



HÖGSKOLAN  
**KRISTIANSTAD**

Institutionen för hälsovetenskaper  
SKD806 Uppsats i omvårdnad  
(61-80), 10 poäng

Patienters upplevelser av bemötande  
vid postoperativ smärta  
- efter knä eller höftledsarthroplastik

Datum: 070529

Författare: Anna Pålsson

Handledare: Lisbeth Lindell  
Examinator: Kristina Lindholm

# Patienters upplevelser av bemötande vid postoperativ smärta

- efter knä eller höftledsarthroplastik

Författare: Anna Pålsson

Handledare: Lisbeth Lindell

Empirisk studie

Datum 070529

## Sammanfattning

Antalet knä- och höftledsplastiker ökar i västvärlden och operationerna kan medföra smärta. Postoperativ smärta är ett välkänt fenomen och smärtlindring och smärtlindringsmetoder är välutvecklade men betydelsen av bemötandet är föga belyst. Det finns fortfarande patienter som upplever smärta i onödan. Inom den elektiva kirurgin underskattas smärtan på 25 % av patienterna. Syftet med studien var att beskriva patienters upplevelser av omvårdnadspersonalens bemötande vid postoperativa smärtupplevelser under sjukhusvistelse efter knä eller höftledsarthroplastik. Studien bygger på kvalitativ fenomenologisk forskningsmetod enligt Amadeo Giorgio (1985). Urvalet består av 11 patienter som genomgått knä eller höftledsarthroplastik. Deltagarna intervjuades i sina hem och intervjuerna har bandinspelats och analyserats. Resultatet visar att smärtlindringen är beroende av ömsesidig kommunikation. De patienter som upplevde svår smärta upplevde även bristande kommunikation. Smärta som orsakades av rädsla eller sociala faktorer tenderade att underskattas av omvårdnadspersonalen. De patienter som upplevde en trygg tillitsfull relation till omvårdnadspersonalen upplevde också god smärtlindring. Helhetssynen är begränsad inom den elektiva ortopedin. Särskilt fokus bör läggas på smärta som förstärks av socialpsykologiska faktorer. Omvårdnadspersonalen måste sträva efter att bygga och upprätthålla en tillitsfull relation till patienten för att kunna bemästra smärtan. Bemötandet vid postoperativ smärta kan utvecklas och förbättras och studien kan användas som underlag vid kvalitetsutvecklingsarbeten.

Nyckelord: Omvårdnad, Postoperativ smärta, Ortopedi, Kommunikation, Helhetssyn

# Patients experiences of nursing interaction in the context of postoperative pain

-after knee or hiparthroplasty

Author: Anna Pålsson

Supervisor: Lisbeth Lindell

Empirical study

Date 070531

## Abstract

Elective joint surgery increases for every year and the operations are associated with postoperative pain. Postoperative pain is a well known phenomenon and pain physiology and analgesics are well known by caregivers, but the significance of the interaction between patient and caregiver is not illuminated. There are still patients experiencing unnecessary postoperative pain. Among patients in elective surgery, 25% runs a risk for underestimated pain. The aim of the study was to describe patient's experiences of nursing interaction in the context of postoperative pain during hospitalisation after going through knee- or hiparthroplasty. This study was constructed on a qualitative phenomenological research method of Amadeo Giorgio (1985). The sample contains 11 patients undergoing knee- or hiparthroplasty. The informers were interviewed in their own home and the interviews were taped and analyzed. The result indicates that pain relief is depending on interactive communication. All the patients who experienced intense pain also experienced deficient communication. Pain caused by anxiety or social relations runs a risk for underestimation by the caregivers. The patients who experienced a faithful relation also experienced satisfying pain relief. Holistic view is limited in orthopaedic care and effect on pain by socialpsychologic reasons has hitherto not been reported. The caregivers need to obtain a trustful relation to the patients to minimize pain. The nursing care for postoperative pain can be developed and this study might contribute to development of quality in post surgical orthopaedic care.

Keywords: Nursing, Postoperative pain, Orthopaedic, Communication, Holistic view.

## Innehållsförteckning

<b>BAKGRUND</b> .....	<b>1</b>
<b>SYFTE</b> .....	<b>4</b>
<b>METOD</b> .....	<b>4</b>
Val av undersökningsmetod .....	4
Förförståelse.....	5
Undersökningens kontext .....	6
Urval .....	8
Genomförande .....	8
Datainsamling .....	9
Analys .....	10
Etiska aspekter.....	12
<b>RESULTAT</b> .....	<b>13</b>
Inledning.....	13
Preoperativ information .....	14
Tidigare erfarenheter av bemötande .....	14
Bristande bemötande och maktlöshet.....	16
Trygg relation till omvårdnadspersonal.....	19
Essens.....	22
<b>DISKUSSION</b> .....	<b>23</b>
Metoddiskussion .....	23
Resultatdiskussion .....	28

## REFERENSER

Bilaga 1 Tillstånd av verksamhetschef

Bilaga 2 Informationsbrev

Bilaga 3 Medgivandebrev

Bilaga 4 Intervjumanual

## BAKGRUND

Upplevelser vid postoperativ smärta har alltid varit ett dilemma då smärta är en subjektiv upplevelse som kan vara svår att förstå för omgivningen. Trots omfattande forskning finns det fortfarande patienter som upplever svår smärta och otillräcklig smärtlindring efter operation. Problematiken med smärta efter ledprotesoperationer skiljer sig från övriga postoperativa smärttillstånd eftersom svår smärta i rörelseapparaten också begränsar möjligheterna till en god mobilisering. Livskvaliteten försämras betydligt av begränsad rörlighet och komplikationer som tillstött på grund av otillräcklig smärtlindring kan leda till inskränkningar i det dagliga livet och minskat socialt umgänge. Otillräcklig postoperativ smärtlindring kan dessutom leda till långvarig smärtproblematik som i sin tur kan medföra depression, oro, och sömnstörningar och det är av stor vikt att hindra smärtan från att slå rot (Hall-Lord, Steen & Larsson, 1999).

Socialstyrelsens statistik (2007) visar att ledplastikerna ökar årligen. I Sverige utfördes 9034 primära knäledsplastiker år 2005, vilket är en ökning jämfört med år 2000 då 5697 primära knäplastiker operationer genomfördes. Vad gäller primära höftledsplastiker genomfördes sammanlagt 16874 operationer år 2005, jämfört med år 2000 då endast 12844 primära höftledsoperationer utfördes. Enligt Hall-Lord et al (1999) underskattas smärtupplevelsen på 25 % av de patienter som genomgår elektiv kirurgi (a.a.).

Det finns studier som påvisar bristande bemötande vid smärta och enligt Kim, Schwartz-Barcott, Tracy, Fortin och Sjöström (2005) uppskattar omvårdnadspersonal smärta baserat på observationer, samtal, tonlägen och tidigare erfarenheter. Patienternas fysiska uttryck påverkar omvårdnadspersonalen smärtskattning i första hand, medan verbala uttryck kommer i andra hand eller

ignoreras. Omvårdnadspersonal grundar inte alltid smärtbedömningen individuellt, utan uppskattar smärtan utifrån vilken operation patienten genomgått, vilken form av anestesi de fått och hur lång tid som förflutit efter operationen.

Omvårdnadspersonal avser i denna studie den personal som bedriver omvårdnad och det innefattar undersköterskor, sjuksköterskor, sjukgymnaster och läkare. Omvårdnad innebär enligt Orlando (1990) att identifiera och möta patientens behov av omvårdnad i situationer där patienten är hjälplös. Omvårdnad är en unik funktion som tillgodoser individens omedelbara behov av stöd, med hjälp av interaktionsprocessen. Målsättningen är att avlägsna patientens obehag och främja välbefinnande (a.a.).

Det finns brister beträffande smärtskattning och enligt Berg, Gunnarsson, Allwood, Odén, Sjöström och Steen (2005) finns det även svårigheter för patienter att uttrycka smärta när de måste använda mätinstrument och uttryck som används i checklistor, eftersom smärtbeskrivningen har en tendens att ge upphov till missförstånd när patienterna inte kan använda sina egna uttryck för smärtan. Enligt Closs och Briggs (2001) förekommer även svårigheter att klarlägga vad smärtbeskrivningen står för. När patienter beskriver sin smärtupplevelse använder 85 % av patienterna ord som både speglar smärta och oro. Det beror på att smärtan kan utlösa andra känslor eller upplevelser som patienten bär med sig sedan tidigare, och därav kan det vara svårt att säkerställa vad smärtbeskrivningen står för. De emotionella nyanserna av smärtupplevelsen kan vara oro, rädsla, ilska och resignation.

