

BSYBAC-6 23H
Bacheloroppgave i Sykepleie



Universitetet
i Stavanger

*Hvordan sykepleiere sikrer forsvarlig smertelindring til multimorbide pasienter postoperativt
på sengepost i sykehus*

Det helsevitenskapelige fakultet
Bachelor i Sykepleie

Stavanger, 02.01.2024

1784 & 1785



*Jeg/vi tillater at bacheloroppgaven kan brukes som eksempeloppgave på
studiet*

Forord

“Snakk til meg om lidelse, om din lidelse. Tal slik at den fremstår i all sin egenart med alle sine nyanser og bestanddeler. Jeg vil forsøke å forstå og inne i meg forme en gestalt av din lidelse ved hjelp av min medlidenhet.” (Eriksson,1995, s. 11)

Sammendrag:

Bakgrunn

Altfor mange pasienter har unødige smerter etter en operasjon, på tross av at vi har gode hjelpemidler og tilstrekkelig kunnskap. Kirurgi innebærer skade av vev og nervetråder, men den naturgitte smerten etterpå er uhenksom. Multimorbiditet defineres i denne oppgaven som sameksistens av to eller flere tilstander. To tredjedeler av den vestlige verdens befolkning over 65 år, går under kategorien multimorbid. Dette er en stor pasientgruppe, og en gruppe som kan være mer utfordrende å smertelindre, grunnet et mer komplekst sykdomsbilde.

Hensikt

Hensikten med oppgaven er å belyse hvordan sykepleiere kan sikre forsvarlig smertelindring til multimorbide pasienter, og dermed øke kunnskapen blant sykepleiere. Fordyping i fagfeltet kan gi mulighet til å skaffe et større innblikk i hvordan sykepleiere kan møte smertepåvirkede multimorbide pasienter postoperativt på sengepost i sykehus, på en omsorgsfull og forsvarlig måte.

Metode

Oppgaven er en integrativ litteraturstudie med analyse av kvalitative og kvantitative forskningsstudier. For å svare på problemformuleringen i oppgaven, benyttes det tre kvantitative og to kvalitative forskningsartikler. Artiklenes resultater blir sett i samsvar med relevant teori og egne refleksjoner for å besvare oppgaven.

Resultater

Resultatene konstaterer at smertebehandling har sammenheng med sykepleierens kunnskaper om smertelindring og smertelindringstiltak. Medikamentelle og ikke-medikamentelle tiltak er nødvendig for å sikre god smertelindring. Ulike mestringsstrategier mot smertene blir lagt frem og kategorisert som positive eller negative. Det blir presentert ulike smertekartleggingsverktøy som kan bidra til å sikre forsvarlig smertelindring. Intervensjon med involvering av familie viser å ha god effekt for smertebehandling.

Nøkkelord: Multimorbide pasienter, forsvarlig smertelindring, smertebehandling, postoperative pasienter, sykepleieres kunnskap, sykepleieres holdninger, allostatisk belastning.

Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	4
1.0 Innledning.....	6
1.1 Bakgrunn.....	6
1.2 Problemformulering.....	6
1.3 Hensikt.....	7
2.0 Teori.....	8
2.1 Smerte.....	8
2.2 Sykepleie ved smerte	8
2.3 Sykepleiefaglige utfordringer	8
2.4 Kunnskap om smertelindring.....	9
2.5 Holdning til og fortolkning av pasientens smerteopplevelse	9
2.6 Kartlegging og vurdering av smerter.....	10
2.7 Postoperativ sykepleie.....	10
2.8 Teori om lidelse av Katie Eriksson	11
2.9 Forsvarlig smertelindring.....	11
2.10 Multimorbiditet	12
2.11 Allostatisk belastning og allostatisk overbelastning.....	12
3.0 Metode:	14
3.1 Vitenskapelig forskningsmetode.....	14
3.2 Valg av metode	14
3.3 Søkeprosess	15
3.3.1 Valg av søkestrategi.....	15
3.3.2 Valg av databaser	15
3.3.3. Valg av søkeord.....	15
3.3.4 Valg av artikler.....	16
3.3.5 Analyse av artikler	18
4. 0 Resultat	19
4.1 Postoperativ smerte	19
4.2 Smertekartleggingsverktøy.....	19
4.3 Smertebehandling av postoperative pasienter.....	20
4.4 Veiledning og informasjon.....	21
4.5 Holdninger og kunnskaper.....	22

5.0 Diskusjon.....	24
5.1 <i>Metodediskusjon</i>	24
5.1.1 Forskernes bakgrunn.....	24
5.1.2 Land og forskningsarena	24
5.1.3 Etske hensyn.....	25
5.1.4 Studienes deltakere	25
5.1.5 Kvalitativ og kvantitativ tilnærming som metode.....	26
5.1.6 Analyse av kvalitativ og kvantitativ forskning som metode	27
5.2 <i>Resultatdiskusjon</i>	28
5.2.1 Observasjoner og kartlegging av smerte	28
5.2.2 Forsvarlig smertelindring.....	31
5.2.3 Holdninger og kunnskaper	32
6.0 Anvendelse av resultatene i praksis/avslutning.....	35
Litteratur.....	36
Vedlegg 1: Søkelogg	38
Vedlegg 2: Litteratormatrise	39

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn

Postoperativ smertelindring er en kjent utfordring på kirurgisk sengepost i sykehus. Altfor mange pasienter har unødige smerter etter en operasjon, på tross av at vi har gode hjelpemidler og tilstrekkelig kunnskap (Ræder, 2011, s.1740). Hvert år blir omtrent én av ti nordmenn operert. Kirurgi innebærer skade av vev og nervetråder, men den naturgitte smerten etterpå er u hensiktsmessig. Ekstra smerte knyttet til varsling av postoperative komplikasjoner vil som oftest bryte gjennom god smertelindring likevel, og vil være ledsaget av andre og mer pålitelige kliniske tegn (Ræder, 2011, s.1740). Multimorbiditet defineres i denne oppgaven etter Sodemann (2020, s.7) som sameksistens av to eller flere tilstander. To tredjedeler av den vestlige verdens befolkning over 65 år, går under denne pasientgruppen (Sodemann, 2020, s.6).

I bacheloroppgaven ønsker vi å rette lys mot hvordan sykepleieren kan sikre forsvarlig smertelindring til multimorbide pasienter postoperativt på sengepost i sykehus. Bakgrunnen for valg av tema, er vår erfaring og interesse knyttet til problemformuleringen i oppgaven. Vi har ett ønske om å sikre forsvarlig smertelindring til den definerte pasientgruppen. Vi ser intensjonen i å øke vår kunnskap, da det vil kunne bidra til økt forståelse og sikre forsvarlig smertelindring til den definerte pasientgruppen i oppgaven. Multimorbide pasienter er en stor pasientgruppe, og en gruppe som kan være mer utfordrende å smertelindre grunnet et mer komplekst sykdomsbilde (Sodemann, 2020, s.7). Ved å fordype oss i fagfeltet, kan det gi oss mulighet til å skaffe et større innblikk i hvordan vi i fremtiden kan møte smertepåvirkede multimorbide pasienter postoperativt på sengepost i sykehus, på en sykepleiefaglig forsvarlig måte.

1.2 Problemformulering

Problemformuleringen for denne oppgaven er hvordan sykepleiere sikrer forsvarlig smertelindring til multimorbide pasienter postoperativt på sengepost i sykehus. For å svare på

problemformuleringen vil det benyttes artikler som tar utgangspunkt i et sykepleieperspektiv og et pasient- og pårørendeperspektiv. Forskningsarenaen vår er dermed postoperative sengeposter på sykehus. Den postoperative fasen er i denne oppgaven avgrenset fra første til tredje postoperative dag, innlagt på sengepost i sykehus.

1.3 Hensikt

Hensikten med oppgaven er å belyse hvordan sykepleiere kan sikre forsvarlig smertelindring til pasienter med sammensatt smerteproblematikk, og dermed øke kunnskapen blant sykepleiere. Fokuset for oppgaven er rettet mot observasjon, vurdering og tiltak knyttet til sykepleie. Vi har valgt å gå ikke i dybden i forhold til det medikamentelle aspektet i smertelindring, da vi ønsker å rette oppmerksomheten mer mot sykepleierens tiltak og handlinger. Medikamentell smertelindring nevnes likevel, ettersom det er en sentral del i postoperativ smertelindring.

2.0 Teori

2.1 Smerte

Smerte er en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse som følge av faktisk potensiell vevsødeleggelse, eller en opplevelse som beskrives på følgende måte. Ifølge International Association for Study of Pain er smerte alltid subjektiv. Pasientens opplevelse av smerter har ikke alltid bare en sammenheng med de medisinske årsakene. Pasientens psykososiale tilstand og kulturelle faktorer påvirker også. Smerte er også en emosjonell opplevelse. Pasienten kan oppleve smerte, uten vevsskade og nervesignal til stede (Grønseth & Stubberud, 2022, s. 439). IASP har i sin nye definisjon av smerte tatt høyde for det individuelle og ikke-verbale perspektivet i smerten: “En ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse assosiert med aktuell eller potensiell vevsskade, eller beskrevet som slik skade.” Pasienten kan ha smerte uten at det finnes noe galt med nervesystemet eller i området rundt hvor pasienten kjenner smerte (Grønseth & Stubberud, 2022, s. 439).

2.2 Sykepleie ved smerte

Eldre pasienter har en tendens til å tro at smerter er noe de må tåle, som en del av det å bli gammel. Smerter hos eldre som ofte har sammensatt sykdomsbilde, er svært underreportert, udiagnostisert, og de blir dårligere behandlet. Halvparten av pasientene får ikke smertelindringen de trenger. Behandling av langvarige smerter, blir særlig dårlig ivaretatt. Det er en sterk assosiasjon mellom dårlig smertebehandling av akutte smerter og utvikling av langvarige smerter. Opptil 50% av pasientene kan ha uakseptable smerter i den postoperative fasen. Målet med den postoperative fasen er tilstrekkelig lindring slik at pasienten kan hvile og sove tilstrekkelig, og etter hvert komme seg i aktivitet etter en operasjon. Målet er også å forhindre smertetopper og gjennombruddssmerter (Grønseth & Stubberud, 2022, s. 437).

