetamol regelmessig (Dihle et al., 2006). Sykepleierne og sykepleierstudentene i Granheim et al (2015) gjennomførte en spørreundersøkelse der spørsmål om multimodal smertelindring kan gi bedre smertekontroll enn bruk av ett smertestillende legemiddel. 90% av deltakerne svarte riktig på dette spørsmålet (Granheim et al., 2015). Utifra funnene tyder det på at sykepleiere hadde god kunnskap innen multimodal smertelindring, og kan indikere at dette er et tema som sykepleiere har kompetanse om. Men på en annen side viste studien til Dihle et al (2006) at sykepleierne ikke omsatte den teoretiske kunnskapen om til praktiske handlinger. Det kan være vanskelig å trekke en slutning om hvorfor det er slik, men det kan enten vitne om en mangel på kunnskap, eller dårlige holdninger innen postoperativ smertelindring.

Pasientene kan respondere forskjellig på opioider. Dermed burde dosering og smertebehandlingsplan individualiseres og justeres etter manglende effekt (Almås et al., 2016). Basert på pasienthistoriene i studien til Granheim et al (2015) viser funn at sykepleiere og sykepleierstudenter var mer tilbøyelig til å gi mer morfin til pasienter som hadde fysiske tegn på smerte, enn pasienter som smilte. Ved dette tilfellet viste resultatene at sykepleiere ga en ineffektiv dose, eller avsto til å gi mer morfin hos enkelte pasienter. Til tross for dette, visste sykepleiere og sykepleierstudentene at neste dose med opioider skulle økes ved indikasjoner hos pasienten (Granheim et al., 2015).

Sykepleiere i studien til Kiekkas et al (2015) fikk spørsmålet om når en dose med opioider er gitt, bør påfølgende doser justeres i samsvar med responsen til pasienten (Kiekkas et al., 2015). 85.7% av sykepleierne svarte riktig på spørsmålet. Dette kan tyde på at det var likheter i tankegangen til sykepleierne, men ved enkelte tilfeller, ble ikke kunnskapen omsatt til praktiske handlinger. Hva er grunnen til det? Forverring av pasientens helsetilstand kan gi økte liggetid og utvikling av kroniske smerter.

Opioidproduksjonen og reseptorenes evne til å binde opioider, er ulik fra person til person. Det kan være årsaken til at behovet for opioider varierer, til tross for lik operasjon. Det anbefales at opioider spares til opplevelse av sterke smerter, siden opioider har mange bivirkninger. Sterke smerter og sterke smertestillende, kan føre til et komplisert forløp hos pasienten, og dermed er det viktig med kunnskap innen dette, for å kunne vurdere hva som er best for pasienten (Almås et al., 2016). Selv om pasientene hadde gjennomgått kirurgi før, og smertene ble behandlet av helsepersonell, var det fortsatt bekymringer for avhengighet av smertebehandlingen hos pasientene i studien (van Dijk et al., 2017). Dette kan tyde på at pasienter som har erfart kirurgi før, var redd for å utvikle avhengighet.

Sykepleierne i studiene til (Granheim et al., 2015; Dihle et al., 2006; McNamara et al., 2012) var redd for avhengighetsdannelse av opioider, eller engstelig for respirasjonsdepresjon etter administrasjon hos pasientene. Granheim et al (2015) fremhevet at kunnskapen om respirasjonsdepresjon og dens konsekvenser var tilstede, men i klinisk sammenheng gikk denne kunnskapen bort (Granheim et al., 2015). Sykepleiere var redd for respirasjonsdepresjon, men visste at det forekom sjelden (Dihle et al., 2006). Tilsvarende funn ble funnet i studien til McNamara et al (2012) der opiofobi var representert i 1/3 av respondentene, noe som kan indikere en reell redsel for opioidavhengighet og respirasjonsdepresjon hos pasienten. Imidlertid viste studien at sykepleiere som deltok på utdanningsprogram for akutt smerte, forbedret sin kunnskap og holdninger ved bruk av opioider (McNamara et al., 2014). Dette kan tyde på at resultatene fra studiene indikerer en kunnskapsmangel på bruk av opioider og dens bivirkninger. På en annen side kan deltakelse på smerteprogram fremme nødvendig kompetanse hos sykepleieren i arbeid med smertepregede pasienter. Ifølge funn fra ressursamtalen hadde ressurspersonen til dels lik erfaring som sykepleierne i studiene. I starten av arbeidsperioden på sykehuset fortalte ressurspersonen en tilsvarende skepsis overfor administrering av opioider.