MC Donald, Mc Nulty, Erickson och Weiskopf (2000) beskriver att patienter undviker att diskutera otillräcklig smärtlindring. De väntar med att uttrycka smärtstegring tills rondan kommer för att inte besvära omvårdnadspersonalen i onödan. Det finns patienter som avböjer analgetika för att få komma hem tidigare

och det förekommer även att patienter som haft mycket ont postoperativt inte kan förklara varför de avstått från att diskutera sin smärtproblematik med omvårdnadspersonalen.

MC Donald och Molony (2004) jämförde patienter som fick preoperativ utbildning i smärtekommunikation och smärthantering, med en kontrollgrupp som fick ordinarie preoperativ information. Studien visade signifikant skillnad mellan de båda grupperna. Patienterna i kontrollgruppen hade mer smärta än de som fick utbildning i smärtekommunikation och smärthantering. Känslan av att ha kunskaper i smärtekommunikation kan även ha bidragit till minskad oro innan operation. MC Donald och Molony (2004) menar att omvårdnadspersonalens kunskaper om smärtlärologi är välutvecklade, men betydelsen av kommunikationen med patienterna är föga belyst (a.a.).

Det finns ett tydligt samband mellan patienternas upplevda smärtintensitet och omvårdnadspersonalens smärtskattning, men generellt underskattar omvårdnadspersonalen smärtan (Idvall, Hamrin, Sjöström och Unosson, 2002; Rundshagen, Schnabel, Standl och Schulte am Esch, 1999; Hall-Lord, et al, 1999). Idvall et al (2002) beskriver vidare att det finns ett samband mellan bristande kommunikation och underskattad smärta och det finns ett behov av att belysa bemötandet vid postoperativ smärta.

## **SYFTE**

Syftet med studien var att beskriva patienters upplevelser av omvårdnadspersonalens bemötande vid postoperativa smärtupplevelser under sjukhusvistelse efter knä- eller höftledsarthroplastik.

# METOD

## Val av undersökningsmetod

När studien påbörjades var författarens intention att undersöka fenomenet bemötandet vid smärta. Smärta har i alla tider varit föremål för forskning och det finns ett flertal studier som berör smärta. Trots all forskning finns det fortfarande patienter som får otillräcklig smärtlindring, och det har väckt författarens intresse för att undersöka fenomenet utifrån en fenomenologisk metod. Författaren valde kvalitativ fenomenologisk forskningsmetod enligt Amadeo Giorgio (1985) för att undersöka patienternas upplevelser av bemötande vid smärta. Fenomenologisk metod eftersträvar att beskriva verkligheten som den upplevs och beskrivs av de människor som upplever fenomenet (Kvale, 1997; Polit & Beck, 2004). Fenomenologisk deskriptiv metod enligt Giorgio (1985) kännetecknas utav att undersöka "the things themselves" (a.a. s, 8). Enligt Dahlberg (1997) kommer fenomen utav det grekiska ordet "phainesthai" som betyder "det som visar sig" (a.a. s, 56). Enligt Giorgio (1985) bygger fenomenologi på att studera individernas perspektiv av livsvärlden genom att lyfta fram en kvalitativ mångfald. Fördjupad kunskap om andra människor fås genom kommunikation och interaktion. Den övergripande meningen med forskning som har en livsvärldsansats är att öka förståelsen för människors tillvaro genom att undersöka intervjupersonernas upplevelser och erfarenheter av fenomenet. Genom att synliggöra strukturen och variationerna i intervjuerna återstår det som är ständigt återkommande gemensam nämnare hos undersökningsgruppen och på så vis framträder essensen. Det som förblir konstant är fenomenets innersta väsen. Livsvärlden är det perspektiv av livsvärlden som den upplevs av varje enskild individ.

Alla ting har en mening för människan inom fenomenologi och det är meningen



som gör tingen till det tingen är. Fenomenologisk filosofi präglas av intentionalitetsteorin som innebär att människan handlar utifrån sina erfarenheter. Människans upplevda erfarenheter utgör en livsvärld och betydelsen av erfarenheterna är avgörande för de val människan gör i livet. Fenomenologisk metod lyfter fram faktorer på ett grundläggande plan genom bracketing som innebär att författaren reducerar sin förförståelse. Fenomenologi möjliggör att tingen kan visa sig i en annan skepnad än de tidigare antagits visa sig (Giorgio, 1985).

### Förförståelse

Enligt Kvale (1997) karaktäriseras den fenomenologiska metoden av reduktionen som innebär att författaren är medveten om och redovisar sin förförståelse inom ämnet. Författaren undviker även att fälla omdömen för att återge en förutsättningslös beskrivning utav fenomenets innersta väsen. Enligt Polit och Beck (2004) ska författarens förförståelse identifieras och redovisas för att klarlägga vilka faktorer som kan påverka studieresultatet (a.a.). Den fenomenologiska metoden kräver att författaren kan ifrågasätta all kunskap som tidigare erhållits. Författarens syn på förförståelse präglas av tidigare erfarenheter. Författarens erfarenheter består av tio års arbete som undersköterska inom äldreomsorg och tre års arbete som sjuksköterska inom ortopedi. Författaren har här arbetat med ledplastiker och smärtbehandling. Eftersom författaren har arbetat som sjuksköterska på den ortopedkliniken där studien genomfördes känner författaren den personal som arbetar på ortopedkliniken och har en relation till dem. Patienterna som deltar i studien har inte vårdats av författaren innan eller efter intervjuerna. Författaren har således ingen relation till studiedeltagarna utöver intervjuerna.

Att fältet är känt både underlättar och försvårar arbetet. Det positiva är att det

underlättar tillträde till verksamheten. Den negativa effekten av att fältet är känt gör att det gäller att inte ta något för givet. Författaren måste arbeta medvetet med sin egen förförståelse för att kunna inta en så kritisk och öppen inställning som möjligt eller som Englander (2007, s 57) skriver "Att jag som forskare i min beskrivning av ett fenomen intar en kritisk reflekterande attityd genom att sätta alla mina antagande, tidigare kunskaper och "förutfattade meningar" om det fenomen som jag undersöker inom parantes." Detta försöker författaren så långt det är möjligt göra genom att så exakt eller precist som möjligt beskriva ett fenomen.

Innan studien påbörjades, utfördes granskning av litteratur som berör postoperativ smärta för att kartlägga vilka kunskaper och problem som fanns inom området. Granskningen visade att det fanns goda kunskaper om smärtfysiologi och analgetika men att kommunikationen vid postoperativ smärta var otillräcklig. Känslan av att kommunikationen var ofullständig delades av författaren och var en bidragande orsak till studiens utformning och genomförande.

### Undersökningens kontext

Patienterna kommer i kontakt med olika yrkeskategorier under vårdtiden. Bemanningen på den undersökta avdelningen består av sex sjuksköterskor och 12 undersköterskor som ansvarar för 48 patienter. Patienterna träffar även läkarna på rondan varje morgon. Patienterna träffar samma sjukgymnast varje dag under vårdtiden. Sjuksköterskorna som har en patientnära roll vid smärtlindringen har mellan noll och åtta års yrkeserfarenhet. Sammanlagt arbetar 22 sjuksköterskor på avdelningen

På den undersökta kliniken smärtbehandlas undersökningsgruppen enligt ett utarbetat standardvårdprogram. De patienter som opereras med knäledsplastik

premedicineras kvällen före operation med Panodil och Oxycontin, och fortsätter med samma medicinering även efter operation. Perioperativt ges spinalbedövning med morfin och innan operationen avslutas läggs en lokalbedövning. Postoperativt ges även Ibuprofen och kylbandage. Innan patienterna skrivs ut trappas Oxycontin ut och ersätts av Tiparol retard.

De patienter som opereras med höftledsplastik premedicineras med start kvällen före operation med Panodil och Tiparol retard som ges kontinuerligt fram till operation. Perioperativt ges Spinalbedövning med Morfin och det händer även att några patienter sövs. Efter operationen fortsätter behandlingen med Panodil och Tiparol enligt vårdprogram. Postoperativt ges även Ibuprofen till de patienter som genomgått höftledsplastik.

