

**Hur kan en persons psykiska välbefinnande samt
sjuksköterskans omvårdnadsåtgärder påverka upplevelsen av
smärta?**

FÖRFATTARE	Kalle Strängberg
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet, 120 poäng/ Omvårdnad – Eget arbete
	HT 2006
OMFATTNING	10 p
HANDLEDARE	Monica Moene
EXAMINATOR	Ingvar Frid

Titel (svensk)	Hur kan en persons psykiska välbefinnande samt sjuksköterskans omvårdnadsåtgärder påverka upplevelsen av smärta?
Titel (engelsk)	How can a persons psychical wellbeing and the nurse´s actions of care affect the experience of pain?
Arbetets art	Eget arbete, fördjupningsnivå I
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Sjuksköterskeprogrammet, 120 poäng/Omvårdnad – Eget arbete/VOM200/SPN6
Arbetets omfattning:	10 poäng
Sidantal:	14 sidor
Författare:	Kalle Strängberg
Handledare:	Monica Moene
Examinator:	Ingvar Frid

SAMMANFATTNING

Smärta är ett allmänmänskligt fenomen och något vårdpersonal med största sannolikhet kommer komma i kontakt med. Trots att smärta är vanligt förekommande är det inte sällan som smärtbehandlingen upplevs som otillfredsställande för patienten. Utöver analgetisk behandling samt alternativa behandlingsformer kan andra faktorer påverka välbefinnandet och därmed smärtupplevelsen. Då smärta till sin natur är en flerdimensionell och komplex upplevelse kan en flerdimensionell syn även på behandling av smärta vara ett fruktbart sätt att lindra upplevelsen. Syftet med studien var att undersöka och belysa vilken betydelse patientens psykiska välbefinnande har på upplevelsen av smärta samt hur sjuksköterskan kan lindra patientens upplevelse av smärta. Studien är en litteraturstudie där tio artiklar har granskats. En omvårdnadsteori har legat till grund för resultatanalysen, i detta fall Joyce Travelbees teori om sjuksköterskan som instrument i etablerandet av en mellanmänsklig relation. Teorin har använts för att belysa vikten av relationen mellan sjuksköterska och patient. Resultatet visar att en aktiv intervention av sjuksköterskan kan minska en patients oro vilket kan leda till minskad upplevelse av smärta. Vidare visar resultatet att ett ökat välbefinnande förändrar smärtupplevelsen i positiv riktning men flera av de faktorer som ökar välbefinnandet uppmärksammas av olika skäl inte i patientvården.

Nyckelord: pain, postoperative pain, relief, nursing, impact, well-being.

INNEHÅLL	Sid
INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Smärtupplevelsen	1
Hinder för smärtbehandling – har patienterna ont i onödan?	2
Smärtbedömning	3
Omvårdnad av patienter med smärta	4
Omvårdnadsteori	4
SYFTE	5
METOD	5
RESULTAT	6
Faktorer som förstärker smärtupplevelsen	7
Faktorer som lindrar smärtupplevelsen	7
Faktorer som stärker den mellanmänskliga processen	8
Faktorer som hindrar den mellanmänskliga processen	9
DISKUSSION	10
Metoddiskussion	10
Resultatdiskussion	11
SLUTSATS	13
REFERENSER	14
BILAGOR	
1 Artikelpresentation	

INLEDNING

Som sjuksköterska är smärta hos patienter något mycket vanligt förekommande och ett problem som alla sjuksköterskor kommer att komma i kontakt med. Smärtlindring består till stor del av farmakologisk terapi. På senare år har även alternativa metoder prövats, såsom akupunktur inom vissa områden eller massage. Men det finns andra metoder att lindra smärta, vilka en del inte är eller kanske ens möjliga att vetenskapligt bevisa som fungerande. Exempelvis ett stödande samtal eller en stunds lyssnande. Däremot finns det vissa metoder som vetenskapligt bevisat är lindrande. Saker som god information, trygghet och sällskap kan vara smärtlindrande. Vad som också har uppmärksammats är vikten av hur patienten mår mentalt relaterat till sin upplevelse av smärta. Gör det mindre ont i kroppen om man är informerad om varför det gör ont? Forskning verkar peka på att ett psykiskt välbefinnande kan lindra upplevelsen av smärta. Detta vill jag undersöka, då det i högsta grad berör sjuksköterskans profession och den omvårdnad som eventuellt kan minska smärtan hos en patient. Som komplement till annan behandling kan detta vara av ovärderlig vikt.

BAKGRUND

Smärtupplevelsen

Ordet smärta är ett brett uttryck av en upplevelse som är väldigt mångfacetterad och komplex. Den enkla betydelsen av smärta är ett fysiskt obehag som är utlöst av en tydlig orsak, till exempel en vävnadsskada. Men smärta är inte bara en kroppslig upplevelse. Enligt Hawthorn m. fl. menar Cassel och Mount att smärta är ... ”ett fenomen som moduleras av fysiska, psykologiska, sociala, kulturella och andliga faktorer” (1 s. 21). Smärta kan med andra ord ses som en känslomässig upplevelse relaterat till en fysiologisk upplevelse eller förväntad sådan. The International Association for the Study of Pain (IASP) definierar smärta som “*an unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage, or described in terms of such damage*” (2). En annan mer psykologiskt orienterad definition är Margo McCaffery´s från 1979; “*Pain is whatever the experiencing person says it is, existing whenever and wherever he says it does*”(3 s. 124). Denna definition gör att ett ifrågasättande av en patients smärta inte får utrymme, om en patient säger sig ha ont då har patienten ont.

Varje person med smärta upplever smärtan på sitt individuella sätt, det finns en individuell *smärtröskel* när ett stimuli upplevs som smärtsamt. Denna smärtröskel kan variera starkt från person till person, men även för samma person beroende på situation. Ett exempel kan vara när en person spelar hockeymatch märks inte skavsåret i matchens hetta, men efteråt gör det plötsligt ont.

Smärttolerans innebär att personen är medveten om smärtan men kapabel att uthärda den utan smärtlindring. En person kan till exempel vara mer rädd för bedövningssprutan hos tandläkaren än själva smärtan, och därför beredd att uthärda smärtan i tänderna till en viss gräns för att slippa sprutan. Dessutom vet personen att det kommer att gå över (4).

När smärtan inte går över är den långvarig, definierat som smärta som varit konstant eller periodiskt återkommande i tre månader eller mer, till skillnad mot akut smärta (3). Akut smärta kan givetvis gå över i långvarig smärta, som till exempel reumatisk värk. Smärtan i det akuta skedet kan vara likadan som smärtan i det långvariga tillståndet, men upplevelsen tenderar att skilja sig åt. Akut smärta ger ofta en stark oro och/eller ångest vilket leder till ett letande efter en orsak. Akut smärta hos patienter kan leda till en hög aktivitet, vilket sällan är

fallet då smärtan är långvarig. Då ses snarare en passivitet och inte sällan en uppgivenhet inför smärtan – personen ifråga har fått en börda att bära.

Meningen med smärtan, eller en till synes avsaknad av mening är en faktor som starkt påverkar upplevelsen. Om en person ramlar och får ett skrapsår vet personen att smärtan kommer att försvinna, och det finns en tydlig orsak. Smärta som är långvarig i sin natur, och inte fyller någon funktion i den mening att den talar om för oss att något inte stämmer i kroppen, är generellt svårt att se någon mening i och därför svårare att uthärda. Förlossningssmärta kan däremot beskrivas som meningsfull eller till och med positiv då den har en uttalad mening och orsak (4).