Et annet essensielt aspekt innen postoperativ smertelindring, er bruk av ikke-medikamentelle metoder. Smerte kan i mange situasjoner lindres ved hjelp av ikke-medikamentell smertebehandling (Almås et al., 2016). Studiene til (Wikstrøm et al., 2014; Bach et al., 2018; Dihle et al., 2006) viser til bruk av ikke-medikamentelle metoder i den postoperative smertelindringen. Resultatene fra de ulike studiene indikerer at sykepleiere var bevisste på at ikke-medikamentelle metoder kunne anvendes når den medikamentelle behandlingen kom til kort. Dette støtter mine erfaringer og observasjoner fra praksis der sykepleier benyttet ispakninger ved hevelse på foten, og det å være tilstede i rommet ga pasienten et avbrekk fra smerten. Refleksjonene mine er at ikke-medikamentelle intervensjoner har fra minimale til ingen bivirkninger, noe som var hensiktsmessig for pasientens helse og velvære.

5.3 Smertekartlegging og vurdering

Sykepleieren administrerer forordnede legemidler og evaluerer virkning og eventuelle bivirkninger på bakgrunn av vurderingene (Almås et al., 2016). Revurdering av smerten til pasienten i den hensikt å evaluere effekten av smertebehandlingen, var ikke en utbredt praksis blant sykepleiere. Sykepleier foretok heller en indirekte metode ved å observere graden av aktivitet hos pasienten (Bach et al., 2018). Lignende funn ble avdekket i studien til Dihle et al (2006) der observasjonen av sykepleierne viste at pasienter som fikk medikamenter administrert intravenøst, ble evaluert. Svært sjelden ble det foretatt noen revurdering etter å ha gitt tabletter eller stikkpiller, selv om sykepleierne sa at de vanligvis gjorde det i intervjuet (Dihle et al., 2006). Litt over halvparten (57%) av sykepleierne, rapporterte at de vurderte smerter veldig ofte for å gi bedre smertebehandling (Rognstad et al., 2012). Funnene kan bli tolket som en mangel på kunnskap om effektiv smertebehandling, samtidig som enkelte sykepleiere benyttet evaluering av smertebehandlingen. Dette tyder på at det er varierende grad av kompetanse hos de ulike studiene, noe som kan resultere i variasjon i sykepleieutøvelsen. McNamara et al (2012) sin artikkel uttrykker imidlertid at sykepleiere som hadde gjennomgått et utdanningsprogram om akutt smerte, forbedret kunnskapen og holdningene til smertevurdering og smertehåndtering hos pasienten (McNamara et al., 2012). Kompetanseutvikling kan arrangeres på arbeidsplassen i den hensikt å øke kompetansen i bestemte fagområder (Kristoffersen, 2011). 20% av sykepleierne var fornøyd med den årlige oppdateringen om smertelindring for pasienter med postoperative smerter (Rognstad et al., 2012). Ifølge funn i ressursamtalen er dette fordelaktig, da erfaring tilsier at det ofte arrangeres kurs i regi av fagutviklingssykepleier på avdelingen med det formål å øke kunnskapen innen ulike temaer. Sykepleierne forbedret kompetansen, og var mer oppmerksom på områder innen smertelindringen og praksisen som utøves blant sykepleiere. Men spørsmålet er hvor lenge den nye kompetansen varer?

Almås et al (2016) fremhever at smerte er subjektivt og International Association for the Study of Pain (IASP) (gjengitt og oversatt i Stubhaug & Ljosa, 2008, s. 25) sin definisjon av smerte er utenfor andres kontroll. Den som kjenner smerten best vet hvor lenge og kort den varer, intensiteten, og hvordan den kjennes (Almås et al., 2016). Pasienthistoriene illustrert i studien til Granheim et al (2015) ble det avdekket et gap mellom teoretisk kunnskap og praktisk handling. Funnene fra studien viste at få sykepleiere tok hensyn til pasientens egen smertevurdering, selv om de tidligere hadde sagt at pasientens vet best om sin egen smerte. Basert på pasienthistoriene satte sykepleierne et lavere tall på NRS enn det pasientene ga på samme skala (Granheim et al., 2015). Lignende funn ble avdekket i studiet til Bach et al (2008) som viste at pasientene avga en skår på 9 på VAS, selv om de kunne gå uhemmet og upåvirket av smerte. Sykepleierne uttrykte en skepsis på hva pasienten sa, og baserte smertekartleggingen på aktiviteten hos pasienten (Bach et al., 2018). Sykepleiere ble spurt om hvilken prosentandel av smerteskåren som stemte overens med deres inntrykk av smerten til pasienten og fant gjennomsnittet til å være 63%. Nesten en tredjedel av sykepleierne var uenige med pasientens egen smertevurdering (van Dijk et al., 2017). Det kan tyde på at det er et skille mellom subjektiviteten til pasienten og smertevurderingen hos sykepleieren. I ressursamtalen poengterte ressurspersonen at den systematiske smertekartleggingen skal baseres på smerteopplevelsen til pasienten. Det viktigste var å observere nedgangen på NRS, noe som indikerte en bedret smertetilstand.