Den ordinerade dosen analgetika utvärderas med hjälp av en standardvårdplan till både höft och knäledsplastiker. Patienternas smärta uppskattas med hjälp av VAS och dokumenteras i vårdplanen. Enligt IASP (2007) är VAS en visuell analog skala från 1-10 som används för att uppskatta smärta (a.a.). Målsättningen är att VAS ska vara mindre än 3. I de fall där den ordinerade dosen analgetika anses vara otillräcklig ska läkare kontaktas för att anpassa läkemedelsdoseringen efter patientens behov, och det finns även en generell ordinationslista att tillgå vid behov utan att läkare kontaktas.

## Urval

Studien baserades på ett konsekutivt urval bestående utav 12 patienter som inkluderades under tidsperioden 060111 – 060215. Enligt Giorgio (1985) eftersträvas ett ändamålsenligt urval. Undersökningsgruppen ska vara representativt och innehålla variationer (a.a.). Inklusionskriterierna avsåg patienter som genomgått TKA (Total Knee Arthroplasty) eller THA (Total Hip Arthroplasty). Patienterna skulle ha varit inlagda på ortopedkliniken och

genomgått primära ledplastiker. De skulle vara bosatta i Skåne och ha förmåga till verbal kommunikation. En studiedeltagare insjuknade i hjärtinfarkt strax efter utskrivning och exkluderades av den anledningen från studien och därefter återstod endast elva patienter att intervjua. Deltagarna var 52-79 år och hade en medelålder på 68 år. Genomsnittsvårdtiden var 6,5 dagar (se tabell 1).

Tabell1. Deltagaröversikt

Informant	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Kön	♂	♀	♀	♀	♀	♀	♀	♀	♂	♂	♂
Ålder	66	52	53	86	71	65	63	72	79	69	79
Operation	TKA	TKA	TKA	THA	TKA	TKA	TKA	TKA	TKA	TKA	THA
Civilstånd	gift	gift	gift	änka	gift	gift	gift	gift	gift	gift	gift
Vårdtid antal dagar	6	4	6	6	5	6	7	6	6	7	7
Tidigare operationer	2	1	3	2	1	2	2	-	1	1	6

## Genomförande

Innan studien påbörjades erhöles tillstånd av ortopedklinikens verksamhetschef för att intervjua patienter som varit ineliggande på den berörda kliniken (se bilaga 1). Patienterna inkluderades när de skulle skrivas ut från avdelningen. För att kunna övervaka patientflödet och förvissa sig om att alla patienterna fick samma information utsågs en läkare till att inkludera patienter. Läkaren informerade patienterna muntligen om studien och gav dem skriftlig information (se bilaga 2). Därefter fick patienterna läsa igenom informationen och ta ställning till om de ville delta eller ej. De patienter som var intresserade av att delta i studien lämnade skriftligt informerat samtycke och telefonnummer innan hemresan (se bilaga 3).

## Datainsamling

De patienter som lämnade samtycke blev uppringda inom en vecka efter utskrivning för att komma överens om datum och tid för intervju. Intervjuerna ägde rum i patienternas egna hem. Patienterna fick själva bestämma var de skulle intervjuas och välja ett datum som passade. De intervjuades mellan sju och 18 dagar efter utskrivning från ortopedkliniken. Fridlund och Hilding (2000) rekommenderar att informanten har distans till upplevelsen vid intervjutillfället.

Vid intervjutillfället informerades patienterna ännu en gång om syftet och hur materialet skulle hanteras. Innan intervjuerna påbörjades bekantade sig författaren med patienterna för att skapa en tillitsfull relation och det fanns även utrymme för frågor beträffande studien. För att materialet skulle bli hanterbart spelades alla intervjuerna in på band och alla patienterna godkände användandet av bandspelare innan intervjuerna startade. Intervjuerna baserades på en intervjumanual (se bilaga 4). Enligt Kvale (1997) ska en fenomenologisk intervju genomföras utifrån en halvstrukturerad intervjuguide med centrala teman som innefattar förslag till frågor (a.a.). Intervjuguiden ska innehålla breda öppna frågor för att eftersträva en innehållsrik substans (Moustakas, 1994).

Patienterna uppmuntrades att spontant beskriva vad de upplevt utan att bli avbrutna och de tilläts upptäcka nya förhållanden utan intervjuarens påverkan. Författaren ställde så lite frågor som möjligt för att undvika påverkan baserat på antaganden. Patienterna berättade om situationer de upplevt och därefter ställdes följdfrågor av icke ledande karaktär för att ge utrymme till förtydliganden. Författaren eftersträvade djup och variation (Robinsson & Englander 2007). Enligt Giorgio (1985) kräver intervjuerna en öppenhet som karaktäriserar den fenomenologiska metoden. Det som informanten berättar kan vara av stor betydelse även om det inte ter sig så vid första intrycket och därför är det viktigt

att inte dra förhastade slutsatser innan intervjuerna är slutförda eftersom det kan bidra till ledande följdfrågor och felaktiga antaganden (a.a.). Det är betydelsefullt att författaren väljer ett språk och ett öppet förhållningssätt under intervjusituationen. Författaren ska även lyfta fram frågorna i en lämplig ordning som anpassas efter situationen (Moustakas, 1994). Alla patienter intervjuades en gång och intervjuerna varade mellan 30 och 60 minuter.

## Analys

De bandinspelade intervjuerna skrevs ut ordagrant och analyserades enligt den fenomenologiska metod som Giorgio (1985) beskriver. Första steget i analysen är att läsa igenom textmaterialet för att få en uppfattning om innehållet. Därefter lästes texten igenom ytterligare med fokus på det fenomen som undersöktes för att urskilja meningsbärande enheter. Indelningen i mindre enheter är nödvändig för att göra materialet överskådligt och hanterbart. En meningsbärande enhet urskiljs genom att uppmärksamma när meningen i det som beskrivs ändrar karaktär. Den meningsbärande enheten markeras och avskiljs i texten varje gång upplevelsen förändras. Denna process sker upprepade gånger tills enheterna fastställts (Giorgio, 1985; Moustakas, 1994; Polit & Beck, 2004; Robinsson & Englander, 2007).

Dessa meningsbärande enheter låg sedan till grund i analysens nästa steg, transformationen. Transformationen innebär att analysen övergår till en beskrivande nivå och patientens egna ord översätts till ett vetenskapligt språk. Transformationen har till uppgift att klargöra betydelsen i varje meningsbärande enhet eftersom patientens beskrivning av fenomenet uttrycker flera sanningar på ett kryptiskt språk. Genom att undersöka tänkbara variationer av patientens handling och mening i varje meningsbärande enhet klargör betydelsen av fenomenet. Därefter utarbetas kategorier genom att forskaren fördjupar sig i

konkret uttalade upplevelser utifrån subjektets verklighet (Giorgio, 1985; Robinsson & Englander, 2007). Författaren följde de olika stegen enligt följande exempel (figur 2).

Figur 2. Analysens steg

Meningsbärande enheter	Transformerering	Kategori
<p>Man känner sig så hjälplös så jag skulle nog kunna göra vad de hade sagt till mig, vad för något som helst bara för att bli av med smärtan, men alla känslorna kommer samtidigt, man blir rastlös och man vänder och vrider sig och tårarna di rinner och man har inte koll på det själv det gör liksom att det går för långt</p>	<p><u>S</u> känner sig hjälplös, hon är <u>villig att göra vad som helst</u> för att påverka situationen och bli av med smärtan, men det ligger <u>utanför hennes påverkan</u> och när känslorna hopar sig upplever <u>S</u> att <u>situationen är ohanterbar</u>.</p>	<p>Maktlöshet</p>

Efter transformeringen och kategoriseringen betraktades textmaterialet med abstraktion i fokus för att urskilja essensen. Genom observationer av likheter och olikheter framträder olika begrepp. Patienternas mening med fenomenet framträder genom iakttagelser av variationerna i analysmaterialet. Därefter kan den enskilda upplevelsens struktur sammanfattas till en gemensam konstant struktur och på det viset framträder essensen (Giorgio, 1985; Robinsson & Englander, 2007). Författaren granskade patienternas handlingar och dess betydelse för de olika informanterna för att kunna urskilja nyanser. Genom att analysera de ord som konstant framträdde i ett gemensamt sammanhang, gick det att utläsa meningen med fenomenet. Analysprocessen återupprepades ett antal gånger. Intervjumaterialet analyserades i samråd med handledare. Handledaren tog del utav intervjuer och analyser som författaren genomförde under arbetets gång.