Kulturell bakgrund för smärtupplevelsen kan vara av betydelse. I västvärlden finns en tradition att smärta skall elimineras, och vi har bättre möjligheter att göra det än på många andra håll i världen. Där vi ser smärta som något som inte ska/får finnas kan en annan person se en mening. Vissa kulturer hyllar starka smärtupplevelser som något nyttigt och stärkande att gå igenom, inte sällan kopplat till riter att träda in i vuxenvärlden. Inom olika familjekulturer ses smärta olika, vissa personer tycker att ett visst uthärdande av smärta är fostrande och bra, andra inte. Familjens beteende är ofta det första vi kommer i kontakt med och detta beteende påverkar ofta vårt sjukdomsbeteende. Vi lär oss inte hur ont vi har, men kanske i viss mån hur vi reagerar och uttrycker smärta. Inom en del familjer uppmuntrar man att ta en tablett som smärtlindring, andra inte (4).

Religion påverkar smärtupplevelsen, inte minst inom den gamla kristna föreställningen att om man blir sjuk eller har smärta kan detta ses som ett straff av Gud. Likaså kan religion bli ett stöd att genomgå stark smärta d.v.s. att man finner stöd i sin tro (4).

Förlusten av kontroll kan generera en känsla av hjälplöshet. Förlust av kontroll är ett centralt begrepp inte bara inom smärtbehandling utan inom omvårdnad som helhetsbegrepp. Att få en sjukdom och när hälsan hotas upplevs av många patienter just som att förlora kontrollen över sin kropp, sitt liv. Enligt Hawthorn (1) har studier visat att en höjning av kunskapsnivån preoperativt kan generera en känsla av kontroll över en främmande situation. En smärta som känns igen kan en patient uppleva sig ha mer kontroll över än en helt ny upplevelse.

Emotionell status är en faktor som verkar vara både orsak och resultat av smärta. En akut smärtupplevelse genererar inte oväntat ångest och oro och en kronisk smärta genererar ofta nedstämdhet. Nedstämdhet eller ett nedstämt sinnestillstånd gör att människor reagerar kraftigare på smärtstimuli för att sedan reagera mindre vid ett mer upprymt sinnestillstånd. Smärta ger olika emotioner såsom oro, ångest eller ilska, och dessa emotioner är starkt knutna till själva upplevelsen av smärtan (1).

Hinder för smärtbehandling – har patienterna ont i onödan?

Det finns flera faktorer som spelar roll i smärtlindring och det finns anledning att tro att dessa inte alltid samverkar vilket resulterar i en ofullständig smärtlindring för patienten. Det kan vara faktorer hos sjukhuspersonal, faktorer hos patienten och anhöriga och/eller faktorer i sjukvårdssystemet. Vad det anbelangar sjukvårdspersonal kan det röra sig om bristande kunskap om

- smärtans natur och etiologi
- skillnaden mellan akut och långvarig smärta
- hur olika faktorer inverkar på smärtupplevelse och smärtuttryck
- metoder för smärtbedömning

- analgetikans farmakologiska egenskaper
- principer för smärtbehandling

Dessa brister i kunskap kan ge sig tillkänna inom vården som

- underskattande av intensiteten i patientens smärta
- överskattande av behandlingseffekterna
- fastställande av olämpliga behandlingsmål
- analgetika ges i lägre doser och med längre intervall än vad som ordinerats
- ovilja att ge analgetika parenteralt
- analgetika som enligt ordinationen skal ges med fasta intervall undanhålles när patienten inte har smärtor
- administrering av lägsta möjliga dos istället för den dos som krävs för att kontrollera smärtan (1).

Bristande kunskap kan även gälla datainsamlingen och analysen av patientens smärta. Att sjuksköterskan drar slutsatser utifrån egna observationer är en nödvändighet för att kunna bedöma en patient, men dessa slutsatser måste verifieras med patienten så att de stämmer. Alltför ofta har sjuksköterskans egna slutsatser stämt dåligt överens med patientens subjektiva upplevelse. Hur frågan ställs till patienten, när den ställs och var den ställs spelar roll för det svar som ges. Om frågan ”Har du ont?” ställs när patienten inte har ont just då blir svaret kanske negativt, men att nöja sig med den informationen kan göra att sjuksköterskan missar nödvändig information. Patienten kanske har ont vid rörelse och ligger just nu stilla. En bristande användning av smärtskattningsinstrument kan också ge en felaktig bild av patientens smärta (3).

Smärtbedömning

Att bedöma smärta är en komplicerad process där sjuksköterskan måste använda flera dimensioner av sin profession. Det är viktigt att ha en fungerande dialog med patienten vilket kan hindras av ett flertal faktorer som oförmågenhet att uttrycka sig eller språkskillnader. Vidare bör sjuksköterskan skaffa sig information om smärtans intensitet, lokalisation, varaktighet och uppkomst. Det kan även vara av vikt att ta reda på smärtans karaktär (molande, stickande, huggande smärta), förvärrande faktorer, lindrande faktorer, fluktuationer i tid samt åtföljande symptom t.ex. illamående. Som nämnts är smärtskattningsinstrument ett bra instrument att avgöra smärtans intensitet. En visuell analog skala, (VAS) är ett vanligt förekommande instrument. Den uppfanns av Huskinsson 1974 och är ett enkelt och ofta använt instrument som utgörs av en 10 cm lång linje där det i ena ändan av linjen står ”ingen smärta” och andra i ändan ”värsta tänkbara smärta”(1).

Att ha bilder på kroppen där patienten kan rita var det gör ont och där färger symboliserar olika intensiteter är en annan modell. För att få en uppfattning om smärtbeteende kan patienten skriva smärtdagbok. Patienten antecknar smärtintensitet, karaktär och intag av mediciner, eller om något annat lindrande görs. På detta sätt kan smärtans karaktär utredas i ett längre tidsperspektiv. Nackdelen kan vara att det blir en för stor fokusering på smärtan vilket kan leda till ökad smärta (1 s. 156).

Slutligen skall Pain-o-metern nämnas, ett instrument utvecklat i Sverige och USA av Fanny Gaston-Johansson. Den fungerar som en traditionell VAS-skala, men kan även underlätta att bedöma smärtans karaktär, lokalisation och varaktighet. På ena sidan av Pain-o-metern finns en Vas-skala (POM-VAS) och på den andra sidan finns 11 sensoriska och 12 affektiva eller emotionella ord (POM WDS). Dessa har ett intensitetsvärde och patienten kan från dessa ord välja så många sensoriska respektive affektiva ord som behövs för att beskriva den aktuella

smärtupplevelsen. Därmed kan sjuksköterskan få en mer mångfacetterad bild av smärtans dimensioner (5).

Omvårdnad av patienter med smärta

Enligt socialstyrelsens allmänna råd innebär omvårdnad ”...att ge hjälp för kortare eller längre tid till personer som på grund av sitt hälsotillstånd inte själv klarar att planera och/eller genomföra handlingar som tillhör deras dagliga liv”(6). Omvårdnad innefattar även ”åtgärder i syfte att skapa en hälsobefrämjande miljö, att undanröja smärta och obehag samt att ge stöd och hjälp åt patienter i deras reaktioner på sjukdom, trauma, funktionshinder och i behandlingssituationer”(7).