Ifølge de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere skal sykepleie baseres på blant annet brukerkunnskap (NSF, 2019). Kristoffersen (2011) beskriver brukerkunnskap som et hensyn til ønskene og behovene til pasienten. Sykepleieren må innhente brukerkunnskap gjennom kommunikasjon og samhandling med pasienten (Kristoffersen, 2011). I studien til Dihle et al (2006) viste funn i retning av at det var forskjell på hva sykepleiere sa, og hva de faktisk gjorde med tanke på smertevurdering. Sykepleiere fortalte at de baserte smertekartleggingen på direkte kommunikasjon med pasienten, særlig de non-verbale tegnene. Observasjonene fra forskerne peker i retning av at sykepleierne valgte ulike metoder innen smertevurderingen. Enkelte sykepleiere uttrykket at hvis pasienten ikke sa noe om smerten, ble det tolket som alt var i orden (Dihle et al., 2006). Studien avdekket at sykepleiere henvendte seg til pasienter med smerter på ulike måter. Enkelte sykepleiere brukte en aktiv tilnærming. Dette begrepet ble karakterisert ved en åpen og direkte kommunikasjon om smerten.

Funnene indikerer at brukerkunnskapen ikke ble tatt hensyn til i disse eksemplene. Lignende funn ble gjort i min kirurgisk praksis der sykepleiere enkelte ganger benyttet seg av indirekte spørsmål som «Hvordan går det?», og fikk ingen svar om smerten. Sykepleier oppfordret pasienten til å ringe på ved opplevelse av smerte. Dette kan fremheve viktigheten av å være direkte i kommunikasjonen i lag med pasienten.

Videre funn avdekker at 86% av sykepleierne rapporterte at pasientene ofte, eller svært ofte fikk god smertelindring. Rognstad et al, (2012) trekker frem en annen norsk undersøkelse der 38% av pasientene ga en skår på 4 eller mer på NRS den første postoperative dagen. Rognstad et al, (2012) sier at en så stor andel av respondentene mente at smertebehandlingen var tilfredsstillende mens smerter ofte er vist å være høye hos kirurgiske pasienter, kan indikere at helsepersonell undervurderer pasientens smerte (Rognstad et al, 2012). Dette kan tyde på at sykepleiere fra begge studiene undervurderer smerten til pasienten, noe som setter spørsmålsteget på holdningen om at pasientens smerte er subjektiv, og bare pasienten selv vet best om sin egen smerte. Ifølge Rustøen et al (2008) skal smertekartleggingen basere seg på oppfattelsen av smerten hos pasienten, og ikke på erfaringer eller tanker hos sykepleieren (Rustøen et al., 2008).

Sykepleieren skal ifølge Kristoffersen (2011) arbeide kunnskapsbasert og basere sin yrkesutøvelse på forskning, og at sykepleiere skal forholde seg oppdatert på den nyeste forskningen innen sitt fagfelt (Kristoffersen, 2011). I studien til Dihle et al (2006) uttrykte sykepleierne at de kjente til smertekartleggingsverktøyene, men ble ikke benyttet i forbindelse med smertekartleggingen (Dihle et al., 2006). Årsaken til at kartleggingsverktøyene ikke ble benyttet, kommer ikke fram i studien. Funn fra Wikstrøm et al (2014) viser til at sykepleiere uttrykte usikkerhet ved anvendelsen av smertekartleggingsverktøy. En beskrevet risiko var at de la sine egne verdier til smerterangeringen til pasienten. Mangel på kompetanse og utdanning ble oppfattet som en grunn til at helsepersonell ikke valgte å anvende smerteskalaen (Wikstrøm et al., 2014).