## Etiska aspekter

Innan studien påbörjades övervägdes nyttan med studien och riskerna för patienterna. Därefter lämnades projektplanen in för granskning till etiska rådet på Högskolan Kristianstad Institutionen för Hälsovetenskaper (Diarienummer ER 2005-91). När etiska rådet godkänt studiens genomförande påbörjades inkluderingen av patienter. Patienterna blev informerade utifrån forskningsprinciperna i Declaration of Helsinki (1964). Studiedeltagarna tilldelades muntlig och skriftlig information om studiens syfte och metod innan de godkände deltagande. De blev även informerade om att allt deltagande var frivilligt och att de kunde avbryta sitt deltagande när som helst utan att behöva ange någon anledning till detta, och utan att detta skulle påverka deras vård.

Enligt Declaration of Helsinki (1964) ska informanternas integritet respekteras (a.a.). Studien genomfördes i patienternas hem med hänsyn till patienternas integritet. Patienterna gav sitt skriftliga samtycke till att delta i studien, bli uppringda och att bli intervjuade i hemmet. Därefter ringde författaren upp patienterna för att komma överens om ett lämpligt datum. Innan studien påbörjades kontaktades klinikens kurator för att informeras om studien och förberedas på att informanterna kanske kunde behöva kuratorstöd. Tanken var att förbereda kuratorn inför eventuella uppföljande samtal om upplevelser i samband med operationen. Intervjuerna förväntades inte väcka starka emotionella reaktioner hos intervjupersonerna men med tanke på att det förekommer känslor kring smärta är det naturligt att psykodynamiska processer aktiveras och det var intervjuarens ansvar att hantera detta. Det var även författarens ansvar att hantera materialet konfidentiellt. Det insamlade materialet har endast använts till denna studie. Intervjuerna har bandinspelats och sparats och transkriberingsmaterialet har förvarats inlåst.



# RESULTAT

## Inledning

Resultatet presenteras i löpande text och för att förtydliga betydelsen av fenomenet har belysande citat använts. Varje citat har fått en siffra som refererar till någon av de elva informanterna. Klippta citat har markerats med två snedstreck som innebär att citaten är tagna från samma informant vid olika tillfällen under intervjun. Under analysens gång framkom fyra kategorier som beskriver upplevelser av omvårdnadspersonalens bemötande. De fyra kategorierna bestod av preoperativ information, tidigare upplevelser av bemötande i samband med smärta, bristande kommunikation och maktlöshet, och slutligen trygg relation till omvårdnadspersonal.

## Preoperativ information

Bemötandet innan operationen påverkade den postoperativa smärtan både negativt och positivt. De patienter som fick bristande preoperativ information skapade egna förväntningar som inte motsvarade verkligheten och följaktligen upplevde de en besvikelse efter operationen. Besvikelsen påverkade smärtan negativt.

*”Jag har aldrig varit med om värre. Det är som jag säger att hade jag visst att jag skulle ha så ont så hade jag aldrig blivit opererad för då kunde jag gå där och linka som jag gjorde (9).”*

Tydlig information om postoperativa konsekvenser och åtgärder förberedde patienterna. Känslan av att vara förbered inför operationssmärtan gav trygghet och skapade även förväntningar på omvårdnadspersonalen. De patienter som upplevde tillfredställande information och god smärtlindring beskrev att de kände sig trygga och förberedda när de förstod att det gick att åtgärda och förebygga smärta.

*”...jag fick veta att det är ett stort ingrepp och det kommer att kännas efteråt så det kommer att göra ont men då fick jag samtidigt upplysningar om att det finns tabletter och att man inte ska behöva lida //...jag var så införstådd med att det skulle göra ont, jag tycker inte att det var något utöver det som jag hade förväntat mig. (8)”*

### Tidigare erfarenheter av bemötande i samband med smärta

När patienterna blev ombudda att beskriva upplevelsen av bemötande vid smärta under sjukhusvistelsen, refererade patienterna till andra tidigare operationer som de genomgått. Informanterna visade stort behov av att jämföra och prata om sina tidigare operationer och intervjuerna visar tydligt hur de tidigare operationerna påverkar upplevelsorna i nuet. Patienternas erfarenheter av bemötande vid tidigare smärtupplevelser präglade patienternas behov av stöd. Det framkom både negativa och positiva erfarenheter och det blev tydligt att minnet styrde intrycket och färgade upplevelsorna av den postoperativa smärtan. Det framkom negativa smärtupplevelser från tidigare operationer som väckte känslor som rädsla och oro inför nästa operation. De berättade att gamla smärtupplevelser inte gör sig gällande i vardagen utan menade att smärtupplevelsen vilar i det undermedvetna och kan komma att aktiveras om deras minne återuppväcks, till exempel inför en ny operation.

*” Mycket möjligt om man kommer in och ska göra en sådan operation till eller göra någonting annat då hade man nog varit noga att säga att för guds skull se till så att jag slipper en sådan natt för jag hade en sån natt när jag blev opererad sist (2).”*

De beskrev även betydelsen av att bli sedd och tagen på allvar när de berättade

om sina smärtminnen. De patienter som bar med sig svåra smärtminnen värdesatte känslan av tillit till omvårdnadspersonal.

*” Förra gången jag opererades då var det för drygt 1-1,5 år sedan, då gjorde de det andra knäet. Då hade jag också en enorm smärta på operation och fick inte den hjälpen, så jag tog upp det med narkosläkaren denna gång och hon lovade mig att jag skulle få den hjälp jag behövde (6).”*

Tidigare erfarenheter av sjukhusvistelse präglade förväntningarna av bemötande vid postoperativ smärta.

### **Bristande kommunikation och maktlöshet**

Det framkom under studiens gång att bristande bemötande vid smärta leder till maktlöshet eftersom patienterna är beroende av vårdgivaren. Informanterna blev maktlösa när kommunikationen inte fungerade. Smärtupplevelsen intensifierades när omvårdnadspersonalen inte diskuterade smärtan med patienterna och patienterna miste tilliten när de inte kom till klarhet med vad som orsakade smärtan. De patienter som upplevde att de blev negligerade kände att smärtupplevelsen intensifierades och patienterna upplevde att de inte kunde göra något för att påverka situationen. Det framkom även upplevelser av att omvårdnadspersonalen brydde sig om, men betedde sig villrådigt inför smärtan. Upplevelsen av hjälplöshet leder till maktlöshet som beskrivs i citatet som följer.

*”Det var så grymt, men det är jätte svårt att beskriva det annars. Jag blir väldigt eh...rastlös,.....frustrerad,...blir ledsen... Tankarna....ehm.....det är precis som att alla tankarna jag kan inte förklara men känslorna ja allting bara väller upp. Man*

*känner sig så hjälplös så jag skulle nog kunna göra vad de hade sagt till mig, vad för något som helst bara för att bli av med smärtan, men alla känslorna kommer samtidigt, man blir rastlös och man vänder och vrider sig och tårarna di rinner och man har inte koll på det själv det gör liksom att det går för långt (2)”*

Det bristande bemötandet ledde till att patienterna inte kunde delge eller inte vågade delge smärtan. Det fanns även patienter som delgav smärtupplevelsen men ändå inte fick respons. De patienter som inte kunde delge smärta när de hade ont beskrev att all kraft och energi gick åt till att hantera smärtan och rädslan.

*” Det var blockerat, det var smärtan som tog överhanden (3).”..” Man var ju inte så där jävra kvick till att snacka heller när man låg där och hade ont, det gör man inte (9).”*

De patienter som inte vågade delge smärta beskrev att det var svårt att prata om smärtan inför många andra patienter. Den stressande miljön bidrog till att smärtan intensifierades och rädslan för missförstånd ökade ytterligare när patienterna kände att kommunikationen inte fungerade. Rädslan för missförstånd ledde till att patienterna inte vågade delge smärtupplevelsen eftersom patienterna var rädda för att de skulle bli feldoserade. Det framkom upplevelser av att omvårdnadspersonalen inte uppfattade smärtans lokalisation. De patienter som upplevde smärta på flera ställen samtidigt kände att smärtan var svår att beskriva vilket kan ses i citatet som följer.

*” Jag fick något sådant där mätinstrument och det är ju skitsvårt för det finns ju olika slags smärta. Det finns en smärta som molar precis hela tiden och den är ju ganska jobbig men den är kanske inte så hög men den är påfrestande uppe i huvudet för*

*man blir liksom fixerad av att det gör ont hela tiden, man kan inte tänka på något annat (3).”*

Intervjuerna visade att VAS mätningen inte förändrade kommunikationen i någon riktning. Mätinstrumentet är beroende av god kommunikation för att det ska fungera och det finns inget som tyder på att mätinstrumentet underlättar kommunikationen när smärtbehandlingen inte fungerar.