I Socialstyrelsen allmänna råd står även att läsa att ”omvårdnadsarbetet skall befrämja hälsa och förebygga ohälsa”(6). Det förutsätter bl.a. att risker identifieras. Omvårdnadsåtgärder i vid mening innebär att berörd personal i samverkan med patienten, och när så är lämpligt även med patientens närstående, formulerar och tydliggör mål för fysisk, psykisk, social och andlig hälsa” (6).

När en patient har smärta är det av stor vikt att göra en smärtbedömning som nämns i föregående stycke och därmed identifiera patientens behov. Därefter bör behandling utföras så snart som möjligt – medicinsk, omvårdnadsnäddig eller en kombination. Detta utvärderas inom rimlig tidsram för att justeras och/eller förändras efter patientens behov (3).

Omvårdnadsteori

Som utgångspunkt för föreliggande uppsats utgör Joyce Travelbees omvårdnadsteoretiska arbete. Joyce Travelbee var sjuksköterska och född i New Orleans, USA. Hon arbetade som sjuksköterska och senare som lärare vid en sjuksköterskeskola. Hon är en viktig teoribildare inom omvårdnad och står för en stark humanistisk syn. Hon ansåg att det skedde en avhumanisering av vården i USA efter andra världskriget och att individen måste lyftas fram och få fokus (8). Travelbee pekar på att en god omvårdnad bedrivs när sjuksköterskan och patienten kan etablera en mellanmänsklig relation. I en mellanmänsklig relation kan hopp etableras för att bemästra eller genomleva en situation som kanske består av fysiskt och psykiskt lidande. Sjuksköterskan blir det instrument som används för att identifiera patientens viktigaste behov och ta tillvara de resurser som finns. Travelbee kallar detta att använda sig själv terapeutiskt att använda sin egen personlighet ändamålsenligt och på ett medvetet sätt i interaktionen med patienten (9).

Omvårdnadsprocessen består enligt Travelbee av flera överlappande stadier; observation, tolkning, beslutstagning, handling och utvärdering av handlingarna. En förutsättning för omvårdnad är kommunikation som har till syfte att lära känna patienten för att kunna tillgodose dennes behov. Att kommunicera med en patient sker på fler sätt än ord som t.ex. beröring och kroppsspråk. Travelbee anser att det är viktigt att kommunikationen får utrymme i omvårdnaden, utan en fungerande kommunikation kan inte omvårdnadsåtgärder bli adekvat gjorda. Det är genom kommunikation omsorg förmedlas, det är genom kommunikationen som den andres värde kommer till uttryck. Det är inom kommunikationens ramar som själva mötet äger rum, antingen kommunikationen är verbal eller icke-verbal. Det är en ömsesidig process där både patient och sjuksköterska är delaktiga (9).

Kommunikationen med en patient är ett steg mot vad Travelbee kallar etablerandet av en mellanmänsklig relation. Denna relation etableras i flera steg, där *det första mötet* innebär att både patient och sjuksköterska skaffar sig en uppfattning om den andre som person, främst genom observation och kommunikation. Enligt Travelbee är det av stor vikt att sjuksköterskan bryter sig loss från rollen som sjuksköterska och ser patienten och sig själv som *personer* där

identiteten inte bestäms av yrkesroll respektive patientroll. Detta leder till en framväxt av *identiteter* där både sjuksköterska och patient ser människan bakom rollen. Det etableras en anknytning men också en åtskillnad mellan två personer där båda två kan betraktas som unika, som enastående. När denna anknytning är etablerad kan *empati* uppstå vilket beskrivs som att kunna förstå det psykologiska tillstånd en person befinner sig i här och nu. Empati innebär kunskap om den andres psykologiska tillstånd men har ingen värdeladdning i sig, varken positiv eller negativ. Empati innebär en kunskap som liksom all kunskap kan brukas positivt eller negativt. Empati är bara ett steg på vägen, en sorts förståelse om den andres tillstånd och acceptans om den andres egenskaper. För att fullt ut kunna hjälpa och vårda en patient behöver empati utvecklas till *sympati*. Sympati är ett resultat av den empatiska processen, där från att ha varit en neutral uppfattning har det tillkommit en önskan och vilja att hjälpa patienten, en önskan att handla hos sjuksköterskan. Det är med sympatin sjuksköterskan talar om för patienten att hon inte är ensam i sitt lidande, att det finns en förståelse och vilja att dela smärtan eller bördan hos en annan. Sympati innebär ett engagemang i patienten, ett engagemang som kan vara livsavgörande för patienten. Som ett resultat av dessa ovan beskrivna processer nås en ömsesidig *förståelse* mellan sjuksköterska och patient. Detta innebär för patienten en tillit till att sjuksköterskan både i vilja och handling hjälper och underlättar patientens lidande. Patienten upplever här enligt Travelbee inte att sjuksköterskan hjälper och underlättar patientens lidande för att han är patient, utan för sjuksköterskan har identifierat och förstått en annan persons situation och uppriktigt önskar hjälpa och lindra (9).

Det är när sjuksköterskan har lärt känna patienten med hjälp av den mellanmänniska processen hon också kan kommunicera med patienten på ett tillfredställande sätt. Därmed kan denna strategi bli ett verktyg så att patienten också får de behov tillgodosedda som är av vikt för en adekvat smärtbehandling. Att sjuksköterskan använder sig själv som ett terapeutiskt verktyg för att möta omvårdnadsbehov kan även appliceras på en specifik behandling som smärtbehandling (9).

SYFTE

Att undersöka och belysa vilken betydelse patientens psykiska välbefinnande har på upplevelsen av smärta samt hur sjuksköterskan kan lindra patientens upplevelse av smärta.

METOD

Datansamlingen har genomförts i databaserna Cinahl, Pubmed, Cochrane Library samt Swemed. Sökord har varit pain, postoperative pain, relief, nursing, impact och well-being. Inklusionkriterier i databaserna har varit att;

- * Artiklarna skall ha varit indexerade under ”nursing” som sökavgränsning.
- * Artiklarna skall ha varit engelskspråkiga.
- * Artiklarna skall ha varit forskningsinriktade.
- * Artiklarna skall inte varit äldre än 10 år.
- * Artiklarna skall ha behandlat sambandet mellan psykiskt välbefinnande och smärta.

Sökning gjordes mellan 3/10 2006 t.o.m. 19/10 2006. Efter sökning lästes abstract i sammanlagt 93 artiklar och av dessa valdes 17 ut, då dessa behandlade ämnet patientens välbefinnande och det eventuella sambandet mellan välbefinnande och smärta. Checklista tillhandahållen från institutionen användes för att gå igenom vetenskaplig kvalitet i samtliga artiklar och efter denna genomläsning valdes 10 ut då dessa bäst uppfyllde de vetenskapliga krav som checklistan beskrivit. Följande artiklar valdes ut:

The Impact of Humor on Patients with Cancer	Clinical journal of oncology nursing
Pain, psychological distress and health-related quality of life at baseline and 3 months after radical prostatectomy	BMC Nursing,
The impact of preoperative information on state anxiety, postoperative pain and satisfaction with pain management	Patient Education and Counseling
Cancer-related pain in palliative care: patient's perceptions of pain management	Journal of advanced Nursing
Patients experiences of anxiety, depression and acute pain after surgery: a longitudinal perspective	International Journal of Nursing Studies
Hospitalized children's descriptions of their experiences with postsurgical pain relieving methods	International Journal of Nursing Studies
Patterns and frequency of anxiety in women undergoing gynaecological surgery	Clinical Nursing
Anxiety and Postoperative Pain in Children Who Undergo Major Orthopedic Surgery	Applied Nursing Research
Relaxation and Music Reduce Pain Following Intestinal Surgery	Nursing and Health
Changing Acute Pain Management Outcomes in Surgical Patients	AORN Journal

Samtliga artiklar är skrivna mellan 2001 och 2006. Åtta artiklar är kvantitativa, en har mixad metodanvändning och en är kvalitativ. Nio av artiklarna är empiriska studier och en är litteraturstudie.