Siden årsaken fra funnet til Dihle et al (2006) er ukjent, blir det vanskelig å trekke en bestemt slutning, men det kan indikere at begge studiene har et likt problemområde med at mangel på utdanning kan være årsaken. McNamara et al (2012) viser til at deltakelse på et akutt pedagogisk smerteprogram forbedret kunnskapen, ferdighetene og holdningene til smertevurdering og håndtering hos sykepleieren (McNamara et al., 2012). Dette kan tyde på en uforsvarlig utøvelse av sykepleie kan lede til økt lidelse og

nedsatt omsorg for pasienten. Den økte kompetansen poengteres gjennom deltakelse på utdanningsprogram.

5.4 Forholdet mellom kunnskap og holdninger i møte med pasienten

Ifølge Travelbee kan bare sykepleiens mål og hensikt oppnås gjennom etablering av et menneske-til-menneske-forhold, og dette skjer gjennom flere faser (Kristoffersen., 2011, s. 220). For å kunne etablere et slikt forhold, må sykepleier og pasient overvinne stadiet der de betrakter seg som roller og bevege seg inn til et nytt stadiet der de forholder seg til hverandre som unike personer. I det tidspunktet sykepleieren ser på pasienten som en unik person, da vil sykepleieren ha en større sjanse til å etablere empati overfor pasienten (Kristoffersen, 2011).

Funn fra studiene til (Dihle et al., 2006; Mackintosh-Franklin et al, 2014; Bach et al (2018) viser sykepleiere uttrykket begrenset empati sammen med pasienten. Studien til Mackintosh-Franklin et al (2014) fremhevet at sykepleiere hadde et teknisk syn på smerten. Smertelindringen ble ikke sett på som en stor hindring med mindre det involverte bruk av invasive hjelpemidler. Pasienter som ikke anvendte smertepumpe eller andre midler som hadde et invasivt aspekt, fikk mindre oppmerksomhet og ble tatt mindre hensyn til. Selv om pasienten gjennomgikk samme prosedyre fikk de ikke samme oppmerksomhet som pasienter med invasive metoder. Dette ble sett på av deltakerne som en ikke ideell måte å møte smertelindringen på (Mackintosh-Franklin et al, 2014). Resultatet fra Mackintosh et al (2014) kan tyde på at sykepleiere dirigerer sin oppmerksomhet til de tekniske pasientene, mens de andre kommer i glemmeboken. Pasientene kan føle på en utrygghet og mistillit til sykepleier med egne preferanser.

Kristoffersen (2011) skriver at brukermedvirkning omfatter et hensyn til pasientens ønsker og behov og medbestemmelse (Kristoffersen, 2011). Ifølge studiene til (Bach et al., 2018 & Mackintosh-Franklin et al, 2014) ble smerten ansett som et fenomen en kunne forvente og var normalt etter en operasjon. Det ble sett på som en vanlig del av det postoperative forløpet. Mackintosh-Franklin (2014) understreker i funnene sine at sykepleiere så på smerte som en uvilkårlig prosess som pasienter må gjennom. Dette er et spesielt viktig funn siden sykepleierne føler at postoperativ smerte var en «normal» del av pasientopplevelsen, da det kan være mulig at motivasjonen for å gjøre noe med smerten kan være begrenset (Bach et al., 2018; Mackintosh-Franklin, 2014). Ut fra funnene kan det tyde på motstridende kunnskap mellom teori og empiri. Erfaringen min fra praksis var at sykepleierne levde etter det idealet om at helsepersonell må arbeide kunnskapsbasert med særlige hensyn rettet mot brukerens ønsker og behov.

Videre viser sykepleiere i studien til Mackintosh-Franklin (2014) at sammenhengen mellom mengden smerte som deltakerne forventet at pasienter skulle oppleve var i forhold til prosedyren de hadde gjennomgått. Mengden med smerte skulle korrelere med størrelse på inngrepet. Deltakerne ga også uttrykk for at dette ikke var en god egenskap. Enkelte sykepleiere tenkte at jo mindre operasjon, desto mer smerte. Følgelig ble fokuset for smertehåndtering delvis styrt av den underliggende troen fra de enkelte sykepleierne (Mackintosh-Franklin, 2014). Holdningene våre styres av blant annet en kognitiv komponent som omfatter hva vi tenker om en sak eller en gruppe mennesker (Ohnstad, 2010). Det kan tyde på at holdningene til de ulike sykepleierne er satt av tanker om smertesituasjonen til de ulike pasientene. Utifra funnene kan det tyde på at jo mer

«teknisk» var, desto mer empati og oppmerksomhet gikk til pasienten. Min erfaring fra praksis var at enkelte pasienter hadde smertepumper som trengte ekstra tilsyn, men det gjorde de ikke mer disponert for bedre postoperativ smertelindring for det. Dette kan tolkes som at sykepleierne så på hver enkelt pasient som unik.