De patienter som upplevde svår smärta och trodde att omvårdnadspersonalen förstod smärtbeskrivningen, blev mycket rädda när läkemedlet inte uppnådde avsedd effekt. Rädslan orsakades av tankar om att operationen blivit misslyckad och att aldrig mer kunna gå. Rädslan ledde till en intensifierad smärtupplevelse som blev mycket svår att behandla. När patienterna förstod att de fått för lite smärtlindring kände de en besvikelse och miste förtroendet till omvårdnadspersonalen.

*” Det är inte så att det har gått åt fel någonstans? Så att jag ska behöva..... kanske göra en ny operation eller någonting sånt? Det är klart att tankarna finns där ju, men det var mycket, jag vet att det var mycket få tankar det gick liksom ut på att hantera känslorna och smärtan, men klart man blir rädd...klart man blir rädd. Tänk om man inte kan gå mer, tänk om man inte kan dansa mer, det som är mitt liv! (2)”*

De patienter som genomgått höftledsoperation tillgavs restriktioner för att undvika höftledsluxation och upplevelsen av smärta förstärktes när de kände att de inte klarade av att följa restriktionerna utan stöd. De kände sig negligerade och kränkta när de bad om fysiskt stöd och inte fick det. Rädslan och smärtan bidrog

även till att patienterna undvek gångträning för att inte riskera komplikationer.

*”då blir det häftiga rörelser istället för att man ska ta lugna rörelser i en nyopererad led så påverkar det ju att det gör ont och jäklas med en ” // ” Man vill ju känna trygghet när man är ute och man vet att oj, oj klarar jag inte detta och jag står på nosen här, hur går det då med operationen. När de poängterar att det är så viktigt att det får du inte göra och det får du inte göra, du får inte bocka dig och inte göra det. Då skulle de se till att patienten får det stöd den behöver när man är uppe och går och inte ligger i sängen (11)”.*

Patienterna strävade efter tillitsfulla relationer för att kunna delge smärtupplevelsen. De patienter som delgav smärtupplevelsen och inte fick den hjälp de behövde miste tilliten till omvårdnadspersonalen. Den obehandlade smärtan medförde bekymmer som eftersatt mobilisering, nedsatt aptit, sömnsvårigheter och nedstämdhet.

### Trygg relation till omvårdnadspersonalen

Det visade sig att ett professionellt bemötande var betydelsefullt. Patienterna strävade efter trygghet och upplevde att interaktionen var betydelsefull eftersom den kan skapa trygghet och lindra smärtan. Flera patienter beskrev att de kände att personalen brydde sig om dem direkt vid första intrycket. De berättade att de kände gemenskap och social trygghet vilket bidrog även till att smärtan lättade innan de fick analgetika.

*” Så tryggheten och samförståndet mellan sköterskorna där är ju viktig, mellan mig och sköterskorna för det tyckte jag stämde bra, man blev inte utlämnad på något vis man hade en viss liten*

*kontakt med dem” // ”Jag kände med en gång alltså jag fick en bra respons med sköterskorna, jag vet inte men jag andades ut när jag kom in och lade mig på sängen och de började ta prover och lite sådant, ja jag tyckte att det försvann med knäet, jag tyckte det (1).”*

Bemötande som skapade trygghet var när omvårdnadspersonalen pratade med patienterna och patienterna förstod att smärtan gick att lindra. Ett snabbt och adekvat ingripande vid svår smärta var betydelsefullt och känslan av att patienterna var omgivna av erfaren och kunnig personal gav stor trygghet. När patienterna upplevde att de blev tagna på allvar skapades ett förtroende.

När patienterna kände tillit vågade de uttrycka sin smärta och de patienter som upplevde lindrig smärta tyckte att smärtan var lätt att beskriva. Det framkom även att det var av stor betydelse att klarlägga orsaken till smärtan efter operationen och när patienterna förstod vad som orsakade smärtan kände de sig trygga och befriade från ovisshet. Att få information och se röntgenbilden på den opererade leden skapade en känsla av tillit till läkaren, och känslan av trygghet bidrog till att smärtan kändes överkomlig.

*” När jag ville ha reda på hur det såg ut så gick han och hämtade ett fotografi över mitt bäcken som jag hade brutit och det är skönt när de kommer och berättar sådant och förklarar hur det ser ut. Den där ovissheten att gå och tänka på hur är den och hur ser det ut? (11).”*

Patienterna beskrev att tryggheten även berodde på att all omvårdnadspersonal var hjälpsam och patienterna upplevde en familjär stämning. Det framkom även hur

stämningen präglades av glada skratt och hur värdefull den goda stämningen för patienterna. Den positiva atmosfären hade en lindrande effekt bland de patienter som upplevde lindrig smärta. Följande exempel visar hur den positiva stämningen påverkade lindrig smärta

*” Man hade den känslan av att de på avdelningen gjorde allt för att man skulle känna så lite som möjligt och att man skulle må så bra som möjligt och de försökte med allt möjligt och kom ofta och frågade (8).” ... ”De är så glada på den avdelningen där jag låg, alltid skrattar de och skämtar och jag tycker just när man är så här lite nere och man har ont så kommer de och skojar lite så att man får skratta helt enkelt mitt i det onda, det är värt jätte mycket (6).” ... ” Man blir glad och uppåt det blir man. De liksom lyfter hela humöret när de kommer in och ser glada ut. Det gör de faktiskt (4).” ... ”*

Alla patienterna hade olika stort behov av stöd vilket framgick tydligt under studiens gång. *”Det där med smärtan kan nog drabba olika på olika personer (5)”*. Det framträdde patienter som beskrev att en social trygghet innebar förmåga att kunna kommunicera med andra människor och övertygelse om att omgivningen förstår smärtbeskrivningen. God självförtro till sitt sätt att uttrycka sig innebar en upplevelse av att kunna påverka situationer och bemötande.

*” Det är för att man är en trygg skåning, he, he. Men det är väl så att olika människor känner smärta på olika sätt // Att man känner sig trygg beror på hur man har det hemma och allting. Hur man är och hur man har det i hela livet. Jag har en fin fru (10)”*.

Patienterna strävade efter trygghet för att uppnå smärtlindring. Tryggheten kunde



komma från anhöriga, vårdpersonal eller patienterna själva. En trygg relation till omvårdnadspersonalen byggde på information, tillit och att bli sedd.

## Essens

Kärnan som växte fram ur materialet bestod av brist på tillit och trygghet i en situation som präglas av postoperativ smärta. Beroendesituationen leder till känslan av hjälplöshet och maktlöshet. Maktlösheten styrs av brister i relationer och kommunikation. Behovet av bemötande från omvårdnadspersonalen styrdes av tidigare erfarenheter och sociala relationer. Patienterna strävade efter en trygg relation till personalen för att undvika maktlöshet. Patienterna började redan innan operationen bygga en relation till omvårdnadspersonalen och rådande relation var avgörande för hur smärtlindringens utfall. För att smärtlindringen ska fungera krävs fullgod kommunikation mellan patient och personalen. De som upplevde lindriga smärtor upplevde att det var lätt att delge sin smärta och de som upplevde svåra smärtor upplevde att det var svårt att delge smärtupplevelsen. I de fall där patienten var påverkad av svår smärta försvårades förmågan och orken att kommunicera och att skapa och upprätthålla sociala relationer. Patienterna fokuserade på att hantera smärtan. Att inte kunna bygga och upprätthålla sociala band skapar maktlöshet ur patienternas perspektiv. Att skapa och upprätthålla sociala band är stressande eller omöjligt vid svår smärta i det postoperativa skedet. Omvårdnadspersonalen uppfattade inte intensiteten i smärtan på grund av bristande kommunikation och smärtlindringen förblev otillräcklig. Frustrationen vid bristande kommunikation bidrog även till ökad smärta när patienterna blev negligerade. Gemensamt för de patienter som upplevde fullgod smärtlindring var att de hade en god relation till omvårdnadspersonalen. De patienter som upplevde god kommunikation innan och efter operationen upplevde god smärtlindring. Ett professionellt bemötande innebär att skapa och upprätthålla en tillitsfull relation

till patienterna under det postoperativa förloppet. Ett professionellt bemötande var betydelsefullt för patienternas livskvalitet.