2.3 Sykepleiefaglige utfordringer

Sykepleieren har en særdeles viktig funksjon i smertebehandlingen. For å sørge for å ivareta pasientens grunnleggende behov, må sykepleieren samle data, vurdere og overvåke pasientens smerter. Sykepleieren må også administrere medikamentelle og ikke

medikamentelle smertelindrende tiltak, og evaluere tiltakenes effekt. Sykepleierens ansvar omfatter også det relasjonelle forholdet til pasienten, samt koordinering og samarbeid med kollegaer. Tilfredsstillende smertebehandling er ikke alltid like lett å gjennomføre, og sykepleiere kan derfor oppleve smertebehandling som moralsk utfordrende (Grønseth & Stubberud, 2022, s. 438).

2.4 Kunnskap om smertelindring

Studier viser at sykepleiere mangler grunnleggende kunnskaper om og ferdigheter i å kartlegge pasientens smerter og å administrere smertebehandling. Derfor er det viktig at sykepleiere spesialiserer seg, og forsker på smerter. Dermed vil en utvikle og øke kunnskapen som bidrar til å bedre forståelsen av pasientens smerteopplevelse (Grønseth & Stubberud, 2022, s. 438).

Økt kunnskap kan bidra med å redusere tilfeldig og vilkårlig praksis, og gjøre det lettere å argumentere faglig for de handlingsvalgene som besluttes. Sykepleieren må ta i bruk både pasient kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og forskningskunnskap, noe som krever at en også kan vurdere forskningslitteraturen. Forskning som beskriver pasientens perspektiv, er like viktig for god forståelse av smerte som kunnskap om fysiologiske virkningsmekanismer. Kunnskap om omsorgsrelasjonens betydning for å kunne skape tillit og ivareta verdigheten hos pasienter med langvarige smerter er også viktig. Pasienter med smerter er en sårbar gruppe i forskningssammenheng. Sykepleieren bør verne ekstra om pasientens autonomi, ved smerter (Grønseth & Stubberud, 2022, s. 438).

2.5 Holdning til og fortolkning av pasientens smerteopplevelse

Det er vanskelig å etterprøve og verifisere holdbarheten i pasientens opplevelse av smerter. Uten målbare tegn på smerter, kan sykepleieren tvile på at pasienten har smerter. En må derfor akseptere at det her ikke er sykepleieren, men pasienten selv som er autoriteten. Sykepleieren har valget mellom å ha tillit eller tvile på pasientens opplevelse av smerte. En god holdning blant sykepleiere, er når en klarer å ta innover seg smertens smertefullhet i møte med pasienter. Det vil si at sykepleieren først og fremst tar utgangspunkt i hvordan pasienten

opplever smerten. Dersom en tviler på pasientens utsagn, eller ikke registrerer pasientens uttrykk for smerte, vil muligheten for god og effektiv smertebehandling reduseres. (Grønseth & Stubberud, 2022, s. 438).

Sykepleieren tolker pasienters smerter ut fra sin egen erfaring, kunnskap og eget skjønn. Det vil si at det kan ligge visse forventninger til hvordan pasienten bør reagere når de har smerter. Dette kan påvirke sykepleierens holdninger i møte med pasienten. Pasientens reaksjoner og uttrykk er på samme måte avhengig av tidligere erfaringer, blant annet kultur. Hvis en ikke er klar over disse forholdene, kan en lett handle som om ens egen oppfatning er mer objektiv og dermed mer pålitelig, enn pasientens opplevelse av sine egne smerter (Grønseth & Stubberud, 2022, s. 438).

2.6 Kartlegging og vurdering av smerter

Smerte anses for å være den “femte vitale parameter”. Smerte som vitalparameter bør derfor inngå i kartleggingen og vurdering av pasientens tilstand, på lik linje med respirasjon og sirkulasjon. I en oversiktsartikkel om nytten av ulike smerteskalaer, anbefaler forskere mer bruk av hjelpemidler for å skape flere dimensjonale aspekter, ved hjelp av eksempelvis vurderingsskjemaer (Grønseth & Stubberud, 2022, s. 438).

Sykepleiere er generelt sett vanligvis for dårlige til å både forstå betydningen av og å ta i bruk systematiske hjelpemidler som vurderingsskjema eller skalaer for å kartlegge pasientens smerter (Grønseth & Stubberud, 2022, s. 439). Motstand mot å bruke vurderingsskjema kan være forårsaket av at det individuelle perspektivet i omsorgen da blir borte, eller at kartleggingen krever mye tid. Både mangelfull bruk av vurderingsskjemaer og mangelfull dokumentasjon kan forhindre god postoperativ behandling (Grønseth & Stubberud, 2022, s. 439).

2.7 Postoperativ sykepleie

Den postoperative fasen starter når operasjonen er avsluttet. I oppvåkingsfasen er det viktigste å sikre at pasientens vitale funksjoner normaliseres etter anestesen, og oppdage

eventuelle umiddelbare kirurgiske komplikasjoner, som blødning eller vevsiskemi. I den neste postoperative fasen er fokuset på å forberede og klargjøre pasienten til utskrivning fra sykehuset (Grønseth & Stubberud, 2022, s. 399).

2.8 Teori om lidelse av Katie Eriksson

Katie Eriksson (1995, s.20) forklarer “å lide” som å ha det vondt, en kamp man kjemper, men kan også innebære forsoning. Lidelse er ikke det samme som smerte, men smerte er en del innenfor lidelsens dimensjoner. Det finnes flere former for lidelse sykepleiere møter i sitt arbeid med mennesker. Disse består av sykdomslidelse, pleielidelse og livslidelse (Eriksson, 1995 s. 66, s.75).

Under sykdomslidelse inngår både fysisk smerte, samt sjelelig og åndelig lidelse. Sykdomslidelse inkluderer direkte smerte fra sykdom og lidelse som kan oppstå grunnet behandlingen, eksempelvis bivirkninger fra medisiner. Sjelelig og åndelig lidelse kan oppstå når sykdommen eller behandlingen, gir mennesket en følelse av skam og/eller skyld. Skam/skyld kan utvikles grunnet omstendighetene, pasienten selv eller de som utfører pleie til pasienten (Eriksson, 1995 s.67). Fornedrelse og skam kan forekomme grunnet holdninger til og stigmatisering rundt sykdom. Fornedrelse og skam/skyld kan også oppstå som en reaksjon på selve systemet for helsehjelp, da pasientene tidvis blir nødt til å etterspør informasjon, ligge på fellesrom og vente (Eriksson, 1995, s.68). Pleielidelse kan skje ved selve pleien eller uteblitt pleie. Handlinger som kan føre til pleielidelse hos pasienten innebærer krenkelse av verdighet, klandring eller straff, maktutøvelse eller uteblitt pleie (Eriksson, 1995, s.70). Et sitat fra Katie Eriksson som kan sees sammen med uteblitt pleie er: “Bare dem som fornekte lidelse, kan forårsake lidelse” (Eriksson, 1995, s.34).

2.9 Forsvarlig smertelindring

I helsepersonelloven §4 finner en krav til utøvelse av forsvarlighet (Helsepersonelloven, 1999, §4). Yrkesutøvelsen skal være faglig forsvarlig og hjelpen skal være omsorgsfull (Molven, 2019, s.139). Faglig forsvarlighet stiller krav til kunnskapsbasert praksis. Det vil si at hjelpen som blir gitt, baseres ut fra faglig kunnskap og erfaringer. Sykepleiefaget er i

stadig utvikling, og kravet om forsvarlighet stiller krav til at helsepersonell holder seg oppdatert på ny informasjon rundt faget (Molven, 2019, s.139). Kravet skal være med på å sørge for god praksis. Dette gjelder ved utføring av faglig teknisk arbeid, dekking av pasientens grunnleggende behov og pleierens adferd. Det gjelder også situasjonsbestemte behov postoperativt. Noen eksempler kan være riktig leiring eller overvåking etter inngrep, herunder væskebalanse og mobilisering (Molven, 2019, s.139-141) (Grønseth & Stubberud, 2022, s. 51, s.448). Forsvarlighet kan sees som en minstestandard for helsehjelpen, og er ikke dermed sagt et synonym til “det gode”. En handling eller virksomhet er enten forsvarlig eller uforsvarlig, begrepsmessig sees det ikke en “mellomting” (Molven, 2019, s.141).

2.10 Multimorbiditet

Multimorbiditet defineres som sameksistens av to eller flere tilstander, der dette begrepet beskriver tilstandene som likeverdige. En tilstand blir altså ikke vektlagt mer enn en annen, i motsetning til det tidligere brukte begrepet “komorbiditet”. Herunder er det en tilstand i sentrum, kombinert med andre tilstander (Sodemann, 2020, s.7). Multimorbiditet begrepet kan sørge for et mer helhetlig blick av pasienten og dens lidelser, fremfor å fokusere enkeltvis på sykdommene. Pasienter som tilhører multimorbiditetskategorien, viser ofte en forhøyet sårbarhet på en eller annen måte (Sodemann, 2020, s.6). Pasienter med kompleks multimorbiditet er nesten fem ganger oftere innlagt, og har nesten fem ganger så mange liggedøgn på sykehus, enn pasienter uten kroniske sykdommer. Pasienter med kompleks multimorbiditet har seks ganger så ofte en reinnleggelse som pasienter uten kroniske sykdommer (Huseby, 2021, s. 9).

2.11 Allostatisk belastning og allostatisk overbelastning

Allostase refererer til mekanismene som fysiologiske systemer tilpasser seg til et skiftende miljø eller til stressende utfordringer (Li et al., 2017, s.5202). McEwen og Stellar (Li et al., 2017, s.5202) belyste begrepet allostatisk belastning som en multisystemisk tilnærming. Dette for å forstå effektene av stress på helsen når kroppen reagerer på stressfaktorer, som er kroniske eller alvorlige nok til å tvinge fram tilpasning. Hvis den allostatiske belastningen er for høy (allostatisk overbelastning), er konsekvensen dysregulering på tvers av flere systemer

som kan føre til sykdomsutvikling. Nyttien av dette konseptet i klinisk praksis vil være at det blir mulig å gjøre tiltak tidlig, for å unngå forverring av pasienters helse, assosiert med fremtidig multimorbiditet og dødelighet (Li et al., 2017, s. 5202). Li et al. (2017, s.5203) forklarer at modell for allostatisk belastning trenger mer testing og det bør lages konkrete skåringsverktøy for å kunne brukes målrettet i klinisk praksis. Mer kunnskap om allostatisk belastning vil kunne gi retningslinjer som minsker stress og da den allostatiske belastningen (Li et al., 2017, s.5203).