Holdninger består av en kognitiv, følelsesmessig og en atferdsmessig komponent. Den kognitive komponenten kontrollerer hva vi tenker om en sak (Ohnstad, 2010). Dihle et al (2006) viser til at i sykepleierutdanning og kliniske settinger arrangerer kurs til å fremme kunnskap og smertehåndtering, samt empati og empatisk kommunikasjon i forhold til smerte (Dihle et al., 2006). Holdninger endres gjennom ny kunnskap, ved at følelsene eller atferden endres (Ohnstad, 2010). Sykepleiere som deltok på etterutdanningsprogram, hadde signifikant høyere KASRP-resultat (Kiekkas et al., 2015). McNamara et al (2012) sine funn tyder på at en mer kontinuerlig og aktiv rolle i formidling av utdanning om smertebehandling og vurdering kan resultere i opprettholdelse av positive holdninger til smertebehandling (McNamara et al., 2012). Deltakelse på utdanningsprogram kan resultere i en økning av kunnskap og bedre holdninger i sammenheng med den postoperative smertelindringen. Dette kan tyde på at tilførsel av ny kunnskap kan påvirke sykepleierens holdninger, noe som ender opp i ny og bedre atferd.

Yrkesetiske retningslinjer påpeker at sykepleiere skal utøve sykepleie basert på kunnskapsbasert praksis (NSF, 2019). Travelbee forteller i Kristoffersen (2011) at sykepleiers mål kan oppnås ved etablering av et menneske-til-menneske-forhold til pasienten. Begrepet empati inngår i denne prosessen og bygger på likheter i partenes erfaringsgrunnlag, og evnen til empatisk forståelse av et annet menneskes situasjon. Det er derfor til en viss grad avhengig av likheter i erfaringsgrunnlaget. Erfaringskunnskap er kunnskap som er innhentet gjennom et langt yrkesaktivt liv (Kristoffersen, 2011). Som vist i studiene til (Mackintosh-Franklin., 2014; Kiekkas et al., 2015) uttrykker sykepleiere med personlige erfaringer omkring smerte, mer empati og forståelse for pasienter som var smertepåvirket enn sykepleiere som ikke hadde erfart smerte selv (Mackintosh-Franklin., 2014; Kiekkas et al., 2015). I studien til Kiekkas et al (2015) utførte en kvantitativ studie som undersøkte kunnskap og holdninger hos sykepleiere gjennom bruk av spørreskjemaet KASRP. Funnene indikerer at sykepleiere med personlige erfaringer om smerte, skåret høyere enn sykepleiere som ikke hadde slik erfaring (Kiekkas et al., 2015). Dette kan tyde på at sykepleiere kan inneha økt kunnskap og kan vise mer empatiske holdninger enn sykepleiere som ikke har personlig erfaring innen smerte. Funn fra ressursamtalen viser at sykepleiere som har jobbet lenge med bred erfaring innen smertelindring, snakket ut fra personlige erfaringer om smerte, og underviste kolleger om viktigheten av å ta pasienten på alvor når det kom til smertepåvirkningen.

Ifølge Kristoffersen (2011) beskriver Travelbee kommunikasjon som et av de viktigste verktøyene en sykepleier kan ha ved etablering av et menneske-til-menneske-forhold sammen med pasienten. Sykepleier og pasient blir kjent med hverandre gjennom kommunikasjon. Å identifisere behovene til pasienten, er en forutsetning for å utøve god sykepleie, hevder Travelbee (Kristoffersen, 2011). I studien til Bach et al (2018) var det som oftest sykepleierne som startet samtalen. Men kommunikasjonen omkring smerte som tema var kort, fragmentert og uten detaljerte spørsmål. Pasienter brukte non-verbale kommunikasjon til å uttrykke smerte, ved å dra i beina, henge på stolen og lage lyder som tydet på å være smerte. Da pasienten uttrykte non-verbale tegn på smerte, reagerte sykepleierne forskjellig. Noen sykepleiere tilbød smertelindring ved medisiner,

mens andre ignorerte eller feiltolket disse tegnene (Bach et al., 2018). Dette kan tyde på mangel på kommunikasjonsferdigheter hos sykepleieren. På den andre siden kan smertelindringen bli påvirket negativt av de ulike holdningene til sykepleierne.