*” Det viktigaste är att man inte har ont för har du inte ont så kan du göra jättemycket, du kan jobba mycket mer med ditt ben om du inte har ont. För det är ju psykiskt, för har du ont är det ju det som engagerar hela tiden att man har ont, men har man inte ont så ligger hela världen för ens fötter (7).”*

## DISKUSSION

### Metoddiskussion

Valet av fenomenologisk forskningsmetod styrdes av syftet och problemets art. Metodvalet är avgörande för studiens giltighet. Enligt Fridlund och Hildingh (2000) innebär giltighet att studien verkligen fokuserade det fenomen som författaren avsåg att studera, och att den valda metoden var lämplig för genomförandet (a.a.). Den fenomenologiska metoden lämpar sig när författaren eftersträvar att beskriva upplevelser av människors livsvärld. Fenomenologi har många grenar och forskningsmetoden kan utföras på flera sätt. För en enhetlig sammanhängande epistemologi och ontologi har författaren valt deskriptiv fenomenologisk forskningsmetod enligt Amadeo Giorgio (1985).

Giorgio har utvecklat en vetenskaplig forskningsmetod utifrån samhällets krav på forskningsmetoder. Framst är det synen på förförståelsen som har kritiserats och förändrats under 1900 talet. Med fenomenologisk metod undersöks patienternas medvetna upplevelser. Giorgio menar att förförståelse ej helt går att utesluta men författaren ska medvetandegöra sin förförståelse för att lättare kunna tillgodogöra sig andra synvinklar. Att kritiskt granska sin egen förförståelse skapar en

öppenhet inför fenomenet som leder till att författaren inte drar förhastade slutsatser (Giorgio, 2000). Den fenomenologiska reduktionen var betydelsefull för syftet med studien. Reduktionen leder till en öppenhet inför fenomenet som är svårt att uppnå på något annat sätt.

Författarens förförståelse som sjuksköterska, försvårade intervjuerna och analysarbetet. När patienterna berättade om sina upplevelser kände författaren en viss förståelse för personalen och olika dilemma som personalen kan ställas inför. Det krävdes koncentration, självkännedom och mod för att verkligen lyfta fram patienternas upplevelser och bortse från omvårdnadspersonalens perspektiv. Samtidigt brottades författaren med känslor som ilska och besvikelse när våra patienter berättade hur de hade blivit bemötta. Intervjuerna ledde till att författaren engagerade sig och kom mycket nära patienterna och deras känslor. Det var mycket upprörande att lyssna till de patienter som fick bristande stöd. Det krävdes tid och distans till intervjuerna för att lyfta intervjuerna till en abstrakt nivå. Analysarbetet är en mognadsprocess.Handledaren har även haft en stödjande roll genom arbetet med reduktion av förförståelse.

Studien bygger på ett konsekutivt urval som enligt Olsson och Sörensen (2001) är lämpligt till studier med få deltagare (a.a.). Ett konsekutivt urval gav störst möjlighet till en representativ och ändamålsenlig grupp. Urvalsgruppen är representativ beträffande ålder, vårdtid och könsfördelning i förhållande till socialstyrelsens register (2007).

Studien består av elva intervjuer med, fyra män och sju kvinnor. Alla upplevelser var individuella och det gick inte att utläsa några generella skillnader på männens eller kvinnornas upplevelser av bemötandet vid smärta. De patienter som hade genomgått flera operationer kunde med lätthet klarlägga och beskriva bemötande vid smärta. Medan de patienter som inte hade mycket erfarenhet att jämföra med

hade svårare för att urskilja eller härleda sina upplevelser.

Urvalet består av en grupp människor som har socialt nätverk. Alla patienterna har beskrivit olika nivåer av social trygghet i sina nätverk, men studien beskriver inte upplevelser av bemötande vid smärta bland dem som är helt ensamma. Patienter som saknar socialt nätverk hade möjligen tillfört studien ytterligare upplevelser.

Studien bygger på patienter som har god kommunikativ förmåga och det kan antas att patienter med olika kommunikationssvårigheter upplever bemötande vid smärta på ett annat sätt än vad som framkommit i resultatet.

Enligt Giorgio (1985) är variationerna betydelsefulla för att essensen ska kunna framträda. Det räcker med en intervju för att kunna se en struktur och en mening. Det behövs minst två intervjuer med gemensam nämnare, för att kunna urskilja en struktur på en abstrakt nivå. En fenomenologisk studie rekommenderas innehålla minst 3 intervjuer (Giorgio, 1985; Robinsson & Englander, 2007). Denna studie innehåller 11 intervjuer.

Efter första intervjun diskuterades intervjumetodiken med handledaren. Detta ledde till att författaren fick en utvecklad medvetenhet i intervjumetodik. Intervjumanualen förblev oförändrad och första intervjun användes i resultatet. Svaren på följdfrågorna var mycket betydelsefulla för öppenheten i arbetet. För att komma nära informanternas livsvärld måste man som författare utgå ifrån att man inte förstår dem eftersom patienterna slutar berätta när de tror att författaren förstår vad de menar. För att uppnå en öppen relation till informanterna har författaren under intervjuerna förklarat för patienterna att de är experterna i sin egen livsvärld och att ingen kan beskriva livsvärlden bättre än de kan. Patienterna fick aldrig se författaren arbeta som sjuksköterska, vilket underlättade det öppna

förhållningssättet. Författaren fick den relation till patienterna som eftersträvades och de berättade detaljerat om sina upplevelser. Patienterna önskade ibland postoperativ information under intervjuerna men författaren hänvisade frågorna tills efter intervjun för att inte förändra eller påverka intervjusvaren.

Under analysen användes metodböcker och artiklar skrivna av Amadeo Giorgio. För att få en enhetlig struktur beträffande ontologi och epistemologi har författaren följt den fenomenologiska metod som Giorgio har utformat. För att undvika missförstånd har författaren även läst de tolkningar av Giorgios metod som beskrivs utav andra författare som Moustakas (1994), Polit & Beck (2004), Kvale (1997) och Robinsson & Englander (2007). Författaren har även läst Edmund Husserls fenomenologiska filosofi för att få en inblick i fenomenologins uppkomst.

Intervjuaren har under analysens gång lyssnat på banden upprepade gånger för att höra tonlägen och för att påminnas om informanternas kroppsspråk. När författaren utförde analysen användes papper och penna i stället för dator för att få en bättre överblick över kategorierna och essensen. De återkommande upplevelserna klipptes ut och lades på ett stort ark för att kunna urskilja kategorierna och essensen.

Handledaren har tagit del av materialet under studiens gång utan att delta i analysprocessen. Handledaren har haft en observerande roll av författarens arbete med metoden. Polit och Beck (2004) menar att det inte förekommer tvärgranskning eller validering inom fenomenologisk metod enligt Amadeo Giorgio. Enligt Giorgio (1992) är det inte till någon fördel att tvärgranska analysen och resultatet. Giorgio menar att det är som att be två människor betrakta en Picasso och enas om ett utlåtande. Giorgio beskriver även att det inte är meningsfullt att be informanterna bekräfta resultatet eftersom det finns en risk att

informerarna glömmer vad de har upplevt efter så lång tid (a.a.).

Innan studien påbörjades lämnades projektplanen in för granskning till etiska rådet på Högskolan Kristianstad Institutionen för Hälsovetenskaper (Diarienummer ER 2005-91). När projektplanen blivit godkänd påbörjades studien och författaren har följt de riktlinjer som godkändes av etiska rådet. Författaren följde även de etiska principer som beskrivs i Declaration of Helsinki (1964). Författaren beaktade risker som berörde information, beroendeposition, integritet och konfidentialitet.

En läkare utsågs till att inkludera patienterna för att ge patienterna en möjlighet att tacka nej till deltagande utan att träffa författaren. Sjuksköterskan har en patientnära roll vid smärtlindring och läkaren valdes ut även för att patienterna skulle få tillbörlig information av någon som de inte hade beroendeposition till beträffande smärtbehandling.

Innan studien påbörjades kontaktades klinikens kurator för att informeras om studien och förberedas på att informanterna kanske kunde behöva kurator stöd. Tanken var att förbereda kuratorn inför eventuella uppföljande samtal om upplevelser i samband med operationen. De patienter som bar på svåra upplevelser blev erbjudna kuratorsamtal men ingen av patienterna kände behov av uppföljande samtal. Intervjuaren tog hänsyn till varje individs önskan att berätta om sina erfarenheter. Författaren upplevde aldrig att någon av patienterna var besvärade av att berätta om sina upplevelser eller att någon tyckte att det var svårt att berätta. Deltagarna var mycket positivt inställda till att berätta om sina upplevelser och författaren kände stor respekt inför patienternas öppenhet.

Det insamlade materialet har avidentifierats och uttalanden kan inte härledas till enskilda patienter. Intervjuerna har bandinspelats, sparats, dokumenterats och

transkriberingsmaterialet har förvarats inlåst.