3.0 Metode:

3.1 Vitenskapelig forskningsmetode

Metode er en systematisk fremgangsmåte som anvendes for å innhente eller etterprøve kunnskap (Dalland, 2020, s.53). Når man skal belyse en problemstilling eller gjøre en undersøkelse, benyttes metode som et verktøy for å innskaffe informasjon som er nødvendig (Dalland, 2020, s. 54). Oppgaven er en litteraturstudie hvor analyse av kvalitativ forskning har blitt benyttet som metode.

I denne oppgaven har vi tatt utgangspunkt i to kvalitative forskningsartikler, og tre kvantitative forskningsartikler for å svare på problemformuleringen. For å analysere de kvantitative artiklene har vi tatt utgangspunkt i Friberg (2017, s.164) sitt forslag til arbeidsblad for registrering av vitenskapelige artikler ved analyse. I de kvalitative studiene har vi brukt en tabell med underkategori og hovedtema for å analysere artiklene slik Friberg (2017, s.177) anbefaler. Vi har klart å samle de kvantitative studiene inn i samme tabell, basert på hovedtemaene og undertemaene. Dette har bidratt til å skape en oversiktlig framstilling av hva artiklene fokuserer på, og hva de kommer frem til (Friberg 2017, s.158).

3.2 Valg av metode

For å svare på problemformuleringen i oppgaven, har vi valgt å benytte oss av forskningsstudier som inneholder både kvalitativ og kvantitativ forskning. Vi har valgt å benytte oss av en integrativ litteraturoversikt som har sammenfattet data. En skal kunne benytte resultatene til å få mer kunnskap eller innsikt for å svare på problemformuleringen i oppgaven (Friberg, 2017, s.197). Ved bruk av denne metoden konkluderer og verifiserer en, for å komme frem til en ny helhet (Friberg, 2017, s. 196). En slik litteraturoversikt er en videreutvikling av resultatene, sammenlignet med en allmenn litteraturoversikt (Friberg, 2017, s.195).

3.3 Søkeprosess

3.3.1 Valg av søkestrategi

Vi startet med et åpent søk gjennom søkemotoren Oria. Deretter fant vi frem til ulike databaser under Oria, videre gikk vi frem via et systematisk søk. Søket har blitt dokumentert underveis ved hjelp av en søkelogg, se vedlegg 1.

3.3.2 Valg av databaser

I litteratursøket for å finne relevante artikler for problemformuleringen, har vi benyttet søkemotoren Oria og databasene Idunn og Cinahl. Databasene er anerkjente informasjonskilder innenfor sykepleie- og helsefaget, noe som bidrar til høy reliabilitet og validitet (troverdighet) til artiklene (Drageset & Ellingsen, 2009, s.108-109). Oria og Idunn ble anvendt i startfasen av søkeprosessen, men grunnet begrenset utvalg av forskning ble den internasjonale databasen Cinahl førstevalg. Internasjonalt søk i databasen Cinahl åpnet for et bredere litteratursøk, med mulighet til å undersøke flere faglige perspektiver innenfor problemformuleringen.

3.3.3. Valg av søkeord

For å finne ord som ga relevante søkeord innen medisin og helsefaget har vi brukt MeSH. MeSH er en terminologibase, og blir brukt som et verktøy for begrepsforståelse av medisinske og helsefaglige termer på norsk og engelsk (Helsebiblioteket, 2016). Vi startet med å søke norske ord som "smertelindring" og "multisykdom" i MeSH. Nettsiden ga aktuelle begrep på engelsk. Dette var foretrukket for å oppnå et best mulig resultat innenfor emnet. De første søkene i MeSH ga "analgesia" som forslag. Dette forslaget ga treff i Oria, om anesthesi-relevante artikler. Vi anså ikke disse søkeresultatene som relevante i forhold til problemstillingen.

Først søkte vi «pain relief» i Cinahl, dette ga 15 341 resultater. For å minimere resultatene fortsatte vi søkingen ved å benytte søkeord i forskjellige kombinasjoner. Samtlige søkeord

ble kombinert med “AND” eller “OR”. Følgende søkeord har inkludert «pain relief OR pain management OR pain control OR pain reduction», disse søkeordene ble kombinert med «AND», «nurse*», «AND» og «postoperative». Vi har brukt funksjonen trunkering, ved søkeordet «nurs*» og «nurse*», som ga flere variasjoner av søkeordet. I de første søkene brukte vi «nurs*», for å kunne inkludere artikler med «nursing». Dette søket ga et bredt treff på ordets andre betydning, som ikke var relevant for problemformuleringen.

3.3.4 Valg av artikler

For å finne artikler har vi brukt følgende inklusjons- og eksklusjonskriterier:

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Følger IMRAD-strukturen	Utenfor Europa eller Nord-Amerika
Publiseringsperiode 2013-2023	Størst fokus på medikamentell smertelindring
Artiklene er fagfelleverderte	

Vi har valgt å avgrense søket ved å bruke ulike avgrensingsfunksjoner for å tilfredsstille inklusjonskriteriene nevnt ovenfor. Vi har valgt artikler som følger IMRAD-strukturen, da det samsvarer med oppbyggingen i en forskningsartikkel. Vi har valgt publiseringsperiode fra 2013-2023, for å sikre dagsaktuelle og oppdaterte forskningsartikler.

Vi har brukt avgrensing funksjon «fagfelleverdert» for å sikre at artiklene er forskningsartikler/vitenskapelige artikler. Denne avgrensningen kan sortere ut hvilke artikler som er publisert i vitenskapelige tidsskrifter (Friberg, 2017, s. 104). Hensikten med oppgaven er hvordan sykepleiere sikrer forsvarlig smertelindring til multimorbide pasienter på sengepost i sykehus. Det var med det aktuelt å benytte kvalitative og kvantitative studier for å samle data i form av erfaringer og målbare resultater fra både sykepleiere og pasienter. Søket har blitt dokumentert underveis ved hjelp av en søkelogg, se vedlegg 1.

3.3.5 Enkel oversiktstabell over utvalgte artikler

Forfattere, årstall, tittel	Tema	Hensikt	Perspektiv	Metode
Bjork, T. & Lindenskov, L. (2016), Sykepleieres kartlegging og vurdering av postoperativ smerte hos pasienter med redusert evne til selvrapporing.	Smerteadferd og kartleggingsverktøy. Økt kunnskap blant sykepleiere angående smertekartlegging.	Hensikten er å undersøke sykepleieres utfordringer og vurderinger i smertebehandling av postoperative pasienter med redusert evne til selvrapporing.	Sykepleie perspektiv	Kvalitativ intervjuundersøkelse, med fokusgruppeintervju og fortolkende tilnærming. 9 sykepleiere fra postoperativ- og intensivavdeling.
Bolduc, N., Bourgault, P. & Grondin, F. (2014) Intervention Focused on the Patient and Family for Better Postoperative Pain Relief.	Multimodal smertelindring. Sammenheng mellom smerte og engstelse. Samarbeid med pårørende.	Hensikten er å undersøke effekten av tett oppfølging av familie under smertebehandling postoperativt. Det undersøkes om pasientene får mindre vondt, er mindre engstelige og bruker mer positive mestringsstrategier ved intervensjon med familie.	Pasient og pårørende perspektiv	Kvantitativ forskning med bruk av kvasiekspirimentelt design. 33 deltakere, 17 i kontrollgruppe og 16 i eksperimentgruppe.
Atthayasai, J. Chatchumni, M. Eriksson, H. & Mazaheri, M., (2023), Surgical Nurses' Perceptions of Strategies to Enhance Pain Management Proficiency: A Qualitative Study.	Holdninger og kunnskapers påvirkning i forhold til smertelindring. Informasjon. Helhetlig smertelindring.	Hensikten er å utforske sykepleieres holdninger til å forbedre smertelindring.	Sykepleie perspektiv	Kvalitativ studie med åpne spørsmål og fortolkende tilnærming. 40 sykepleiere.
Ocak, C. & Topcu, S.Y., (2023), The role of nurses' knowledge and attitudes in postoperative pain management.	Holdninger og kunnskapers påvirkning i forhold til smertelindring. Veiledning og informasjon.	Hensikten er å utforske forholdet mellom sykepleieres kunnskap og holdninger, opp mot pasientenes smertenivåer.	Sykepleie- og pasient- og pårørendeperspektiv	Kvantitativ studie med tverrsnitt- og korrelasjonsdesign. 151 pasienter og 43 sykepleiere fra samme sykehus.
Aree-Ue, S. & Youngcharoen, P. (2023), A cross-sectional study of factors associated with nurses' postoperative pain management practices for older patients.	Holdninger og kunnskapers påvirkning i forhold til smertelindring.	Hensikten er å identifisere faktorer som spiller en rolle i sykepleieres smertelindring for eldre pasienter som gjennomfører kirurgisk inngrep.	Sykepleie perspektiv	Kvantitativ tverrsnittstudie. 85 sykepleiere som jobbet på et sykehus.

3.3.5 Analyse av artikler

Gjennom analyse av artiklene ble det dannet en tabell med underkategorier som artiklene gikk gjennom, deretter ble disse kategorisert i hovedkategorier (Friberg, 2017, s.81). Etter denne prosessen kom det frem 5 hovedkategorier: smerte, smertekartlegging, kunnskap og holdninger, smertebehandling og veiledning og informasjon.

Hovedkategori	Underkategori
Smerte	Postoperativ smerter Faktorer som påvirker smerter Sammenheng mellom engstelse og smerte
Smertekartlegging	Smerteadferd Smertekartleggingsverktøy
Kunnskaper og holdninger	Økt kunnskap blant sykepleiere angående smertekartlegging. Holdninger og kunnskapers påvirkning i forhold til smertelindring.
Smertebehandling	Multimodal smertelindring. Helhetlig smertelindring. Sammenheng mellom kunnskap og ikke medikamentell smertelindring.
Veiledning og informasjon	Samarbeid med pårørende. Veiledning og informasjon til pasient og pårørende.

4. 0 Resultat

4.1 Postoperativ smerte

Smerte kan påvirkes av ulike faktorer, inkludert biologiske, psykologiske og sosiale faktorer. Pasienter med kompleks smerte kan ha flere underliggende tilstander som bidrar til deres smerte, og smertebehandling kan være utfordrende (Atthayasai et al., 2023, s.924).