I studien til Dihle et al (2006) bar intervjuene preg av god kompetanse fra sykepleierne ved verbal og non-verbal kommunikasjon hos pasienter med postoperative smerter. Under observasjonen ble forskjellige måter å kommunisere om smerte på. Enkelte sykepleiere stilte direkte spørsmål som «Hvordan er smerten i dag?». Dette førte til dialog relevant for opplevelsen av smerten hos pasienten. Andre sykepleiere stilte indirekte spørsmål om smerten som «Hvordan går det?». Slike spørsmål ville ikke fremme kommunikasjon eller relevante kommentarer fra pasientens side like mye som direkte (Dihle et al., 2006). Eide & Eide (2017) peker på betydningen av personorientert kommunikasjon som forutsetter at man er oppmerksomt til stede, lytter godt både til det den andre sier og hva som den andre uttrykker non-verbalt (Eide & Eide, 2017). Empati blir karakterisert av Travelbee i Kristoffersen (2011) som "evnen til å trenge inn i eller ta del i og forstå den psykiske tilstanden som en annen person er i der og da (Kristoffersen, 2011). Resultatene fra studiene kan tolkes i den retning at kunnskap om verbale og non-verbale kommunikasjonsferdigheter hos enkelte sykepleiere kan være redusert. På en annen side hadde enkelte sykepleiere tilstrekkelig kunnskap om kommunikasjon, men yrkesutøvelsen bar preg av noe annet. Mine observasjoner fra praksis var at enkelte sykepleiere underviste om viktigheten av et positivt kroppsspråk med klar og tydelig tale. Da en pasient satt i korridoren med tydelige smerter, gikk sykepleieren bort og satte seg ned og la en støttende hånd på skulderen og spurte: «Hvordan er smerten nå?». Dette kan tolkes som at sykepleieren hadde gode kommunikative evner.

6. Konklusjon

I dette kapittelet skal det utdypes en konklusjon med bakgrunn i problemstillingen til oppgaven problemstilling: «Hvordan kan sykepleiers kunnskap og holdninger innvirke på smertelindringen hos postoperative pasienter?» Til tross for et bredt spekter av tiltak som er tilgjengelige i smertelindringen, fortsetter pasientene å oppleve smerte postoperativt. Artiklene har i stor grad omhandlet sykepleierens kunnskap og holdninger om smertelindring med ulike fokus innen postoperativ smertelindring.

Forskningen viser til dels mangelfull bruk av smertekartleggingsverktøy og evaluering av smerte hos pasienten. Funn fra enkelte studier viser at sykepleierne benytter i svært liten grad pasientens egenvurdering av smerten. Noen studier skriver at smerte er et høyst subjektivt fenomen, og sykepleier uttrykker at pasienten vet best selv omkring sin egen smerte, men de praktiske handlingene viser det motsatte. Et gap mellom teoretisk kunnskap og praktiske handlinger er registrert, og kan være en ulempe for tilstrekkelig smertelindring hos postoperative pasienter.

Med bakgrunn i funnene som har blitt gjort med dette arbeidet, kan det konkluderes med at store deler av sykepleiers kunnskaper var mangelfulle og hadde ulike tilnærminger og holdninger til pasienten. Et godt samspill mellom disse to faktorene har betydning for god kvalitet på smertelindringen. Funnene fra denne litteraturstudien antyder at utdanning innen smertelindring forbedrer kunnskapen, ferdighetene og holdningene til sykepleieren. Følgelig kan en konkludere med at forbedring av kunnskap og endring av holdninger, gir sykepleieren en kompetanse som er viktig i sykepleieutøvelsen. Jeg tror et viktig steg vil være å øke fokuset på utdanning innen smerte og smertebehandling i det formål å styrke kompetansen, som igjen kan påvirke endringer i holdningene til sykepleieren.

For min del handler sykepleie om hvordan man sikrer best mulig pleie hos pasienten, og i dette tilfellet, sikre et smertefritt forløp for pasienten i den postoperative fasen. Bruk av faglig forståelse og korrekt anvendelse av kompetansen innen smertelindring, skal vi være i stand til å tilby best mulig smertelindring hos våre pasienter. Med støtte i forskningen tør jeg å påstå at økt fokus på kunnskapsforbedring og utvikle gode holdninger kan tale for et bedre postoperativt forløp til pasienten.

Referanser

Almås, H., Berntzen, H & Danielsen, A. (2016). Sykepleie ved smerter. I D-G Stubberud., R, Grønseth & H, Almås (Red.), *Klinisk sykepleie bind 1* (s. 381-427). Oslo: Gyldendal akademisk.

Bach, A. M., Forman, A. & Seibæk, L. (2018). Postoperative pain management: A bedside perspective. *Pain Management Nursing*, 19(6), 608-618.