Analysen genomfördes genom att artiklarna lästes först i sin helhet för att få en generell uppfattning av innehållet. Nästa steg i analysen utgjordes av läsning där två huvudkategorier utkristalliserades – faktorer som förstärker smärtupplevelsen och faktorer som lindrar smärtupplevelsen. I nästa läsning uppmärksammades begrepp som kunde sorteras in under respektive kategori. Dessa begrepp var oro, depression, tillit, information samt distraktion. Det tredje steget var en ytterligare genomläsning av materialet där Travelbees omvårdnadsteoretiska perspektiv präglade analysen. Fokus låg nu på hur den mellanmänniska processen mellan sjuksköterskan och patienten beskrevs. Två kategorier framkom vid denna läsning; faktorer som stärker den mellanmänniska processen och faktorer som hindrar den mellanmänniska processen.

RESULTAT

Resultatet presenteras i två delar. Del ett presenterar resultatet utifrån huvudkategorierna faktorer som förstärker smärtupplevelsen och faktorer som lindrar smärtupplevelsen med tillhörande begrepp som underrubriker. Del två presenterar resultatet utifrån Travelbees omvårdnadsteoretiska resonemang med huvudkategorierna faktorer som stärker den mellanmänniska processen och faktorer som hindrar den mellanmänniska processen.

Faktorer som förstärker smärtupplevelsen

Oro

Oro beskrivs i flera studier som en viktig faktor för hur smärtan upplevs (10-16). Preoperativ oro och smärta sätts i samband i en studie gjord av Sjöling m.fl (10). Där uppvisar resultatet en korrelation mellan preoperativ oro och postoperativ smärta. Signifikant skillnad i

smärtupplevelse mellan kontrollgrupper kan även uppvisas i en studie av Carr m.fl (11). Där visar de patienter med störst oro också upp kraftigast smärtupplevelse. Patienters oro mättes i denna studie med HADS, hospital anxiety and depression scale, och smärta mättes med VAS-skalan. Vidare var de patienter med mest oro innan en operation också de som upplevde starkast smärta postoperativt enligt Wickström Ene m.fl (12). De patienterna med störst oro och smärtupplevelse hade också kvar sin oro längre postoperativt. *"In the present study, preoperative anxiety and depression were associated with high postoperative pain levels both in the hospital and after discharge"* (12 s. 6).

Även barn uppvisar samband mellan ängslighet och starkare upplevelse av smärta (14). Ju starkare upplevd oro ju starkare upplevd smärta visar en studie gjord på 74 barn som genomgick scoliosoperationer i USA. Även föräldrarna studerades och hur dessa upplevde oro innan operationen. Studien kunde visa ett samband mellan hög oro innan operationen och hög oro efter operationen. Även samband mellan nivån av oro hos föräldrarna och nivån hos barnen kunde påvisas. Det vill säga att ju oroligare föräldrar desto oroligare barn. Kvinnor som genomgick gynekologisk operation visade även de ett samband mellan stark oro och kraftigare upplevelse av smärta (15). *"This study revealed that women with elevated levels of preoperative anxiety were more likely to experience a higher level of pain postoperatively"* (15 s. 348).

Depression

Det finns samband mellan depression och kraftig smärta i den mening att patienter som sade sig vara deprimerade också tillhörde dem som upplevde starkast smärta postoperativt (12). De med högst smärtpoäng enligt VAS-skalan var också de mest deprimerade tre månader efter operationen. Likaledes är depression av mer långvarig art än smärta då depressionsnivån inte går ner i samma takt som nivån på oro. Dessutom verkar depression te sig ta kraftigare uttryck postoperativt dag 4 visar ytterligare en studie (11). Detta tolkas av författarna som att det föreligger en ökad sårbarhet hos patienten, speciellt dag 4 efter operation.

Faktorer som lindrar smärtupplevelsen

Tillit

Tillit verkar ha stor betydelse i den mening att ökad tillit kan lindra smärta (13). Att känna tillit till personal gör det inte bara lättare att ta till sig information utan gör det också lättare att delta i smärthanteringen som föreslås av sjuksköterskan. Att lättare interagera med sjukvårdspersonal gav i slutändan också bättre smärtlindring, men detta var beroende av att patienten kände tillit till personalen. När brist på tillit framkommer har det i en studie att göra med frånvaro av information eller motsägelsefull information (10). Att inte kunna lita på vad personalen säger ger inte bara ökad oro utan även ökad smärtupplevelse.

Information

Två studier behandlar sambandet mellan mängd information och postoperativ smärta (13, 10). En vanlig orsak till behov av information rör smärtstillande mediciner och dess biverkningar (13). Tyvärr får patienter ibland höra att smärtstillande medicin kan tas vid behov, och ibland det motsatta d.v.s. att smärtstillande medicin skall tas regelbundet. Att korrekt information ges och god planering av smärthantering görs har effekt på upplevelsen av smärta. I en studie fick en kontrollgrupp rutinemässig information innan en operation och en undersökningsgrupp fick detaljerad information (10). Dock kunde någon signifikant skillnad i smärtupplevelse uppmätt med VAS-skala inte påvisas. Skillnaden låg i hur nöjda patienterna var i sin smärtbehandling. Upplevelsen av tillfredsställande smärtbehandling var mindre i kontrollgruppen än i undersökningsgruppen som hade fått mer detaljerad information.

Distraction

I en studie gjord på barn som hade genomgått olika sorters operationer visade att distraction var vanligt förekommande som en strategi att lindra smärta (17). Distraction var av olika slag; att titta på TV, spela dataspel eller läsa var de vanligaste. En annan typ av distraction var att tänka på trevliga händelser eller personer, t.ex. att få åka hem till föräldrarna och syskon och i vissa fall husdjur. Även vårdpersonalens närvaro kunde verka distraherande och därmed smärtlindrande. Att få hjälpa till med dagliga aktiviteter var också en sorts distraction. Vidare undersökte en studie hur musik upplevs hos patienter med starka smärtupplevelser efter intestinal operation (16). En majoritet av deltagarna sade sig ha upplevt mindre smärta med hjälp av musik. Deltagarna använde sig av musiken på olika sätt, 27 % att slappna av, 21 % att distrahera sig från smärtan och 52 % sade använda musiken till både avslappning och distraction. Det var hela 96 % av deltagarna som sade att musiken hjälpte dem mot smärtan, och 64 % tyckte att musiken reducerade smärtan.

En litteraturstudie gjord för att kartlägga humorns betydelse för patienter med smärta visade att även humor kan användas som en form av distraction och verka lindrande mot smärta (18). Förutom att humor enligt studien hade en positiv effekt på immunförsvaret då skratt förhöjde immuglobin-aktivitet, hade humor en generell effekt på det allmänna välbefinnandet. Humor var effektivt att minska oro och var ett bra sätt att föra upp rädslor i ljuset för att kunna diskutera dem. Att minska oro gav en smärtlindrande effekt i sig.