To tredjedeler av innbyggerne i den vestlige verden over 65 år beskrives å ha multisykdom (Lim et al. 2017). “Postoperativ smerte er et viktig problem som påvirker millioner av individer på verdensbasis” (Atthayasai et al., 2023, s.923). Ulike pasienter kan ha ulikt behov for smertelindring og en type smertelindring kan ha god effekt for en pasient, men mindre for en annen (Bolduc et al., 2014, s.77). Smerter kan føre til komplikasjoner postoperativt. Komplikasjoner bidrar til å øke stressnivået hos pasienten, som kan påvirke tilheling og bedring. Det finnes ulike smertelindringsmetoder for å forebygge komplikasjoner, samt gi best mulig tilheling og bedring. Den foretrukne metoden, er kalt multimodal smertelindring. Denne metoden inkluderer både medikamentell og ikke-medikamentell smertelindring (Bolduc et al., 2014, s.77).

Postoperative smerter er et vanlig resultat av kirurgiske inngrep og kan ha en dyp innvirkning på pasientens livskvalitet, restitusjon og generelt velvære (Atthayasai et al., 2023, s.923). Det er godt dokumentert at utilstrekkelig smertebehandling etter operasjon kan føre til ulike negative kort- og langsiktige utfall (Atthayasai et al., 2023, s.923). I den postoperative perioden er det unngåelig å være helt smertefri, dette krever at sykepleiere implementerer effektiv pleie (Ocak & Topcu, 2023, s.715).

4.2 Smertekartleggingsverktøy

Måleinstrumenter for å måle smerte preoperativt som bruk av «The Questionnaire Deuleur Saint- Atonine (QDSA)», hjelper å beskrive opplevelsen av smertene ved sensoriske målinger og emosjonelle komponenter i forkant av det kirurgiske inngrepet. Måleinstrument som ble brukt for å kartlegge postoperativ smerte var “the journal Quotidien de Douleur (JQDD; daily pain diary), denne loggføringen kartla intensitet av smerten (Bolduc et al., 2014, s.78). Deltakerne fullførte denne kartleggingen hver våkne time. Målingene ble gjort ved hjelp av

en nummeret skåring fra 0 til 10, hvor 0 betyr ingen smerte og 10 betyr verst smerte. I Bolduc et al. (2014) ble det brukt spørreskjema for å kartlegge bruk av mestringsstrategier mot smertene. Disse mestringsstrategiene ble kartlagt ved hjelp av spørreskjema (CSQ). Spørreskjemaet (CSQ) registrerer fem smerte mestringsmetoder; distraksjon (positiv strategi), bønn (nøytral), nytolkning (positiv strategi), overse/ignorer smertene (negativ strategi) og krisemaksimerer smertene (negativ strategi) (Bolduc et al., 2014, s.82).

Observasjon og vurdering av endringer i fysiologiske parametere var første prioritet i smertekartlegging hos Bjørk & Lindenskov (2016). De deltakende sykepleierne var enige om at det alltid var en sammenheng mellom vedvarende smerte, høyt blodtrykk og stigende puls. Utfordringen for sykepleierne var at pasientene sjelden selv bekreftet smerte ved endringer i fysiologiske parametere. Noen av sykepleie-deltakerne hadde innvendinger mot at fysiologiske parametere alene ga tilstrekkelig informasjon om pasientens smerte. Disse sykepleierne hevdet at vurdering av fysiologiske parametere skulle suppleres med tolkning av smerteadfærd. De beskrev slik adferd som markante ansiktsfurer, økt respirasjonsfrekvens og uro. De samme deltakerne mente at blodtrykk og puls ble påvirket av smertefulle prosedyrer, uro i avdelingen, redsel og forvirring hos pasientene, medikamenter, dehydrering eller full blære. (Bjørk & Lindenskov, 2016, s. 203.)

4.3 Smertebehandling av postoperative pasienter

Sykepleieren kan forbedre behandlingen av smerte ved å vurdere pasientens smerte kontinuerlig slik at de kan gjøre tiltak for å smertelindre (Atthayasai et al., 2023, s.927). Ikke-medikamentelle tiltak for å smertelindre som blir nevnt er massasje, avslapping, musikkterapi, kognitive adferdsmessige tilnærminger og undervisning (Bolduc et al., 2014, s.77). Atthayasai et al. (2023, s.924) nevner massasje, avslapningsteknikker og leiring av pasienten som ikke-medikamentelle smertelindringsstrategier. En kombinasjon av medikamentelle og ikke-medikamentelle metoder blir anbefalt i moderne smertebehandling for å gi pasienten god pleie, det vil si en multimodal (Bolduc et al., 2014, s.77) eller holistisk tilnærming (Ocak & Topcu, 2023, s.719).

I Bolduc et al. (2014) sin forskning ble resultatene at pasientene i eksperiment-gruppen hadde lavere scoring av smerte på postoperative dag 2 og 4, enn kontrollgruppen. Det ble samtidig

vist at eksperiment-gruppen tok mer farmakologiske smertestillende enn kontrollgruppen. Det ble konkludert med at den første hypotesen stemte; pasientene som hadde pårørende til stede og med på behandlingen hadde bedre smertelindring (Bolduc et al., 2014 s.81). Artikkelen poengterer dog at omsorgsrollen til familien kan ha blitt forsterket av forsøket, som kan ha ledet til hyppigere bruk av ikke-farmakologiske smertelindringsmetoder. Ikke-farmakologiske smertelindringsmetoder var ikke undersøkt for seg selv, noe som gir litt usikkerhet i forhold til hvor stor effekt dette har hatt i deres undersøkelse (Bolduc et al., 2014 s.83).

Ideelt sett bør pasienter med komplekse smerter behandles gjennom avdelinger eller team som er spesialiserte innenfor smerte, hvis smerten vedvarer (Atthayasai et al., 2023, s.924). Spesialiserte avdelinger innenfor smerte kan tilby omfattende smerte-behandlingsplaner som tar for seg smertens multifaktorielle natur og inkluderer en rekke intervensjoner, inkludert farmakologiske og ikke-farmakologiske tilnærminger. I omfattende smertebehandling samarbeider vanligvis et tverrfaglig team av helsepersonell for å utvikle en individuell plan for pasienter. Dette blir utviklet på bakgrunn av hver pasients unike situasjon med sikte på å redusere smerte og forbedre pasientenes velvære, funksjon og livskvalitet (Atthayasai et al., 2023, s.924).

Resultatene til Bolduc et al. (2014) viste at intervensjonen med inkludering av familie har gitt en positiv påvirkning på pasientene i eksperimentgruppen. Da de hadde lavere nivåer av postoperativ engstelse enn kontrollgruppen. Bolduc et al. (2014) tar i betraktning at familiens engstelse rundt inngrep, kan spille en rolle i pasientens egen engstelse. Det bekreftes at engstelse er lavere hos eksperimentgruppen, men at det er grunnet inkludering av familie kan ikke sies med sikkerhet. Resultatene viser at grundig preoperativ informasjon er den uttalte faktoren for reduksjonen av engstelse (Bolduc et al., 2014, s. 83). Hypotesen som omhandlet nivåer av engstelse, ble dermed delvis bekreftet. Hjerneavbildning i form av funksjonell MR-undersøkelse, har vist en sammenheng mellom engstelse og smerte, da de aktiverer samme områder i hjernen. Dette gjør at tiltak som reduserer engstelse hos pasienten, kan være med å redusere opplevelsen av smerte (Bolduc et al., 2014 s.83).

4.4 Veiledning og informasjon

Sykepleieren spiller en viktig rolle i det tverrfaglige teamet, ved å lære pasienten om smertebehandling deriblant; viktigheten av å følge sin behandlingsplan og administrering av foreskrevet medisiner (Atthayasai et al., 2023, s.924). Sykepleie basert på Orems egenomsorgsteori understreker viktigheten av at pasienter tar en aktiv rolle i å håndtere sin egen helse og velvære (Atthayasai et al., 2023, s.924). Sykepleiere som har en åpen dialog og tett samarbeid med familie, har mulighet for å lære bort metoder for å redusere pasientens smerter (Bolduc et al.2014).

De fleste deltakende sykepleierne identifiserte teamarbeid som en fordel, og et godt team økte potensialet for multikomponent smertebehandling (Atthayasai et al., 2023, s.929).

Tverrfaglige team spiller en sentral rolle i problemløsning ved å oppmuntre pasienter og familier til å forstå smertebehandlingen. Spesialisert opplæring i smertebehandling er avgjørende for å støtte den resultatbaserte smertetilstanden i smertebehandling. Dette involverer undervisning i spesielle sykepleieferdigheter, samt muliggjør åpen og ærlig tenkning blant tverrfaglige team (Atthayasai et al., 2023, s.931).

4.5 Holdninger og kunnskaper

I Ocak & Topcu (2023) sin studie kom det fram at sykepleiere som hadde dårligere holdninger eller lavere kunnskap om smertelindring, benyttet seg sjeldnere av ikke-medikamentelle teknikker for smertelindring. Det ble oppdaget en negativ sammenheng mellom pasientenes smerter og sykepleiernes kunnskaper om smertelindring (Ocak & Topcu, 2023 s.719). Selv om sykepleiere som yter omsorg til pasienter etter operasjon har en avgjørende rolle i den postoperative smertebehandlingsprosessen, kom det frem i studien at kunnskap og holdninger til smerte ikke tilstrekkelig (Ocak & Topcu, 2023, s.715).

Aree-Ue & Youngcharoen (2023, s.94) sine resultat kom frem til at gode kunnskaper om smertelindring og samarbeid i tverrfaglig team hadde en positiv sammenheng med sykepleieres smertebehandling. Det ble samtidig vist en negativ sammenheng mellom sykepleiers smertebehandling sett sammen med arbeidsmengde og erfaring. Opplæring og kunnskaper om smertelindring var den signifikante faktoren i resultatene. Sykepleierne som nylig hadde gjennomgått opplæring i smertebehandling rapporterte høyere nivå av smertebehandling (Aree-Ue & Youngcharoen, 2023, s.95). Basert på deres resultater

konkluderer de med å minske arbeidsbelastningen og fremme tverrfaglig samarbeid for å bedre smertebehandling av eldre pasienter (Aree-Ue & Youngcharoen, 2023, s.97).