## Resultatdiskussion

Otillräckliga kunskaper om smärta, kommunikation och relationer bidrog till att omvårdnadspersonalen inte förstod intensiteten i smärtan. Det framkom även att omvårdnadspersonalen inte lokaliserade smärtan. När patienterna beskrev smärtans lokalisering framkom uppgifter som hade varit användbara för smärtskattningen. Det är betydelsefullt att vårdgivaren förstår vad som orsakar smärtan innan behandling ges.

VAS skalan förändrade inte kommunikationen i någon riktning. Mätinstrumentet är beroende av god kommunikation för att det ska fungera och det finns inget som tyder på att mätinstrumentet underlättar kommunikationen. Enligt Sjöström (1995) inträffade underskattandet av smärta endast bland de patienter som passerade 5 på VAS-skalan (a.a.). Resultatet i denna studie visade att de patienter som upplevde svår smärta hade en bristande relation till omvårdnadspersonalen. De kände att de inte riktigt fick kontakt med omvårdnadspersonalen och att kommunikationen avstannade. De patienter som upplevde lindrig smärta hade en god relation till omvårdnadspersonalen. Det framkom även i resultatet att patienter som annars inte har några kommunikationssvårigheter upplever svårigheter att kommunicera vid svår smärta.

De patienter som upplevde svår smärta undvek att anförtro smärtupplevelsen av olika anledningar. De kunde inte delge sin smärta eftersom de var så fokuserade på att hantera den svåra smärtan. De undanhöll även smärtan för att de kände att vårdgivaren inte kunde förstå. Patienterna upplevde att det var betydelsefullt att omvårdnadspersonalen skapade en tillitsfull relation till patienterna och att de strävade efter att upprätthålla relationen hela vårdtiden. Alla studiedeltagarna framhöll betydelsen av att bli sedd vid postoperativ smärta. Studien visade att

omvårdnadspersonalen underskattade svår smärta som orsakades av rädsla eller sociala faktorer. Enligt Sjöström (1990) är helhetssynen snäv i den somatiska vården. Människans socialpsykiska synfält är begränsat och det medför att patienterna inte blir sedda. Sjöström beskriver vidare att få vårdgivare ser människan bakom de kroppsliga symtomen beroende på paradigmen. Psykologi, socialpsykologi och samhällsvetenskap är tre perspektiv som förtjänar uppmärksamhet inom somatisk omvårdnad. Det är eftersträvansvärt att personalen klarlägger den egna människosynen för att kunna vidareutvecklas och eftersträva helhetssyn. Ett öppet förhållningssätt och en tillåtande attityd underlättar kommunikation mellan patient och omvårdnadspersonal (a.a.). Den postoperativa smärtans utfall är beroende av relationen till vårdgivaren. De patienter som kände förtroende kunde uttrycka smärtan till omvårdnadspersonalen.

Enligt socialstyrelsens allmänna råd (1993: 17) ska vården skall vara av god kvalitet och tillgodose patienternas behov av trygghet. Behandlingen ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet samt så långt det är möjligt utformas och genomförs i samråd med patienten (a.a.). Om patienten pga sitt smärttillstånd förlorar sin förmåga att uttrycka smärta är det vårdgivarens ansvar att undersöka patientens tillstånd och vidta professionella åtgärder. Professionellt bemötande kan diskuteras i samband med utvecklingssamtal. Omvårdnadspersonalen kan redovisa hur patienterna bemöts både praktiskt och teoretiskt. Samtal med fokus på bemötande kan vara utvecklande i omvårdnadsarbetet.

Enligt Sjöström (1995) har det visat sig att de erfarna sjuksköterskorna tenderar att underskatta patientens smärta. Sjöström menade att det finns en risk att rutinisera smärtbehandlingen efter några års erfarenhet (a.a.). Det är betydelsefullt för patienterna att omvårdnadspersonalen reflekterar över tecken på smärta tills dess att patienten finner trygghet. Reflektionen kan bestå av både patientens och



vårdgivarens handlingsmönster. Duncan och Pozehl (2001) undersökte betydelsen av feedback bland sjuksköterskor som arbetar med postoperativ smärtlindring. Det visade sig att feedback möjliggjorde reflektion som förbättrade bemötandet vid smärta. Sjuksköterskorna genomförde smärtskattning, smärtlindring och utvärdering. Därefter fick de feedback på sina handlingar. Reflektionerna hjälpte sjuksköterskor att medvetandegöra sina egna handlingar och se andra möjligheter (a.a.).

Det visade sig att de patienter som genomgått höftledsarthroplastik hade andra behov av bemötande än de som genomgått knäledsplastik. Restriktionerna efter THA medförde ett behov av fysiskt stöd vid rörelseträning som inte tillgodosågs. De patienter som fick information om betydelsen av rörelseträning, men inte kunde genomföra träningen utan stöd blev mycket frustrerade. Rädslan som patienterna kände när de inte kunde följa restriktionerna bidrog till intensifierad smärta. Rädslan bestod utav att inte kunna följa de restriktioner som tilldelats och frustrationen bestod utav att inte kunna följa det rörelseprogram som tilldelats. Det var mycket kränkande att be om hjälp när ingen kunde se helheten. De patienter som har nedsatt rörelseförmåga eller smärtanamnes behöver stöd. Det är av stor vikt att utforma och anpassa stödet utifrån individens egna resurser och behov. Ett välutformat bemötande ger bättre möjligheter till god mobilisering.

Patienterna beskrev tydligt hur betydelsefull tryggheten var för smärtlindringen. Patienterna kunde tillgodogöra sig trygghet genom personal, anhöriga och genom självförtroende. De sammanställda upplevelserna av fördelar och brister i bemötandet vid postoperativ smärta kan ligga till grund för kvalitetsutvecklingsarbete. Nedan följer 9 punkter som sammanfattar ett välutformat bemötande ur patienternas perspektiv:

- Bekanta dig med patienten

- Ha en tillåtande attityd
- Skapa en tillitsfull relation
- Ingrep snabbt
- Lokalisera smärtan
- Klarlägg orsaken till smärtan
- Ge adekvat information före och efter operation
- Gör patienterna delaktiga i behandlingen
- Visa omtanke
- Bidra till en positiv atmosfär

Enligt Edvardsson (2005) influerar vårdatmosfären människors upplevelse av identitet. Den fysiska miljön kan symbolisera liv, död, fara, skam, eller lägre socialt värde. Den fysiska miljön kan även påverka upplevelsen av relationer i form av delaktighet, avskildhet, välkomnande och möjligheter att skapa och upprätthålla sociala kontakter i miljön. En positiv vårdatmosfär kan också distrahera känslan av sjukdom för stunden och ge ny energi (a.a.).

Studien innefattar även upplevelser som ger antydning till psykisk ohälsa som inte orsakats av den postoperativa smärtan. Operationen medförde svåra smärtupplevelser för en del patienter och det är sannolikt att det inte räcker med ett välutformat bemötande för att tillgodose dessa patienters behov. Det hade varit till fördel att fånga upp dessa patienter innan operation för att klarlägga behovet av stöd.

Upplevelser som framkom var att bemötandet vid smärta är beroende av ömsesidig kommunikation. Patienternas personlighet präglar smärtan liksom erfarenheter utgör personligheten. Därav är relationen till omvårdnadspersonalen avgörande för smärtans och smärtlindringens utfall. Det är

omvårdnadspersonalens ansvar att skapa och upprätthålla en god relation. Avsikten med studien var att ge omvårdnadspersonal fördjupad förståelse vid akut smärta, som kan främja god rehabilitering efter operation. Studien kan ligga till grund för kvalitetsutvecklingsarbete inom postoperativ omvårdnad. Det finns flertalet studier som berör postoperativ smärta. Trots det visar denna studie att det fortfarande finns behov av ytterligare forskning inom området. Utvecklingen pekar på att det finns behov av studier vilkas resultat är enkla att tillämpa i verksamheten. Framtida forskning kan förslagsvis fokusera på omvårdnadspersonalens möjligheter att utveckla socialpsykologiska kunskaper. Det vore intressant att studera förhållandet mellan kommunikation, smärta och personalens möjligheter att hantera patienternas lidande vid svår smärta. Ytterligare förslag till framtida studier är att undersöka patienters somatisering till följd av psykisk ohälsa som är ett föga belyst fenomen.