Faktorer som stärker den mellanmännsliga processen

En fungerande kommunikation behandlas i en kvalitativ studie om cancerpatienter (13). Dessa patienter hade ett uttalat behov av en fungerande kommunikation och öppen dialog för att på ett bra sätt kunna beskriva smärtupplevelsen som följde med sjukdomen. När patienterna upplevde att kommunikationen fungerade smidigt kände de också att vårdpersonalen hade en ökad förståelse för deras smärta. Känslan av tillit och lättnad över att träffa engagerad personal beskrivs vidare i samma studie som ytterligare en viktig komponent. Personal som gav ärlig och sanningsenlig information uppskattades av patienterna. Preoperativ intervention av sjuksköterskan har visat sig ha en lindrande effekt på preoperativ oro, postoperativ smärta samt mobilisering. En god relation mellan sjuksköterska och patient ger utrymme åt att diskutera och belysa frågor och frågeställningar om rädslor inför en operation.

Den mellanmännsliga relationen beskrivs även från i ljuset av humor (18). Att lära känna patienten ger inte bara en grund att diskutera oro eller rädslor, det är också en förutsättning för humor. ”*Staff members should take time to identify the methods they use to relax and promote humor among their patients*” (18 s 216). ”*Observing what makes others laugh or smile is also important in the process*” (18 s 216). Att lära känna patienten är av största vikt innan humor används, det kan annars uppfattas som opassande och fel. ”*Staff must recognize cultural diversity and perceptions when attempting to intervene with humor*” (18 s 216). Sjuksköterskan måste individuellt anpassa vården efter varje individ eller efter varje relation. Att aktivt se människan bakom patienten blir därför nödvändigt för att på ett fruktsamt sätt använda humor i vårdandet.

Sjuksköterskan har i smärtbehandling en högst central roll. Det är ofta sjuksköterskan som är den första personen att se och känna igen tecken på förändringar i patientens tillstånd (2). Det är även sjuksköterskan som är central då det är patientens behov som skall tas tillvara. Inte

minst har även sjuksköterskan en nyckelroll att i en viss period av en persons liv kunna bidra med livsavgörande stöd. ”*Mental health promotion has been advocated as one of the most effective interventions when it intervenes at crucial points in people’s lives. Nurses are in key position to recognise and develop supportive strategies or referral during this time*” (11 s. 528). Att stödja och stötta kräver en fungerande relation. Att ses som en individ snarare än ett sjukhusobjekt är fundamentalt för patientens välbefinnande visar även Carr m.fl. i en av sina studier (15).

Good m. fl. (16) som undersökte effekten av musik som smärtlindring noterade att flera patienter upplevde lindring men inte alla. Musik som upplevelseform är mycket individuellt präglad, inte minst vilken typ av musik personen i fråga gillar. Det faller därför på sjuksköterskan att inte dra alla patienter över en kam utan se till individen i och personligheten bakom patientrollen om musik som smärterapi kan vara aktuell.

Faktorer som hindrar den mellanmännsliga processen

Det största hindret för en god smärtlindring har visat sig vara brist på resurser, dvs. att sjuksköterskan inte haft tid att bygga upp en god patientrelation (12). Detta belyser även Carr m.fl. i sin studie där de beskriver att en generell acceptans av oro omgav hela operationssituationen (11). Hög patientomsättning samt hög personalomsättning urholkade relationen mellan sjuksköterska och patient. Detta ansågs leda till en mindre benägenhet att diskutera oro vilket i sin tur ledde till oupptäckt psykisk stress inför operationen. Även organisatoriska faktorer som att patienten inte visste vilken säng den skulle få förrän strax innan operationen inverkar starkt negativt på upplevelsen av sjukhusvistelsen och hindrade uppbyggnaden av en förtroendefull relation (15). Bemötandet av vårdpersonal tas även upp i en annan studie som behandlar smärtbehandling av kirurgipatienter (19). Hur personalen svarade och bemötte uttryck för smärta var direkt i korrelation med hur nöjda patienterna var med vården och sjukhusvistelsen. De patienter som upplevde sig väl bemötta och hade haft en tillfredställande kommunikation var mer nöjda än de som inte hade haft det.

Att föra vidare kunskap och information till andra och den egna yrkesgruppen är en annan förutsättning för god smärtlindring. Att forma och kontinuerligt utvärdera en patients vårdplan gör att smärtlindring kan bli optimal och biverkningar kan bli minimala. När detta motverkas av yttre omständigheter som brister i ledarskap eller organisation blir vårdarbetet som helhet lidande och därmed också specifika behandlingar såsom smärtlindring (13). Information innebär också dokumenterad smärthistoria vilket är en förutsättning för bedömning av analgetisk effekt eller effekt av annan behandling. En stressig miljö och brist på resurser kan inverka negativt på dokumentation, något som kan få allvarliga konsekvenser både för patienter och för vårdpersonal. Att ha en fungerande kommunikation både mellan patienter och inom yrkesgrupper kan alltså vara avgörande för utgången för en behandling (10). Brist på fungerande kommunikation hindrade patienten från att tala om drömmar, tidigare smärtupplevelser och rädslor.

Informationen till patienter blir dessutom komprimerad ju kortare vårdtiderna är påpekar Carr m.fl. (11). Då det bara är en viss mängd information en patient kan tillgodogöra sig i den stressiga miljö det innebär att vistas på sjukhus blir det därför svårt att hinna låta information ”sjunka in”. Informationen blir komprimerad och framförd på ett sätt som inte tillåter patienten att reflektera och därmed utveckla frågor eller funderingar (15).

Objektifieringen som Travelbee så starkt vänder sig ifrån tas upp i en studie som ett hinder för att etablera en tillitsfull relation mellan vårdtagare och vårdgivare. ”*Others, however, expressed a frustration of not being able to make their own decisions, due to insufficient*

information and the feeling of being an object – not a person – in the health care environment” (13 s. 417). Patienterna upplevde sig desinformerade och oförmögna att utefter given information kunna ta beslut rörande deras egen hälsa.

Objektifiering kan vara även åt andra hållet, sjuksköterskan kan bli ett objekt och en roll snarare än en person (17). Barn mellan 8 och 12 år som deltog en studie som undersökte barns beskrivningar av smärtlindrande metoder postoperativt beskrev en lindrande funktion i form av vuxen närvaro. Denna skedde oftast i form av närvaro av förälder, och mer sällan i form av sjuksköterskenärvaro. Det tedde sig som att det känslomässiga stödet var mer förbehållet föräldrarna och den tekniska delen såsom utdelande av mediciner och skötande av medicinsk teknik var förknippat med sjuksköterskorna.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Det var i början ganska svårt att formulera en fruktbar sökning i de databaser som söktes igenom. Ordet pain ger enormt många träffar, även om man söker bara i omvårdnadsrelaterade tidskrifter. Smärtlindring har ofta en stark farmakologisk orientering, det är ju också den farmakologiska som är den absolut mest frekventa och mest framgångsrika metoden för smärtlindring. Det var dock aldrig min intention att hitta bättre eller sämre metoder i smärtlindringen, utan se de samband och mönster i vården som kan komplettera varandra i en adekvat och för patienten givande smärtbehandling. Artikelsökandet fokuserades således mer på välbefinnande och sjuksköterskans påverkan, med sökord som *nursing impact*. De artiklar som just undersökte en specifik metod, t.ex. TENS eller taktill massage prioriterades inte då det var just sjuksköterskans roll som förmedlare och instrument att hitta en bra behandling som var i fokus i sökandet. Det var även svårt att hitta artiklar som behandlade sambandet oro – smärta utan att en viss händelse var involverad som exempelvis operation. Därför togs sökordet postoperative med då en avgränsning i artikelsökandet därmed kunde göras. Med sökorden pain, postoperative pain, relief, nursing, impact och well-being hittades artiklar som motsvarade syftet med artikelsökningen.