Det understrekes at sykepleiere som har nøyaktig og tilstrekkelig kunnskap om smertekontroll og en effektiv holdning til smertebehandling vil redusere pasientenes smerte og øke deres tilfredshet med postoperativ smertebehandling. Sykepleiers kunnskap og holdninger knyttet til smerte, bidrar også til effektivisering og kvalitet innenfor smertebehandling av postoperative pasienter (Ocak & Topcu, 2023 s.715).

5.0 Diskusjon

5.1 Metodediskusjon

5.1.1 Forskernes bakgrunn

Artiklenes forskere har blitt vurdert og det er blitt gjennomført en bakgrunnssjekk, da det var ønskelig å bruke forskning utført av anerkjente fagfolk med erfaring innen forskningsfeltet. Samtlige av studienes forskere er professorer innenfor sykepleierutdanningen eller har spesialisering innenfor helsefaglig utdanningsbakgrunn. Dette skaper troverdighet med bakgrunn for valg av artikler, da artiklenes forskere har faglig erfaring og bakgrunn som er relevant for oppgavens problemformulering.

5.1.2 Land og forskningsarena

Geografiske forskjeller har ikke blitt betydelig vektlagt i denne oppgaven. Så fremt forsvarlighet og etikk i sykepleiernes tilnærming i forskningen samsvarer med norsk sykepleieetikk, har det blitt vurdert som relevant.

Bolduc et al. (2014) gjennomfører forskningen i Canada. For å sikre at dette gir relevant informasjon som kan sees sammen med sykepleiefaget i Norge, har etiske retningslinjer for sykepleiere blitt undersøkt. Canadas health care act (Government of Canada, u.å.) sørger for nasjonale prinsipper for helsehjelpen i landet. Herunder kommer blant annet tilgang på nødvendig sykehus- og legehjelp, offentlig administrasjon og at de forsikrede har rett til helseforsikring (Government of Canada, u.å.). Disse prinsippene for helsehjelp samsvarer med den norske offentlige helsetjenesten, jf. lov om folketrygd (Folketrygdloven, 1997, §1-1) og lov om pasient- og brukerrettigheter §2-1 a. og §2-1 b. (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §2-1 a. & §2-1 b.). Code of Ethics fra 2017 (Canadian Nurse Association, u.å.), er for godkjente sykepleiere som omhandler verdier og ansvar for sykepleiere i Canada. Her blir det nevnt både trygg, omsorgsfull, kompetent og etisk pleie. Videre nevnes blant annet å ta vare på verdighet, privatliv, taushetsplikt, autonomi og rettferdighet (Canadian Nurse Association, u.å.). Dette samsvarer godt med etiske verdier i norsk sykepleierutdanning (Grimsbø et al., 2021, s.42).

Aree-Ue & Youngcharoen (2023) og Atthayasai et al. (2023) sine studier, ble gjennomført på ulike sykehus i Thailand. Dette går under våre eksklusjonskriterier, da det er utenfor Europa eller Nord-Amerika, men det ble vurdert at geografien var delvis uvesentlig i forhold til relevansen i innholdet. Nøkkelord for Aree-Ue & Youngcharoen (2023) var postoperativ smerte, smertevurdering, eldre pasienter og sykepleieres smertelindring. Atthaysai et al. (2023) fordypet seg grundig i sykepleie-strategier og helhetlig smertelindring. Disse tematikkene samsvarer godt med oppgavens problemformulering. Begge studiene er fra 2023, noe som sørger for oppdatert informasjon og er innenfor våre inklusjonskriterier. Studienes inklusjonskriterier styrket også valget om å ta med disse artiklene, j.f. 5.1.4.

Ifølge Eriksson (1995, s.33) er smerte en del av livet. Vi tolker dette som at smerte er fra naturens side uavhengig av geografisk område, sett bort ifra kompetanse og tilgang på ressurser som f.eks. medikamentell smertelindring. Et av eksklusjonskriteriene var i utgangspunktet artikler som var utenfor Europa og Nord-Amerika. Vi valgte denne avgrensningen for å sikre relevant informasjon som samsvarer med forsvarlighet og etikk i norsk sykepleie. Vi oppdaget etter hvert at dette kunne vært en svakhet, ved at vi kunne gått glipp av viktig informasjon. Det kan være positivt å undersøke andre geografiske områder for å få en bredere forståelse av smertelindring. Geografisk område ble dermed mindre vektlagt etter hvert.

5.1.3 Etiske hensyn

De utvalgte artiklene sørget for å ta stilling til etiske hensyn i forhold til gjennomføringen av studiene. Alle de utvalgte artiklene sørget for samtykke til å delta i studien. I samtlige studier ble det informert om at studien var frivillig, og det ble gitt informert samtykke til deltakelse både skriftlig og muntlig. Flere av artiklene fikk forskningen godkjent av Institutional Review Board (IRB) (Aree-Ue & Youngcharoen, 2023, s.93).

5.1.4 Studienes deltakere

Studienes deltakere har et bredt aldersspenn, og de deltakende pasientene har varierende grad av sykdom. Artiklene har sykepleiere, pasienter eller begge som sine deltakere. Å ha

pasienter som deltakere gir et godt innblikk i pasientens opplevelse av smertelindringen, noe som fører med seg en bevisstgjøring og mulighet for forbedring. Artikkene som kun har sykepleiere som deltakere, gir et innblikk i holdninger, kunnskap og utfordringer til sykepleierne innenfor smertelindring.

Samtlig forskning hadde inklusjonskriterier om en bachelor i sykepleie, og noen hadde minst 5 års erfaring i yrket. Studiene har mellom 9-200 deltakere, og antall deltakere øker representativiteten. Aree-Ue & Youngcharoen (2023) hadde 85 deltakere, inklusjonskriterier var at deltakere var utdannet sykepleiere som jobbet med eldre pasienter postoperativt og at de hadde jobbet over 20 timer i uken det siste året. Atthayasai et al. (2023, s.926) sin forskning hadde inklusjonskriterier at deltakerne hadde en bachelor i sykepleie, jobber som kirurgisk sykepleier og hadde minst 6 års erfaring innenfor pasienter med smerteproblematikk.

Noen begrensninger til forskningen er at noen av artiklene tar utgangspunkt i et enkelt sykehus. Dette kan gi begrensede muligheter til å generalisere for en større del av populasjonen (Drageset & Ellingsen, 2009, s.102). I artiklene der både sykepleiere og pasienter er deltakere, kan det være en fordel at deltakerne er tilknyttet samme sykehus. Dette fordi det er mulig å se pleiernes opplevelse, opp mot pasientenes opplevelse av pleien.

I Bolduc et al. (2014) sin forskning deltok 33 i studien, og forskningen var rettet mot en spesifikk operasjon (hofteprotese-transplantasjon). Denne pasientgruppen kan være relevant i forhold til den multimorbide pasienten. Disse pasientene har ofte gått med kroniske smerter lenge, knyttet til artrose eller revmatoid artritt (Bolduc et al., 2014, s.77).

5.1.5 Kvalitativ og kvantitativ tilnærming som metode

Kvalitativ metode kan gi innblikk i sykepleiers standpunkter og argumenter som inngår i de kvalitative studiene (Store norske leksikon, 2023). Dette er relevant for å få innsikt i sykepleieres holdninger og kunnskaper. Innsikt i sykepleieres holdninger og kunnskaper er essensielt for å kunne svare på problemformuleringen i denne oppgaven. Resultatene til både Bjørk & Lindenskov (2016) og Atthayasai et al. (2023) svarer godt med deres hensikt for studiene.

Friberg (2017, s.158) forklarer enkelt at kvantitativ metode gir mulighet for å konstatere at intervensjon fungerer bedre enn en annen, ved hjelp av målbare enheter og sammenligninger. Bolduc et al. (2014) hadde eksempelvis intervensjon med familie i behandlingen, sammenlignet med behandling uten inkludering av familie. Resultater i form av målbare enheter gir mulighet for å få breddeforståelse, og sannsynligvis kunne generaliseres til å gjelde en større del av populasjonen, så fremt representativiteten er god (Drageset & Ellingsen, 2009, s.102). Ocak & Topcu (2023), Bolduc et al. (2014) og Aree-Ue & Youngcharoen (2023) benytter kvantitative metoder for å svare på problemstillingene sine, og de kommer frem til konklusjoner som svarer til hensikten. En mulig svakhet til Aree-Ue & Youngcharoen (2023) sin studie er at deltakerne fyller ut skjema selv, noe som ikke tar høyde for feilbedømming av egen kompetanse/kunnskap.

5.1.6 Analyse av kvalitativ og kvantitativ forskning som metode

“Postoperativ smerte er et viktig problem som påvirker millioner av individer på verdensbasis” (Atthayasai et al., 2023, s.923). Dette understreker viktigheten av problemformuleringen i oppgaven. Det er gjort mye forskning på smertelindring, da vi fikk over 15 000 treff ved våre første søk på tematikken. Å begrense dette til relevant informasjon om den multimorbide pasientgruppen har vært noe utfordrende. Vi observerte at begrepet multimorbiditet ikke er hyppig brukt i forskning eller teori. Vi måtte dermed finne vår definisjon i oppgaven, og ta utgangspunkt i den definisjonen for å kunne dra sammenhenger til artiklene og teorien. Det ble ønskelig med artikler som omhandlet eldre pasienter, da to tredjedeler av den vestlige verdens befolkning over 65 år regnes som multimorbid, etter definisjonen i oppgaven (Sodemann, 2020, s.7). Etter definisjonsavklaring og valgte avgrensninger ble satt, har søkene gitt artikler med relevant innhold for problemformuleringen og et overkommelig antall treff på søkene. Artiklene vi har valgt ga brukbare resultater for hensikten med oppgaven, som tilsier at avgrensningene var gode nok.

Søkene i MeSH ga som nevnt “analgesia” som forslag til søkeord. Treffene med “analgesia” ga anestesi-relevante artikler. Dette ble vurdert som lite relevant for vår problemformulering, spesielt da vi har valgt å ikke fokusere på medikamentell smertelindring. Ved å søke med søkeordet “nursing” og “nurs*” fikk vi mye treff om amming, noe som ikke var relevant for

vår oppgave. For å unngå det endret vi søkeord til “nurse*”. Dette kan ha ført til at vi kan ha gått glipp av artikler, med relevant informasjon som inkluderer søkeordet “nursing”. Til tross for dette begrensede søket, har søkingen gitt flere brukbare resultater, ettersom smertelindring er et vidt forskningsområde.