Omvårdnadspersonalens uppgift är att bygga och upprätthålla en relation med kommunikation som bygger på tillit och ömsesidighet för att kunna utföra ett kvalificerat omvårdnadsarbete som i denna studie innebär att bemästra svår smärta. Ett välutformat bemötande vid postoperativ smärta öppnar möjligheter till god mobilisering som kan ge ökad livskvalitet efter operation.

## REFERENSER

Berg, I., Gunnarsson, M., Allwood, J., Odén, A., Sjöström, B & Steen, B. (2005). Descriptions of pain in elderly patients following orthopaedic surgery. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, vol. 19; 110-8.

Closs, S.J & Briggs, M. (2001). Patients' verbal descriptions of pain and discomfort following orthopaedic surgery. *International Journal of Nursing studies*, vol, 39: 563-572.

Dahlberg, K. (1997). *Kvalitativa metoder för vårdvetare*. Lund: Studentlitteratur.

Declaration of Helsinki. (1964). *British Medical Journal*. Vol. 313: 1448-1449.

Duncan, K & Pozehl, B . (2001). Effects of Individual Performance Feedback on Nurses' Adherence to Pain Management Clinical Guidelines. *Outcomes Management for Nursing Practise*. Vol. 5: 57-62.

Edvardsson, D. (2005). *Atmosphere in Care Settings Towards a Broader Understanding of the Phenomenon*. Diss. Umeå Universitet.

Fridlund , B & Hildingh, C. (2000). *Qualitative research methods in the service of health*. Lund: Studentlitteratur.

Giorgio, A. (1985). *Phenomenology and psychological research*. Pittsburg: Duquesne University Press.

Giorgio, A. (1992). Descriptive versus Interpretation: Competing Alternative

Strategies for Qualitative Research. *Journal of Phenomenological Psychology*. Vol 23:119-135.

Giorgio, A. (2000). Concerning the application of Phenomenology to Caring Research. *Scandinavian Journal of Caring Scientist*. Vol. 14:11-15.

Hall-Lord, M.L., Steen, B & Larsson, G. (1999). Postoperative experiences of pain and distress in elderly patients. An explorative study. *Aging Clinical experienced Research*, Vol. 11; 73-82.

IASP. (International Association for the study of pain). [www.iasp-pain.org](http://www.iasp-pain.org). (2007-03-04)

Idvall, E., Hamrin, E., Sjöström, B & Unosson, M. (2002). Patient and nurse assessment of quality of care in postoperative pain management. *Quality Saf Health Care*. Vol. 11: 327-34.

Kim, S., Schwartz-Barcott, D., Tracy, S., Fortin, J & Sjöström, B. (2005). Strategies of Pain Assessment Used by Nurses on Surgical Units. *Pain Management Nursing*, Vol 6: 3-9.

Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Mc Camant, K. (2006). Humanistic Nursing, Interpersonal Relations Theory, and the Empathy Altruism Hypothesis. *Nursing Science Quarterly*. Vol 19, No 4: 334-338.

MC Donald, D-D., Mc Nulty, J., Erickson, K & Weiskopf, C. (2000).

Communicating Pain and Pain Management Needs After Surgery. *Nursing Research*, Vol. 13; 70-75.

MC Donald, D-D & Molony, S. (2004). Postoperative Pain Communication Skills for Older Adults. *Western Journal of Nursing Research*, Vol 26; 836-52.

Moustakas, C. (1994). *Phenomenological Research Methods*. California; Thousand Oaks.

Olsson, H & Sörensen, S. (2001). *Forskningsprocessen, Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber AB.

Orlando, I J. (1990). *The dynamic nurse-patient relationship: function, process, and principles*. New York, NY: National League for Nursing.

Polit, D & Beck, C. (2004). *Nursing Research principles and methods*. Philadelphia; Lippincott Williams and Wilkins.

Robinson, P & Englander, M. (2007). Den deskriptiva fenomenologiska humanvetenskapliga metoden. *Vård i Norden*. Vol 27, 83; 57-59.

Rundshagen, I., Schnabel, K., Standl, T & Schulte am Esch, J. (1999). Patients' vs nurses' assessment of postoperative pain and anxiety during patient or nurse-controlled analgesia. *British Journal of Anaesthesia*. Vol 82; 374-8.

Socialstyrelsen (2007). [www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/index.htm](http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/index.htm)

SOSFS. (1993:17). Socialstyrelsens allmänna råd inom hälso och sjukvård.

Sjöström, B. (1995). *Assesing acute postoperative pain. Assesment strategies and quality in relation to clinical experience and professional role*. Diss. Göteborgs universitet.

Sjöström, B. (1990). *Helhetsperspektiv och människosyn*. Lund: Studentlitteratur.

**Bilaga 1**  
**TILLSTÅND AV VERKSAMHETSCHEF**



**Institutionen för hälsovetenskaper**  
**281 88 Kristianstad 044 - 20 30 00**  
**Uppsatskurs i omvårdnad 61-80 poäng**  
**Projektplan, D- Uppsats 10 poäng,**

**TILLSTÅND**

Härmed ger jag mitt medgivande till Anna Pålsson att genomföra en intervjustudie med målsättning att belysa postoperativ smärtbehandling ur ett omvårdnadsperspektiv. Intervjuerna beräknas äga rum 051201- 060228 och riktar sig till patienter som varit ineliggande på ortopedavdelning 1 och 2, Sjukhuset i Hässleholm.

---

Stad	datum	namn
------	-------	------

Peter Ljung  
Överläkare  
Verksamhetschef  
Ortopedkliniken  
Sjukhuset Hässleholm



**Bilaga 2**  
INFORMATIONSBREV

**Till dig som genomgått knä eller höftledsplastik!**

För att Du som patient ska få möjlighet till delaktighet och inflytande i vården tillfrågas Du om deltagande i en intervjustudie. Syftet med studien är att belysa upplevelser av postoperativ smärta, hur Du förmedlar Din smärta, och hur Du upplever att omvårdnadspersonal bemöter Dina upplevelser av smärtan. Ditt deltagande är av stor betydelse för att kunna utveckla och förbättra omvårdnaden.

Din medverkan innefattar ett intervjutillfälle där Du ges möjlighet att berätta om Din upplevelse av operationssmärtan dag för dag under vistelsen på sjukhuset. Dina svar kommer att behandlas konfidentiellt. Det innebär att Ditt namn eller andra uppgifter som kan identifiera Dig ej kommer att finnas med i studien. Din medverkan är naturligtvis frivillig och du kan närhelst du önskar, avbryta Din medverkan utan att detta kommer att påverka din framtida vård på något sätt.

Om Du är intresserad kommer Du att kontaktas per telefon inom en vecka efter utskrivningen av Anna Pålsson, för att bestämma tid och datum för intervju. Om du har frågor är du naturligtvis välkommen att höra av dig!

---

Verksamhetschef :

Peter Ljung

Leg Överläkare

Ortopedkliniken

Sjukhuset Hässleholm

---

Ansvarig för studien:

Anna Pålsson

Magisterstuderande

Leg. Sjuksköterska

Ortopedkliniken

Tel bostad: 0451-36212

---

Handledare:

Lisbeth Lindell

Leg. Sjuksköterska Fil. Doktor

Institutionen för hälsovetenskap

Högskolan Kristianstad

Tel: 044-208556

**Bilaga 3**  
MEDGIVANDEBREV

Jag har tagit emot information om studiens syfte samt att mitt deltagande är frivilligt och kan avbrytas när som helst utan att detta påverkar min fortsatta vård och behandling.

Jag ger härmed mitt medgivande till deltagande i intervjustudien, och medgivande till att studieansvarig kontaktar mig per telefon:

---

Stad

datum

namn

---

Telefonnummer

## **Bilaga 4**

### **INTERVJUMANUAL**

Jag skulle vilja att du berättar om din smärtupplevelse efter operationen fram till utskrivningen, hur du förmedlade din smärta till omvårdnadspersonalen, och hur du upplevde att de bemötte din smärtupplevelse. Är det något du undrar över innan vi börjar?

#### Frågområde

Hur upplevde du din operations smärta dag för dag, efter operationen?

Hur fick sjuksköterskan kännedom om din smärta?

Hur upplevde du att sjuksköterskan agerade utifrån din smärta?

Vilka ord och/eller mätinstrument användes för att beskriva smärtan?

Kan du berätta vad som varit mest meningsfullt för dig, när det gäller smärta?

#### Följdfrågor:

Hur upplever du...

Berätta om ett tillfälle.....

Kan du ge ett exempel.....

Du säger att.....

Vad innebär.....

Jag har uppfattat det som att detta har en stor betydelse för dig, stämmer det?

Vill du berätta mer om det?