Samtliga artiklar är publicerade efter år 2001, och är samtliga orienterade till västvärlden – tre är svenska, fyra är amerikanska, en är finsk och två är från Storbritannien. Det kan ses som en styrka att artiklarna kommer från fyra olika länder, men som en svaghet att alla är från länder med liknande kulturell och sociologisk bakgrund. De artiklar från andra världsdelar, i huvudsak Asien som i viss mån behandlade ämnet smärta var ofta starkt orienterade till en behandlingsmetod – som t.ex. akupunktur. Då denna litteraturstudie inte syftade till att sammanställa olika alternativa smärtbehandlingar prioriterades därför artiklar där patientens psykiska välbefinnande stod i centrum. Detta kan ses med facit i hand som ett något oklart inklusionskriterium, inte minst då en studie faktiskt beskriver en behandling ingående; lindring av smärta med hjälp av musik.

En studie är litteraturstudie och anledningen till att denna togs med trots intentionen att litteraturgenomgången enbart skulle innefatta empiriska studier var att humor som begrepp och verktyg i vården är ganska outforskat och nytt. Att få en sammanställning av olika studier på området såg jag därför som en styrka för hela arbetet och inte som en belastning.

En svaghet i arbetet kan tänkas vara att alla artiklarna är patientorienterade, det vill säga med patienten i fokus och inte sjuksköterskan. I ljuset av omvårdnadsteorin som applicerades på resultatet kan det ses som något otillräckligt att inte ha med studier som sätter just sjuksköterskans arbete mer i fokus. För att ge rättvisa åt begreppet den mellanmänniska relationen som Travelbee beskriver borde arbetet haft fler studier med sjuksköterskans arbete och upplevelse och patientkontakt med.

Resultatdiskussion

Faktorer som förstärker eller lindrar smärtupplevelsen

En signifikant korrelation mellan oro och smärta kan visas i en studie gjord av Carr m.fl (11). Där finns det ett klart samband mellan de patienter som upplever stark oro och de patienterna med högst uppmätta smärta. Samma författare får fram ett liknande resultat i en annan studie, där det är en specifik grupp som undersöks; kvinnor som skall genomgå gynekologiska operationer (15). Där finns ett klart samband mellan intensitet av oro och smärta. I denna studie tas den viktiga synpunkten upp om det är oro som ger en ökad smärta eller smärta som ger ökad oro. Det blir en hönan eller ägget diskussion, men det är ändå av vikt att ifrågasätta vissa ståndpunkter. En fundering är om frågan från början i min studie är rätt ställd – om ökad oro ger ökad smärta. Det ena kanske inte automatiskt leder till det andra som en linjär reaktion utan båda faktorer verkar snarare på ett mer komplext sätt än att det ena föder det andra. Sambandet oro och smärta behandlas ytterligare i en svensk studie av Wickström Ene m.fl (12). Patienter med hög oro och depression upplevde även i denna studie högst smärta postoperativt, samt att de hade mest ont tre månader efter operation. En uppmätning av smärta, som i denna studie som så många andra använder VAS-skalan kan dock bli ensidig. En deprimerad patient kan sägas ha smärta i själen – har patienten ont på två ställen då? Dels operationsrelaterat, dels på andra ställen? Smärta blir komplicerat att mäta när psykologiska faktorer kommer in, och frågan om ett mätinstrument som just bara mäter intensitet på olika fysiska punkter är det optimala.

I studien där barns smärta och oro undersöktes kom författarna fram till att ju större oro, ju starkare smärta (14). Men författarna tar även upp en annan aspekt, föräldrarnas oro. I studien kunde författarna påvisa att ju större oro hos föräldrarna, ju större oro hos barnen. Inget anmärkningsvärt resultat i sig, men att anhörigas oro inte nämns i de andra studierna finner jag är desto märkligare. Hur anhöriga reagerar påverkar väl vuxna också? Om en patient har familj blir det en typ av oro, om en patient skall opereras som har barn – och kanske är ensam förälder utan anhöriga – upplever kanske en helt annan oro än en patient med ett annorlunda socialt nät.

Just orsakssambandet för en patients oro tas upp i studien som studerade kvinnors gynoperationer (15). Där finns det en väldigt tydlig koppling mellan att som kvinna vara orolig att inte kunna bli mamma, att något utöver den personliga hälsan skulle kunna bli drabbat vid en olycklig utgång av operationen.

Den studie som inte kunde påvisa någon signifikant skillnad i smärta trots en minskad preoperativ oro var en studie som undersökte om en ökad mängd information innan en operation kunde reducera oro hos patienterna och därmed minska smärtan efter operationen (10). Någon uppmätbar minskning av smärtan postoperativt kunde inte uppmätas men författarna anser ändå att mängden information har inverkat på patienternas upplevelse av smärta postoperativt. Även då det inte var någon skillnad i smärtmätningen, fanns det ändå skillnad mellan kontrollgrupp och undersökningsgrupp. Skillnaden låg i att undersökningsgruppen rapporterade en högre tillfredsställelse med smärtbehandlingen. Upplevelsen av smärtbehandlingen skiljde sig åt men inte upplevelsen av smärtintensitet. Korrelationen mellan oro och smärta kan därmed inte direkt påvisas utan snarare korrelationen mellan information och smärtupplevelse.

Depression följde inte samma mönster som oro (11, 12). Det visades inte något samband mellan just deprimerade patienter och ökad smärta. Depressivt beteende skiljer sig markant

från ett oroligt beteende. En deprimerad patient kan vara helt lugn, kanske till och med likgiltig. Därför kan det ifrågasättas att dessa begrepp används i samma mätinstrument som görs i mätinstrumentet HAD (3). Även om studien särskiljer begreppen finns risken att man likställer de båda tillstånden eller värderar dem som liknande. En depression är dessutom ett långvarigt tillstånd, oro kan vara plötslig i sin natur på ett annat sätt än depression.

När tillit beskrivs är det framförallt i en kvalitativ studie (13). Denna studie undersöker upplevelsen av cancerrelaterad smärta hos trettio patienter. I resultatet framkommer att flera av dem upplever en minskad smärta och ökad trygghet när de känner att de kan lita på personalen, när de känner tillit. Det framkommer dock inte i studien om det var många patienter som delade denna känsla, alla eller ett fåtal. Att känna tillit är om något ett mångfacetterat begrepp som beror på ett stort antal komplexa orsaker, inte minst personlig kemi. Att inte beskriva vad som fick patienterna i studien att känna mer tillit var en svaghet med studien.