Bjørk & Lindenskov (2016) sin studie har ni deltakere, dette kan gi utfordringer med å generalisere resultatene til å gjelde en større del av befolkningen. Det burde blitt gjennomført flere slike fokusgrupper, for å sikre at deres resultater går igjen og ikke gjelder eksplisitt ved avdelingen der studien ble gjennomført. Til tross for få deltakere i studien til Bjørk & Lindenskov (2016), har studien til Atthayasai et al. (2023) konkludert i tråd med Bjørk & Lindenskov (2016) sin konklusjon. Begge studiene konkluderer med et behov for økt kunnskap blant sykepleiere på postoperative avdelinger på sykehus. Ettersom Atthayasai et al. (2023) hadde 40 deltakere, styrker dette Bjørk & Lindenskov (2016) sine resultater.

To av studiene som er valgt i denne oppgaven, baserer seg ut fra pasientens perspektiv. Dette er noe teorien støtter, og det ansees som like viktig som kunnskap om fysiologiske virkningsmekanismer (Grønseth & Stubberud, 2022, s.438). Et pasientperspektiv har vært hensiktsmessig for å kunne svare på problemformulering. Studiene har ulike hensikter og resultater, men har likevel en substansielt lik forståelse innenfor smertelindring. Dette mener vi styrker studienes troverdighet overfor hverandre. Ved å kunne se disse sammenhengene som en helhet i oppgaven, mener vi at dette er en vel gjennomført analyse.

5.2 Resultatdiskusjon

5.2.1 Observasjoner og kartlegging av smerte

Sykepleier sikrer forsvarlig smertelindring til multimorbide pasienter postoperativt i sykehus med multimorbiditet, ved blant annet å ta hensyn til at postoperativ smerte alltid er subjektiv (Grønseth & Stubberud, 2022, s.438). Gjennom Bolduc et al. (2014, s.77) sin studie så forklares det at ulike pasienter kan ha ulikt behov for smertelindring, og at en type smertelindring kan ha god effekt for en pasient, men mindre for en annen. Dette viser til at teori og studiene har samme bakgrunnsforståelse knyttet til smertevurdering. Pasienter som tilhører multimorbiditetskategorien, viser ofte en forhøyet sårbarhet på en eller annen måte

(Sodemann, 2020, s.6). Ved å ikke ta hensyn til den forhøyede sårbarheten blant multimorbide pasienter vil dette føre til utilstrekkelig smertelindring, som kan sees som uteblitt pleie. Dette omhandler pleielidelse, og tenkes dermed uforsvarlig. En handling eller virksomhet er enten forsvarlig eller uforsvarlig, begrepsmessig sees det ikke en “mellomting” (Mølven, 2019, s.141). Vi mener derfor at det er fundamentalt at sykepleiere tar hensyn til den forhøyede sårbarheten, for å kunne sikre forsvarlig smertelindring til den multimorbide pasienten.

Bjørk & Lindenskov (2016, s. 203) nevner pasientgruppen med “den stille smerten”, dette er en gruppe med pasienter som ikke gir uttrykk for sine smerter. Teorien nevner at den eldre pasientgruppen også gir mindre uttrykk for sine smerter, ettersom de har en tanke om at det er en del av det å bli gammel (Grønseth & Stubberud, s.437). I denne sammenheng nevnes det og at de eldre ofte har et sammensatt sykdomsbilde, som henger sammen med definisjonen multimorbiditet i denne oppgaven. Sykepleier er lovpålagt å gi pasienten tilstrekkelig og tilrettelagt informasjon (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2). Dette mener vi inkluderer ulike muligheter for smertelindring, og informasjon om hva pasienten kan forvente i forhold til postoperative smerter. Teorien legger vekt på at noe smerte er forventet ettersom det er påført vevsødeleggelse (Ræder, 2011, s.1740). Denne smerten er likevel uhensiktsmessig, da vevsskaden er forårsaket av et kontrollert påført traume. Smerter i forbindelse med komplikasjoner eksempelvis infeksjon, vil som oftest bryte gjennom på tross av god smertelindring. Det vil som oftest også være ledsaget av andre pålitelige kliniske tegn (Ræder, 2011, s.1740). På grunnlag av teorien og forskningens resultater innebærer dette at sykepleier må informere pasientene at de skal smertelindres tilstrekkelig, og viktigheten av det. Tilstrekkelig smertelindring går under forsvarlig smertelindring.

Kartleggingsverktøy for å måle smerteintensitet er eksempelvis JQDD: Daily pain diary, som Bolduc et al. (2014, s.78) nevner. Denne loggføringen baserer seg på en skala fra 1-10. Der pasientene loggfører smerteintensitet hver våkne time. Det er gjennomgående bekreftet av teorien og de analyserte studiene, at smerte er subjektivt og pasienter har ulik smerteterskel. Det kan dermed være vanskelig for sykepleier å evaluere grad av pasientens smerte, basert på en skala. På tross av dette, er loggføringen positiv for å kunne evaluere smertelindringstiltak som er gjennomført. Athayasai et al (2023, s.927) uttrykker at behandlingen forbedres ved kontinuerlig evaluering av smerte, for å kunne igangsette smertelindringstiltak. På en annen side kan det tenkes at loggføringen kan påvirke pasienten negativt, i form av en konstant

bevisstgjøring av smertene. Bolduc et al. (2014, s.82) får frem at distraksjon kan være en god smerte-mestringsstrategi. Loggføringen bidrar til en konstant påminnelse av pasientens egne smerter, som motstrider distraksjon som smerte-mestringsstrategi. Eriksson (1995, s.34) forklarer dog at smerter ikke skal fornektet og Bolduc et al. (2014) har kategorisert å overse/ignorere smertene, som en negativ smerte-mestringsstrategi. Basert på disse aspektene bør pasienten dermed ha et bevisst forhold til smertene, men et overdrevent fokus ved konstant bevisstgjøring kan tenkes å ha negativ effekt for smertelindringen. Det er allikevel viktig at sykepleier evaluerer smertelindringstiltakene kontinuerlig, for sikre forsvarlig smertelindring.

For å supplere smertekartlegging og dermed sikre forsvarlig smertelindring, kan sykepleier observere og vurdere endringer i fysiologiske parameter som Bjørk & Lindenskov (2016) sin studie poengterer. De anvendte forskningsstudiene i oppgaven, har vist at de overnevnte observasjonene bør bli sett sammen med ulike kartleggingsmetoder. Dette vil kunne gi et helhetlig syn av pasienten og dens smerter. Teorien påpeker at smerte bør implementeres i vurderingen og kartleggingen av pasientens tilstand, som et «femte vitale parameter» (Grønseth & Stubberud, 2022, s. 438). Sett ifra teorien og forskningens ulike perspektiver, er det en substansielt lik forståelse av viktigheten av å kombinere observasjon og vurdering av smertekartlegging og fysiologiske parameter for å sikre forsvarlig smertelindring. Bjørk & Lindenskov (2016, s.203) sine resultater poengterer derimot at fysiologiske parameter kan påvirkes av eksempelvis full blære, dehydrering, uro i avdelingen og engstelse. Dersom sykepleier dekker pasientens grunnleggende behov, vil de overnevnte eksemplene ikke bidra til endringer i fysiologiske parameter. Det er dermed viktig å sikre grunnleggende behov, spesielt hos multimorbide pasienter, ettersom de har et mer komplekst sykdomsbilde og økt sårbarhet (Sodemann, 2020, s.6).

De anvendte studiene peker på viktigheten av smertekartlegging, og bruken av smertekartleggingsverktøy av postoperative pasienter. Det finnes ulike metoder for smertekartlegging, som smertekartleggingsverktøy, observasjon av eksempelvis ansiktsuttrykk og vurdering. I et sykepleiefaglig perspektiv er det relevant å arbeide rettet mot observasjon og vurderinger i endringer i fysiologiske parametere. Observasjon og vurdering av endringer i fysiologiske parametere var første prioritet i smertekartlegging hos Bjørk & Lindenskov (2016, s. 203). Teorien fastslår at økt kunnskap kan gjøre det lettere å argumentere faglig for handlingsvalg, dermed bidra til å redusere tilfeldig og vilkårlig praksis

(Grønseth & Stubberud, 2022, s.438). Resultatene i samtlige forskningsstudier samsvarer i tråd med hverandre, knyttet til behov for økt kunnskap blant sykepleiere relatert til smertekartlegging.

5.2.2 Forsvarlig smertelindring

Både Bolduc et al. (2014) og Athayasai et al. (2023 s. 927) legger særlig vekt på at å involvere familie i smertebehandlingen kan ha god effekt for pasientens smertelindring. Resultatene i Bolduc et al. (2014) sin studie viste at eksperimentgruppen med pårørende involvert, tok mer smertestillende enn kontrollgruppen. Pårørende kan gjerne se endring fra pasientens normaltilstand, grunnet smertepåvirkning og dermed se pasientens behov for smertestillende. Pårørende vil naturligvis ha bedre relasjon og kjennskap til pasienten. I motsetning til sykepleier som kan basere seg ut ifra samtale med pasienten, skåringsverktøy, vitale parameter og å se etter tegn som markante ansiktsfurer eller lukkede øyne (Bjørk & Lindenskov, 2016, s.200). Sykepleier skal ut fra sin kunnskap, kunne se pasientens behov for smertelindring, men pårørende kan være en god ressurs. Spesielt til pasienter som eksempelvis ikke vil være til bry eller går under kategorien “den stille smerten”, som nevnt i Bjørk & Lindenskov (2016) sin artikkel.

Teorien definerer hensikten med den postoperative fasen, som mål om tilstrekkelig hvile og lindring. Dette for å tilstrebe bedring raskest mulig (Grønseth & Stubberud, 2022, s.437). Det er verdt å nevne at å ha med familien kan i noen tilfeller ha negativ effekt, dersom familien er engstelig og viderefører dette til pasienten. Pasienten kan da få redusert mulighet til å fokusere på smerte-mestringsstrategier og hvile, i den grad pasienten har behov for. For å unngå dette kan tilstrekkelig og tilpasset informasjon til pårørende være essensielt, dersom sykepleier velger å involvere pårørende i smertelindringsprosessen postoperativt.

Basert på Bolduc et al. (2014) og Athayasai et al (2023) sine resultater kan det virke som at pårørende kan være en god ressurs for at pasientene skal bli tilstrekkelig smertelindret, såfremt familien ikke bidrar til økt engstelse. Involvering av familie/pårørende i postoperativ smertelindring viser å ha innvirkning i tilstrekkelig smertelindring, og dermed forsvarlig smertelindring.