<https://doi.org/10.1016/j.pmn.2018.05.005>

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. (6.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Dihle, A., Bjølseth, G. & Helseth, S. (2006). The gap between saying and doing in postoperative pain management. *Journal of Clinical Nursing* 15(4), 469-479.

<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01272.x>

Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner, personorientering, samhandling, etikk* (3.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk

Granheim, T., Raaum, K., Christophersen, K-A. & Dihle, A. (2015). Sykepleiers og studenters kunnskap og holdninger til smerte og smertelindring hos voksne, *Sykepleien forskning*, 10(4). 326-334. [10.4220/Sykepleienf.2015.55983](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2015.55983)

Holm, S. & Kummeneje, I. (2009). *Pre- og postoperativ sykepleie: Med dagkirurgi* (2.utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Kiekkas, P., Gardeli, P., Bakalis, N., Stefanopoulos, N., Adamopoulou, K., Avdulla, C., Tzourala. & Konstantinou, E. (2015). Predictors of nurses` knowledge and attitudes toward postoperative pain in Greece. *Pain Management Nursing*, 16(1), 2-10.

<https://doi.org/10.1016/j.pmn.2014.02.002>

[Kristoffersen, N. J. \(2011\) Sykepleier i organisasjon og samfunn. I N. J. Kristoffersen, R. Nortvedt. & E-A. Saug. \(Red.\). *Grunnleggende sykepleie bind 1* \(2.utg, s. 281-341\). Oslo: Gyldendal akademisk](#)

[Kristoffersen, N. J. \(2011\) Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, R. Nortvedt. & E-A. Skaug. \(Red.\). *Grunnleggende sykepleie bind 1* \(2.utg, s. 207-280\). Oslo: Gyldendal akademisk.](#)

[Kristoffersen, N. J. \(2011\) Sykepleie – kunnskap og kompetanse. I N. J. Kristoffersen, R. Nortvedt, E-A. Skaug. \(Red.\). *Grunnleggende sykepleie bind 1* \(2.utg, s. 161-206\)](#)

Mackintosh-Franklin, C. (2014). Registered Nurses` personal responses to postoperative pain: A descriptive qualitative study. *Pain management nursing* 15(3), 580-587.

<https://doi.org/10.1016/j.pmn.2013.03.001>

McNamara, M. C., Harmon, D. & Saunders, J. (2012). Effect of education on knowledge, skills and attitudes around pain. *British Journal of Nursing*, 21(16), 13-26.

Norsk sykepleierforbund. (2019, 10. mai). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-forsykepleiere>

NSD. (2019a). Norsk Senter for Forskningsdata. Hentet fra: <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>

NSD. (2019b) Norsk Senter for Forskningsdata. Hentet fra: <https://dbh.nsd.uib.no/pub/hjelp.jsp>

Ohnstad, A. (2010). Holdninger – i et skeivt lys. I T-J, Ekeland., O, Iversen., Nordhelle, G. & Ohnstad, A. Psykologi for sosial- og helsefagene Oslo: Cappelen Damm akademisk.

Opdahl, H. (2020, 15. januar) Smertebehandling. Hentet fra <https://sml.snl.no/smertebehandling>

Rognstad, M-K., Fredheim, O. M. S., Johannessen, T. E. B., Kvarstein, G., Skauge, M., Undall, E. & Rustøen, T. (2012). Attitudes, beliefs and self-reported competence about postoperative pain among physicians and nurse working on surgical wards. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 26(3), 545-552. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00964.x>

Schlichting, E. (2020, 14. april). Postoperativ. Hentet fra <https://sml.snl.no/postoperativ>

Stubhaug, A & Ljosa, T. M. (2008). Hva er smerte?. I W, Rustøen & A. K, Wahl (Red.). *Ulike tekster om smerte – fra nocisepsjon til livskvalitet* (s. 22-50). Oslo: Gyldendal akademisk

Thidemann, I-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter* (2.utg). Oslo: Universitetsforlaget

Torvik, K., Skauge, M & Rustøen, T. (2008). Smertekartlegging. I Rustøen, W & Wahl, A. K (Red.), *Ulike tekster om smerte – fra nocisepsjon til livskvalitet* (s. 51-75). Oslo: Gyldendal akademisk

Van Dijk, J. F. M., Schuurmans, M. J., Alblas, E. E., Kalkman, C. J. & van Wijck, A. JM. (2017). Postoperative pain: Knowledge and beliefs of patients and nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 26(21-22), 3500-3510. <https://doi.org/10.1111/jocn.13714>