Information preoperativt enbart verkar som redan nämnts inte påverka smärtintensitet men väl upplevelsen av smärtbehandlingen. Att informera patienten och gemensamt planera kommande vård verkar dock ha en positiv inverkan på både smärtintensitet och smärtupplevelse. Återigen är det den kvalitativa studien som beskriver detta eventuella samband. Det kan vara svårt att konstatera om det är den gemensamma planeringen och informationen som kan sättas i samband med smärtupplevelse – snarare är det betydelsen av sjuksköterskans engagemang som kan verka lindrande.

Begreppet distraktion som var aktuellt i tre studier behandlade alla tre olika former av distraktion (16, 17, 18). Humor, självvald distraktion bland barn (vilket tog sig uttryck i t.ex. TV-tittande) samt i den tredje studien musik som distraktion. Det kan ifrågasättas om begreppet distraktion kan appliceras på tre så olika former av distraktion eller avledning. Artikelförfattarna använder alla ordet distraktion när de beskriver sina resultat och diskuterar dem men kanske ordet får en alltför bred betydelse när det sätts i samband med tre så olika former av distraktion. Det var därför litteraturstudien valdes att ha med, då den i sin tur behandlade ett flertal andra studier som behandlade humor och gav på det viset en bred bild av begreppet.

Den mellanmännsliga processen

Kommunikation är det verktyg som sjuksköterskan använder sig av i etablerandet av en mellanmännslig process. En fungerande kommunikation kan ha en avgörande verkan på relationen mellan patient och vårdpersonal och därmed på patientens välbefinnande och totala upplevelse av sjukhusvistelsen. Kommunikation är mer än bara ord och när den ickeverbala kommunikationen uppfattas och tas tillvara stärker det patientens upplevelse av att bli sedd. Likaså när patienten inte uppmärksammas ger det ett minskat förtroende och minskad tillit till personalen vilket försämrar möjligheterna till en fruktbar relation. ”*A need to improve verbal communication and understanding of the patients non-verbal communication was apparent*” (13 s. 418).

Kommunikationens betydelse kan inte understrykas nog. De olika stegen i den mellanmännsliga processen som Travelbee beskriver går dock troligtvis inte alltid att applicera på en vårdavdelning i Sverige. Dels är inte alltid tid finns till att kommunicera i den utsträckning som krävs för etablerandet av en relation. Kanske det knappt blir fler steg än det första mötet och ett framväxande av identiteter innan sjuksköterska och patient skiljs åt. Detta organisatoriska hinder för en vårdrelation har kanske förändrats i takt med ekonomiska

åtstramningar. Det största hindret för en effektiv smärtlindring är en större arbetsbelastning av mindre personal (12).

Det torde ändå vara ett mål med varje patient för sjuksköterskan att se bakom patientrollen trots brist på tid och/eller resurser för att söka efter en identitet då detta stärker patientens känsla av att vara "någon" och inte bara ett objekt. Det är här som sjuksköterskan kan ta en ändamålsenlig terapeutisk roll och utnyttja sin personlighet att vårda patienten – med humor eller musik eller vad individen i patientrollen önskar. *"Whilst strategies to reduce anxiety might be thought of as "relaxation" or "information", it is also important to emphasize the therapeutic nature of individualized patient care"* (15 s. 349).

SLUTSATS

Det är svårt att med denna studie säga om en minskad oro har betydelse för smärtintensitet, men ett klart samband mellan oro och själva upplevelsen av smärta som sådan visar studien. Det finns fler faktorer som samverkar i upplevelsen än den faktiska fysiska smärtsensationen. Att dämpa oro eller ångest är lindrande för den fysiska smärtan visar resultatet, men det är värt att diskutera definitionen av smärta som en flerdimensionell upplevelse. Om smärta kan ses som en känslomässig upplevelse kan man då se oro som en fysisk? Är kanske oro i flera fall likställt med smärta? Med dessa funderingar vill jag framhäva att all smärta bör behandlas utifrån den aspekten att det innebär en psykisk påfrestning som likaledes som den fysiska alltid bör beaktas. Därför blir utdelande av en tablett bara en sida av en behandling.

Det är här sjuksköterskan måste använda sig själv för att närma sig patienten och klargöra vilka flerdimensionella behov som behöver tillgodoses utöver de rent fysiska. Sjuksköterskan kan lindra smärtintensitet och höja välbefinnandet hos patienten genom etablerandet av en mellanmänsklig relation, även om det kan tyckas ta mycket tid i anspråk. Det är välinvesterad tid då det är genom denna relation som patientens behov och välbefinnande kan tillgodoses.

REFERENSER

1. Hawthorn J, Redmond K. Smärta – bedömning och behandling. 1:a uppl. Lund: Studentlitteratur; 1999.
2. www.iasp-pain.org
3. Carroll D, Bowsher D. PAIN Management and nursing care. 2:a uppl. Oxford: Butterworth-Heinemann Ltd; 1995.
4. Linton S. Att förstå patienter med smärta. 1:a uppl. Lund: Studentlitteratur; 2005.
5. www.vardinstitutet.net Tillgänglig för läsning 20061220
6. www.sos.se SOSFS 1993:17. Socialstyrelsens allmänna råd Omvårdnad inom hälso- och sjukvården, Socialstyrelsen; Stockholm 1993.
7. www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2005/8673/2005-105-1.htm Tillgänglig för läsning 20061127.
8. Kirkevold M. Omvårdnadsteorier – analys och utvärdering. 2:a upplagan. Lund: Studentlitteratur; 2000.
9. Travelbee J. Mellommenneskelige forhold i sykepleie. 2:a uppl. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2001.
10. Sjöling M, Nordahl G, Olofsson N, Asplund K. The impact of preoperative information on state anxiety, postoperative pain and satisfaction with pain management. Patient Education and Counseling 2003; 51: 169-176
11. Carr E, Thomas V, Wilson-Barnet J. Patient experiences of anxiety, depression and acute pain after surgery: a longitudinal perspective. Int J of Nurs Stud 2005; 42: 521-530
12. Wickström Ene K, Nordberg G, Gaston Johansson F, Sjöström B. Pain, psychological distress and health-related quality of life at baseline and 3 months after radical prostatectomy. BMC Nursing 2006.
13. Boström B, Sandh M, Lundberg D, Fridlund B. Cancer-related pain in palliative care: patient's perceptions of pain management. J of Adv Nurs 2003: 410 – 419.
14. LaMontagne L, Hepworth J, Salisbury M. Anxiety and Postoperative Pain in Children Who Undergo Major Orthopedic Surgery. Applied Nursing Research 2001; Vol 14, No 3: 119 – 124.
15. Carr E, Brockbank K, Allen S, Strike P. Patterns and frequency of anxiety in women undergoing gynaecological surgery. J of Clin Nurs 2006; 15: 341 – 352.
16. Good M, Cranston Anderson G, Ahn S, Cong X, Stanton-Hicks M. Relaxation and Music Reduce Pain Following Intestinal Surgery. Research in Nursing and Health 2005; 28: 240 – 251.
17. Pölkki T, Pietilä A-M, Vehviläinen-Julkunen K. Hospitalized children's descriptions of their experiences with postsurgical pain relieving methods. Int J of Nurs Stud 2003; 40: 33 – 44.
18. Christie W, Moore C. The Impact of Humor on Patients With Cancer. Clin J of Onc Nurs 2005; Vol 9, No 2: 211-218.
19. Sherwood, McNeill, Starck, Disnard. Changing Acute Pain Management Outcomes in Surgical Patients. AORN Journal 2003; Vol 77: No 2: 374-395.