Pasientene som hadde pårørende involvert pre- og postoperativt, hadde mindre engstelse som følge av grundig preoperativ informasjon (Bolduc et al., 2014, s.83). I denne sammenheng får Bolduc et al. (2014, s.83) frem påvirkningen engstelse kan ha for opplevelse av smerte. Det sees en sammenheng ved at dersom en reduserer engstelse, kan det bidra til å redusere smerte. Engstelse kan tenkes å være en underliggende faktor for stress, og stress kan øke den allostatisk belastningen (Li et al., 2017, s.5203). Dersom en får økt kunnskap om allostatisk belastning i postoperative avdelinger, kan det tenkes at det blir mer fokus på å redusere stressorer som engstelse hos den postoperative pasienten. Basert på Bolduc et al. (2014) sine resultat vil reduksjon av stressorene i denne sammenheng, kunne bidra til redusert smerte. Det bør imidlertid bli gjort mer forskning på allostatisk belastning, for å kunne implementeres og anvendes i postoperative avdelinger. Fordelen ved bruk av kunnskap om allostatisk belastning vil bidra til å gjøre tiltak tidlig. Videre kan dette forebygge forverring av pasientens helse, og dermed fremtidig multimorbiditet (Li et al., 2017, s.5202).

Både Bolduc et al. (2014, s.77) og Ocak & Topcu (2023, s.719) uttrykker at en kombinasjon av medikamentelle og ikke-medikamentelle smertelindringstiltak, er essensielt for å sikre god smertebehandling. Ulike ikke-medikamentelle tiltak som blir nevnt er blant annet massasje, avslapping, leiring av pasienten, undervisning og musikkterapi (Bolduc et al., 2014, s.77) (Atthayasai et al., 2023, s.924). De overnevnte metodene kan redusere intensitet av smertene. For å kunne sikre forsvarlig smertelindring til multimorbide pasienter postoperativt, er det fundamentalt at sykepleier har kunnskap om pasientgruppen og smertelindringstiltak. Herunder medikamentelle- og ikke-medikamentelle tiltak. Spesialisert opplæring er vesentlig for tilstrekkelig og forsvarlig smertebehandling (Atthayasai et al., 2023, s.931). Forsvarlighet stiller krav til kunnskapsbasert praksis, som sikrer ikke-tilfeldig praksis (Molven, 2019, s.139) (Grønseth & Stubberud, 2022, s. 438). Det er gjennomgående i studiene at sykepleiere med lavere kunnskaper om postoperativ smertelindring, benytter seg mindre av ikke-medikamentelle tiltak. For å sikre forsvarlig smertelindring er det da nødvendig med sykepleiere med god kunnskap om smertelindring og at de holdes faglig oppdaterte.

5.2.3 Holdninger og kunnskaper

Sykepleieren bør ha et forhold til egne holdninger, og hvordan disse kan oppfattes av pasienten. I forbindelse med at dette kan føre til at pasienten føler skam/skyld grunnet sin

tilstand. Denne skammen sykepleier kan påføre pasienten, kan medføre sykdomslidelse hos pasienten, i form av åndelig og sjelelig lidelse (Eriksson, 1995, s.68). Smertelindring kan oppleves moralsk utfordrende for sykepleieren. Sykepleier bør ta utgangspunkt i pasientens egen opplevelse av smerte, dersom sykepleier ikke tror på pasienten vil muligheten for tilstrekkelig smertebehandling begrenses (Grønseth & Stubberud, 2022, s.438). Skam/skyld eller å bli tvilt på, kan gjøre det vanskeligere for pasienten å åpne seg til sykepleieren. Videre vil dette kunne svekke deres kommunikasjon og relasjon. Teorien vektlegger omsorgsrelasjonens betydning for å kunne skape tillit og ivareta verdighet, hos pasienter med smerter (Grønseth & Stubberud, 2022, s.438). Ved svekket omsorgsrelasjon, kan det derfor tenkes at pasienten kan bli utilstrekkelig smertelindret. Det kan dermed tenkes at en god omsorgsrelasjon er essensielt for forsvarlig smertelindring. Dette er i tråd med Ocak & Topcu (2023, s.715) sine resultater som viser at sykepleierens omsorg er en avgjørende faktor i postoperativ smertelindring. Det kom også frem at holdninger til smerte blant sykepleierne, ikke var tilstrekkelig.

Ocak & Topcu (2023, s.719) oppdaget en negativ sammenheng mellom pasienters smerte og kunnskaper blant sykepleiere, knyttet til postoperativ smertelindring. Denne sammenhengen viser viktigheten av kunnskap blant sykepleiere postoperativt, for å sikre tilstrekkelig smertelindring. Studien kom også frem til at kunnskaper og holdninger blant sykepleiere om postoperativ smertebehandling ikke er tilstrekkelig (Ocak & Topcu, 2023, s.715).

Forsvarlighetskravet stiller også krav til at sykepleier holder seg faglig oppdatert (Molven, 2019, s.139). En kjent utfordring for sykepleiere på sengeposter, er tidspress. Det kan gjøre kravet om å holde seg faglig oppdatert utfordrende. Postoperative avdelinger bør prioritere jevnlig oppdatering av faglige kunnskaper, da teorien og studiene bekrefter at kunnskaper er relatert til kvalitet av smertebehandling. Denne refleksjonen er i tråd med Aree-Ue & Youngcharoen (2023, s.97) sin konklusjon, om å minske arbeidsbelastning for å bedre smertebehandling hos eldre pasienter.

Sykepleieren er en del av et tverrfaglig team, og en del av sykepleierens ansvar er å motivere og informere pasienten i forhold til den postoperative smertebehandlingen (Atthayasai et al., 2023, s.931). For å overholde overnevnt ansvar, kan det tenkes at det er essensielt å utarbeide gode rutiner på avdelingen og sikre god kommunikasjon på tvers av det tverrfaglige teamet. Atthayasai et al., (2023, s.924) understreker å ta hensyn til hver pasients unike situasjon for å redusere smerte og forbedre funksjon. Grunnet multimorbide pasienter sin forhøyede

1784 & 1785

sårbarhet og kompleksitet kan det tenkes å være essensielt å jobbe tverrfaglig, samt individualisering av smertebehandling (Sodemann, 2020, s.6). Aree-Ue & Youngcharoen (2023, s.97) konkluderer med behov for å fremme tverrfaglig samarbeid for å sikre god smertebehandling av eldre pasienter. Teorien understreker sykepleierens ansvar inkludere samarbeid og koordinering i tverrfaglig team (Grønseth & Stubberud, 2022, s. 438).

6.0 Anvendelse av resultatene i praksis/avslutning

Hensikten med oppgaven var å undersøke hvordan sykepleiere kan sikre forsvarlig smertelindring til pasienter med multimorbiditet postoperativt på sengepost i sykehus. Gjennomgående og vesentlige funn i oppgaven er at gode kunnskaper om smertelindring, og ulike smertelindring tiltak er avgjørende for kvaliteten på smertebehandlingen. Det er fremtredende i studiene, at det er mangel på sykepleieres kunnskaper om smertelindring. Det er økt behov for ytterligere kunnskaper om smertelindring til den definerte pasientgruppen. Det er essensielt at postoperative avdelinger legger til rette for at sykepleiere skal kunne holde seg faglig oppdatert, som en del av forsvarlighetskravet. Vi mener det bør implementeres bedre kartleggingsverktøy, og hyppigere bruk for å sikre forsvarlig smertelindring. Et kartleggingsverktøy som viser smertemønster eller endring i intensitet mener vi vil være bedre enn eksempelvis loggføring, som gir en konstant påminnelse og bevisstgjøring. Videre forskning mener vi bør fokusere på allostatisk belastning knyttet til multimorbide pasienter. Dette vil kunne gi et helhetlig blick av den multimorbide pasienten og dens totale livssituasjon. Ved å ta hensyn til den allostatiske belastningen, kan det videre bidra til å redusere pasientens smerte. Det bør også undersøkes videre hvor stor betydning intervensjon av familie/pårørende kan ha for smertebehandlingen.

Litteratur

- Aree-Ue, S. & Youngcharoen, P. (2023). A cross-sectional study of factors associated with nurses' postoperative pain management practices for older patients. *Nursing Open*, Vol.10 (1), s.90-98. <https://doi.org/10.1002/nop2.1281>
- Atthayasai, J., Chatchumni, M., Eriksson, H. & Mazaheri, M. (2023). Surgical Nurses' Perceptions of Strategies to Enhance Pain Management Proficiency: A Qualitative Study. *Nursing reports*, Vol.13 (2), s.923-933. <https://doi.org/10.3390/nursrep13020081>
- Bjørk, T. & Lindenskov, L. (2016). Sykepleieres kartlegging og vurdering av postoperativ smerte hos pasienter med redusert evne til selvrapporing. *Norsk Sykepleje forskning*, vol. 6 (2), s. 199-209. <https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2016-02-08>
- Bolduc, N., Bourgault, P. & Grondin, F. (2014). Intervention Focused on the Patient and Family for Better Postoperative Pain Relief. *Pain Management Nursing*, Vol.15 (1), s.76-86. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2012.06.006>
- Canadian Nurses Association - CNA (u.å.). *Ethics for registered nurses*. Hentet 24.november 2023. <https://www.cna-aicc.ca/en/nursing/regulated-nursing-in-canada/nursing-ethics>
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal.
- Drageset, S. & Ellingsen, S. (2009) Forståelse av kvantitativ helseforskning – en introduksjon og oversikt . *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 5 (2), 100-110. <https://doi.org/10.7557/14.244>
- Eriksson, K. (1995). *Det lidende mennesket*. (1. utg.). Tano.
- Friberg, F. (Red.). (2017). *Dags för uppsats*. Studentlitteratur.
- Folketrygdloven. (1997). *Lov om folketrygd*. (LOV-1997-02-28-19). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1997-02-28-19>
- Government of Canada. (u.å.). *Canada's health care system - The role of Government*. Canada. Hentet 1.desember 2023 fra <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-care-system/reports-publications/health-care-system/canada.html>
- Grimsbø, G.H., Kristoffersen, N.J., Skaug, E. & Steindal, S.A. (2021). *Grunnleggende sykepleie - fag og profesjon* (4.utg.). Gyldendal.
- Grønseth, R. & Stubberud D. G. (2022). *Klinisk sykepleie 1*. (6 utg.). Gyldendal.
- Helsebiblioteket. (2016, 24.10). *Medisinske og helsefaglige termer/MeSH på norsk og*

engelsk. Helsebiblioteket. <https://www-helsebiblioteket-no.ezproxy.uis.no/innhold/artikler/legemidler/legemiddelaktuelt/medisinske-og-helsefaglige-termer-mesh-pa-norsk-og-engelsk>

Helsedirektoratet, (2019, 14.10) *Smerte*. Helsedirektoratet.