Wikström, L., Eriksson, E., Årestedt, K., Fridlund, B. & Boström, A. (2014). Healthcare Professionals` Perceptions of the Use of Pain Scales in Postoperative Pain Assessments. *Applied Nursing Research*, 27(1), 53-58. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01272.x>

Wøien, H & Strand, A-C. (2008). Sykepleietiltak ved postoperativ smertelindring. I W, Rustøen & A. K, Wahl (Red.), *Ulike tekster om smerte – fra nocisepsjon til livskvalitet* (271-289). Oslo: Gyldendal akademisk

Vedlegg

Vedlegg 1 – Samtykkeskjema ved ressursamtalen



NTNU Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

INFORMERT SAMTYKKE I FORBINDELSE MED RESSURSSAMTALE

Samtalens innhold skal brukes i forbindelse med bacheloroppgave i sykepleie, Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, NTNU

Ressurspersonen

- er kjent med at samtalen er frivillig og at vedkommende når som helst kan trekke seg fra å delta
- velger selv grad av anonymitet
- kan be om å få lese det skriftlige materialet før bruk i oppgaven

Samtalen

- tas ikke opp som lydopptak underveis
- vil bli brukt som fortalt, uten endring eller tilføyelse av innhold

Ved behov for kontakt med bachelorstudent etter samtalen kan ressursperson henvende seg til Navn:

Mailadresse:

Telefonnummer:

Jeg bekrefter med dette at jeg har mottatt skriftlig og muntlig informasjon som nevnt over og samtykker i å være ressursperson i forbindelse med en bachelor-oppgave i sykepleie.

Navn

Dato/sted

Vedlegg 2 – Intervjuguide

Ressurssamtale 18. april 2020

Bacheloroppgave

Kandidatnummer: 10040

Problemstilling:

«Hvordan kan sykepleiers kunnskap og holdninger innvirke på smertelindringen hos postoperative pasienter?»

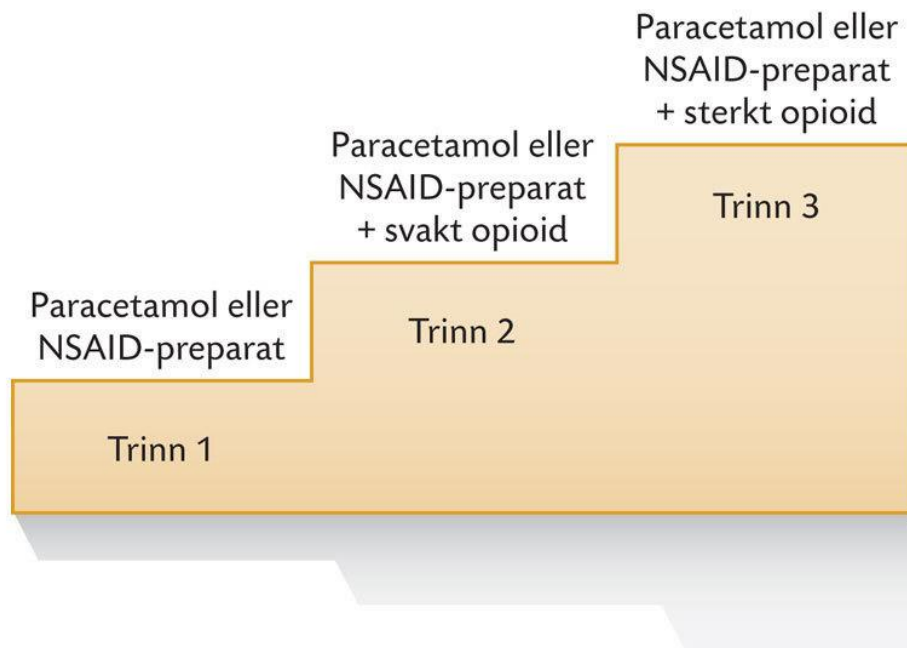
Hvilke kunnskaper har sykepleiere på avdelingen med tanke på utøvelsen av smertelindringen?

Hvilke erfaringer er knyttet opp mot smertelindringen til pasientgruppen på avdelingen?

Hvordan kartlegger sykepleiere den postoperative smerten, og hvilke kartleggingsverktøy anvendes i all hovedsak?

I forhold til smertelindring, hvilke tiltak iverksettes av sykepleiere på avdelingen?

Vedlegg 3 – WHO`s smertetrapp



 Gyldendal © Deborah Maizels i faglig samarbeid med forfatterne