Artikelpresentation

Referens nr: 10

Författare:	Sjöling M, Nordahl G, Olofsson N, Asplund K.
Titel:	The impact of preoperative information on state anxiety, postoperative pain and satisfaction with pain management.
Tidskrift:	Patient Education and Counseling
Publicationsår:	2003
Syfte:	Att undersöka om specifik information till patienter inför en knäplastikoperation gör att de erhåller bättre smärtlindring samt om det påverkar mängden konsumerad analgetika.
Metod:	En prospektiv studie med två grupper på vardera 30 patienter där den ena fungerar som kontrollgrupp och ges rutininformation. Den andra gruppen fungerar som undersökningsgrupp och får mer specifik och mer detaljerad information inför operationen. Postoperativ smärta mäts sedan med VAS-skala var tredje timme i tre dagar. Två frågeformulär fick även fyllas i, ett preoperativt och ett postoperativt.
Land/ursprung:	Sverige
Antal referenser:	39

Referens nr: 11

Författare:	Carr E, Thomas V, Wilson-Barnet J.
Titel:	Patient experiences of anxiety, depression and acute pain after surgery: a longitudinal perspective.
Tidskrift:	International Journal of Nursing Studies.
Publicationsår:	2005
Syfte:	Att undersöka betydelsen av de psykologiska faktorerna oro och depression på postoperativ smärta.
Metod:	85 kvinnor intervjuades dag 2, 4 och dag 10 efter operation samt 37 av dessa kvinnor deltog i en semistrukturerad telefonintervju fyra till 6 veckor efter operationen.
Land/ursprung:	Storbritannien
Antal referenser:	69

Referens nr: 12

Författare:	Wickström Ene K, Nordberg G, Gaston Johansson F, Sjöström B.
Titel:	Pain, psychological distress and health-related quality of life at baseline and 3 months after radical prostatectomy.
Tidskrift:	BMC Nursing
Publicationsår:	2006
Syfte:	Att undersöka patienters upplevelse av smärta och psykisk stress och deras hälsorelaterade livskvalité efter radikal prostatektomi.
Metod:	140 patienter skattade sin smärta med hjälp av VAS-skalan 24, 48 samt 72 timmar efter operation. De fick också svara på frågeformulär om oro och depression mätt med HAD-skala samt

livskvalité med hjälp av SF-36 som instrument. Detta upprepades 3 månader efter baseline d.v.s. 3 månader efter operationsdatum.
Land/ursprung: Sverige
Antal referenser: 33

Referens nr: 13

Författare: Boström B, Sandh M, Lundberg D, Fridlund B.
Titel: Cancer-related pain in palliative care: patient's perceptions of pain management.
Tidskrift: Journal of Advanced Nursing
Publicationsår: 2003
Syfte: Att beskriva hur patienter med cancer-relaterad smärta upplever hanteringen av sin smärta.
Metod: 30 patienter var strategiskt utvalda för intervjuer med öppna svar. Intervjuerna analyserades med ett fenomenologiskt tillvägagångssätt.
Land/ursprung: Sverige
Antal referenser: 27

Referens nr: 14

Författare: LaMontagne L, Hepworth J, Salisbury M
Titel: Anxiety and Postoperative Pain in Children Who Undergo Major Orthopedic Surgery.
Tidskrift: Applied Nursing Research
Publicationsår: 2001
Syfte: Att undersöka om barns preoperativa och postoperativa oro var relaterat till deras egna redogjorda smärta 2 samt 4 dagar efter operation.
Metod: 74 barn mellan 11 och 18 år med idiopatisk skolios deltog i studien. Oro samt smärta mättes vid 3 tillfällen med hjälp av STAI (Stait-Trait Anxiety Inventory) respektive VAS-skalan, dagen innan operation, 2 dagar efter samt 4 dagar efter operation.
Land/ursprung: USA
Antal referenser: 29

Referens nr: 15

Författare: Carr E, Brockbank K, Allen S, Strike P.
Titel: Patterns and frequency of anxiety in women undergoing gynaecological surgery.
Tidskrift: Journal of Clinical Nursing.
Publicationsår: 2006
Syfte: Att vid gynekologiska operationer identifiera mönster och frekvens av pre- och postoperativ oro, att identifiera korrelation mellan ökad oro och postoperativ smärta samt identifiera händelser eller orsaker som kan öka eller minska oro postoperativt.
Metod: Studien använder sig av ett mixat tillvägagångssätt. Oro samt smärta mättes 6 gånger pre- och postoperativt med STAI formulär respektive VAS-skalan. En vecka efter genomgången operation genomfördes semistrukturerade telefonintervjuer.

Land/ursprung: Storbritannien
Antal referenser: 87

Referens nr: 16

Författare: Good M, Cranston Anderson G, Ahn S, Cong X, Stanton-Hicks M.
Titel: Relaxation and Music Reduce Pain Following Intestinal Surgery.
Tidskrift: Research in Nursing and Health
Publikationsår: 2005
Syfte: Att undersöka hur avslappning, musik och en kombination av dessa två faktorer inverkar på upplevelsen av smärta på patienter efter tarmoperation.
Metod: 167 patienter var slumpmässigt utvalda. Smärta mättes med VAS-skalan dag 1 och 2 postoperativt och patienterna var i en av 3 grupper. En grupp fick avslappningsövningar, en grupp endast musik och en grupp en kombination av båda.
Land/ursprung: USA
Antal referenser: 54

Referens nr: 17

Författare: Pölkki T, Pietilä A-M, Vehviläinen-Julkunen K.
Titel: Hospitalized childrens descriptions of their experiences with postsurgical pain relieving methods.
Tidskrift: International Journal of Nursing Studies
Publikationsår: 2002
Syfte: Att beskriva barns (mellan 8 och 12 år) upplevelse av postoperativa metoder för smärtlindring och deras förslag till sjuksköterskor och föräldrar rörande smärtlindring på sjukhus.
Metod: 52 barn intervjuades vid 3 tillfällen postoperativt under en sammanlagd period på 4 månader. Smärta skattades med hjälp av VAS-skalan.
Land/ursprung: Finland
Antal referenser: 54

Referens nr: 18

Författare: Christie W, Moore C.
Titel: The Impact of Humor on Patients With Cancer.
Tidskrift: Clinical Journal of Oncology Nursing
Publikationsår: 2005
Syfte: Att med hjälp av Stetler-modellen göra en litteraturstudie som beskriver positiv korrelation mellan humor och välbefinnande hos patienter med cancer.
Metod: 20 studier djupanalyserades med hjälp av Stetler-modellen. Av dessa 20 studier var 9 kvalitativa, 8 kvasiexperimentella samt 3 experimentella.
Land/ursprung: USA
Antal referenser: 27

Referens nr: 19

Författare: Sherwood, McNeill, Starck, Disnard.
Titel: Changing Acute Pain Management Outcomes in Surgical Patients.
Tidskrift: AORN Journal
Publicationsår: 2003
Syfte: Att undersöka vilka faktorer som spelade en avgörande roll i smärtupplevelsen postoperativt samt vad som avgjorde huruvida smärtbehandlingen var tillfredställande eller ej.
Metod: Två studier gjordes där American Pain Society Pain questionnaire användes. 148 personer intervjuades i studie A och 89 i studie B.
Land/ursprung: USA
Antal referenser 60