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/palliasjon-i-kreftomsorgen-handlingsprogram/symptomer-og-tilstander/smerte>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.

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

Huseby M. B. (2021). Helsedirektoratet 20.april 2021: Personer med flere kroniske sykdommer (Vedlegg til rapport om styringsinformasjon til helsefelleskapene del I)

Helsedirektoratet. [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/styringsinformasjon-til-helsefelleskapene/Vedlegg%20kroniske%20sykdommer.pdf/_attachment/inline/17130b4d-f7f8-449b-874d-](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/styringsinformasjon-til-helsefelleskapene/Vedlegg%20kroniske%20sykdommer.pdf/_attachment/inline/17130b4d-f7f8-449b-874d-bd67b4da135a:98a3b80e44f99ce54e1e3f28df522c044c10bff1/Vedlegg%20kroniske%20sykdommer.pdf)

[bd67b4da135a:98a3b80e44f99ce54e1e3f28df522c044c10bff1/Vedlegg%20kroniske%20sykdommer.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/styringsinformasjon-til-helsefelleskapene/Vedlegg%20kroniske%20sykdommer.pdf/_attachment/inline/17130b4d-f7f8-449b-874d-bd67b4da135a:98a3b80e44f99ce54e1e3f28df522c044c10bff1/Vedlegg%20kroniske%20sykdommer.pdf)

Li, Y., Rosemberg, M.S. & Seng, J. (2017). Allostatic load: a useful concept for advancing nursing research. *Journal of Clinical Nursing*, 26. s.5191-5205.

<https://doi.org/10.1111/jocn.13753>

Molven O. (2019). *Sykepleie og jus*. (6.utg) Gyldendal.

Ocak C. & Topcu S.Y. (2023). The role of nurses ` knowledge and attitudes in postoperative pain management. *Collegian*, 2023 (30), s.715-720.

<https://doi.org/10.1016/j.colegn.2023.03.010>

Pasient- og brukerrettighetsloven. 1999. *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>

Ræder, J. (2011). Postoperativ smerte - undervurdert og underbehandlet. *Tidsskriftet – den norske legeforening*, 131 (nr.18), s.1740. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.11.0849>

Sigmund Grønmo. (2023, 16. januar). Kvalitativ metode. *I Store norske leksikon*. Hentet 24. november 2023 fra https://snl.no/kvalitativ_metode

Sodemann, M. (2020). Multisykdom. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom Og Samfund*, 17(32).

<https://doi.org/10.7146/TFSS.v17i32.120972>

Vedlegg 1: Søkelogg

Søkedato	Database	Søkeord og kombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Antall valgte artikler
23.10.23	Chinal	“Pain management” OR “pain relief” AND nurse* AND “knowledge” OR “education”	Dokumenttype: Fagfellevedert forskningsartikkel Språk: Engelsk Publisering Periode: 2013- 2023 Geografi: USA og Europa	383	7	4	2
23.10.23	Chinal	Multimorbiditet	Dokumenttype: Fagfellevedert forskningsartikkel Språk: Engelsk Publisering Periode: 2013-2023 Geografi: Nord-Amerika og Europa	3	3	1	1
24.10.23	Cinahl	“post operative pain relief” AND nurse*	Dokumenttype: Fagfellevedert forskningsartikkel Språk: Engelsk Publisering Periode: 2013- 2023 Geografi: Nord-Amerika og Europa	3	2	0	0
24.10.23	Idunn	Pain Postoperative	Dokumenttype: Fagfellevedert forskningsartikkel Språk: Engelsk Publisering Periode: 2013- 2023 Geografi: Nord-Amerika og Europa	20	5	3	1
25.10.23	Cinahl	Allostatic Load	Dokumenttype: Fagfellevedert forskningsartikkel Språk: Engelsk Publisering Periode: 2013- 2023 Geografi: Nord-Amerika og Europa	24	5	2	0
25.10.23	Cinahl	Postoperative Pain Management	Dokumenttype: Fagfellevedert forskningsartikkel Språk: Engelsk Publisering Periode: 2013- 2023 Geografi: Nord-Amerika og Europa	50	10	3	1

Vedlegg 2: Litteratormatrise

Forfatter(e)	Artikkel-tittel	Hensikten med studien	Perspektiv	Metode og analyse	Tema	Hovedfunn/resultater
Bjork, T. & Lindenskov, L. (2016). Norsk Sygepleje forskning Norge	Sykepleieres kartlegging og vurdering av postoperativ smerte hos pasienter med redusert evne til selvrappotering.	Sykepleierens utfordringer og vurderinger i smertebehandling av postoperative pasienter med redusert evne til selvrappotering	Sykepleie perspektiv	Kvalitativ intervjuundersøkelse, med fokusgruppeintervju og fortolkende tilnærming. 9 sykepleiere fra postoperativ og intensivavdeling. Deltakerne fikk åpne spørsmål og gruppene reflekterte seg imellom. Intervjuene ble analysert og sortert i underkategorier som ga 3 hovedtema. Studien ble godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste.	Smerteadferd og kartleggingsverktøy Økt kunnskap blant sykepleiere angående smertekartlegging Postoperativ smerte.	Førsteprioritet i smertebehandling er endringer i fysiologiske parameter, etterfulgt av pasientens adferd. Behov for økt innsats i utvikling av kartlegging og vurdering av smertebehandling i postoperative avdelinger.
Bolduc, N., Bourgault, P. & Grondin, F. (2014). Pain Management Nursing Canada	Intervention Focused on the Patient and Family for Better Postoperative Pain Relief.	Undersøke effekten av tett oppfølging av familie under smertebehandling postoperativt. Undersøke om pasienten får mindre vondt, engstelse og bruker mer positive mestringsstrategier mot smertene.	Pasient og pårørende perspektiv	Kvantitativ forskning med bruk av kvasiekperimentelt design. 33 deltakere, 17 i kontrollgruppe og 16 i eksperimentgruppe. Regresjonsanalyse ble utført for å sammenlikne dataene mellom eksperimentgruppen og kontrollgruppen. Studien ble godkjent av institusjonens etiske komité.	Multimodal smertelindring Sammenheng smerte og engstelse Veiledning og informasjon til pasient og pårørende. Samarbeid med pårørende. Kartleggingsverktøy	Pasienter med familie involvert i behandlingen hadde mindre smerter og mindre engstelse, som gir hurtigere og bedre tilheling. Pasienter med pårørende involvert, brukte ikke mer positive mestringsstrategier mot smerten.
Atthayasai, J., Chatchumni, M., Eriksson, H. & Mazaheri, M. (2023). Nursing reports Thailand	Surgical Nurses' Perceptions of Strategies to Enhance Pain Management Proficiency: A Qualitative Study.	Utforske sykepleieres holdninger til å forbedre smertelindring.	Sykepleie perspektiv	Kvalitativ studie. 40 sykepleiere deltok. Deltakere fikk åpne spørsmål, svarene ble kategorisert i 3 hovedtema ved en tematisk analyse gjennom programvaren COREQ i microft excel som tolket dataene. Godkjennelse fra etisk komité var ikke nødvendig ifølge lovgivning i aktuelle land. Informert samtykke ble gitt fra alle deltakere etter muntlig og skriftlig informasjon om studiet.	Holdninger og kunnskapers påvirkning i forhold til smertelindring. Postoperativ smerte. Informasjon til pasient og pårørende. Helhetlig smertelindring.	Tematisk analyse av dataene ga 4 underkategorier som så ble delt i 3 hovedkategorier for oppfatning av sykepleiestrategier. Den første hovedkategorien fra resultatene er problemløsning og samarbeid, den andre er forstyrrelser og oppmuntring og den siste er forståelse av smerten.
Ocak C. & Topcu S.Y. (2023). Collegian Tyrkia	The role of nurses' knowledge and attitudes in postoperative pain management.	Utforske forholdet mellom sykepleiers kunnskap og holdninger, og nivåene av smerte til pasientene.	Sykepleie og pasient og pårørende perspektiv	Kvantitativ studie med tverrsnitt- og korrelasjonsdesign. 151 pasienter og 43 sykepleiere som jobbet på sykehuset deltok. Sykepleiere brukte spørreskjema NKASRP og pasienter brukte en numerisk smerteskala fra 0-10. NKASRP gir prosent skåring basert på antall riktige svar på sant/usant påstander. Over 70% i skåring, ble regnet som tilstrekkelig kunnskap.	Holdninger og kunnskapers påvirkning i forhold til smertelindring. Veiledning og informasjon til pasient og pårørende.	Sykepleier med lite kunnskaper om smertelindring, benyttet seg av mindre ikke-medikamentelle metoder for smertelindring. Sykepleiere som fikk god opplæring i smertebehandling, fikk bedre score på test om smertebehandling, enn de med mindre kunnskap.

1784 & 1785

				IRB ga tillatelse til å gjennomføre studien og informert samtykke ble gitt av samtlige deltakere.		
Aree-Ue, S. & Youngcharoen, P. (2023). Nursing open Thailand	A cross-sectional study of factors associated with nurses' postoperative pain management practices for older patients.	Identifisere faktorer som spiller en rolle i sykepleieres smertelindring for eldre pasienter som gjennomfører kirurgisk inngrep.	Sykepleie perspektiv	Kvantitativ studie med tverrsnitt- og korrelasjonsdesign. 85 sykepleiere som jobbet på et sykehus i Bangkok, Thailand. Sykepleiere svarte på skjema med påstander og svarte på en skala fra 1 (aldri) -3 (alltid), ECS og CSACD. Dataene ble analysert ved bruk av SPSS og flere typer analyser ble gjort for studievariabler. IRB ga tillatelse til å gjennomføre studien og informert samtykke ble gitt av samtlige deltakere.	Holdninger og kunnskapers påvirkning i forhold til smertelindring. Postoperativ smerte.	Sykepleiere gir bedre smertelindring med god kunnskap, deres opplevelse av godt samarbeid med leger og basert på sykepleierens arbeidsbelastning.