



LUNDS
UNIVERSITET

MEDICINSKA FAKULTETEN

Sjuksköterskors erfarenheter av att smärtlindra patienter med postoperativ smärta

En litteraturstudie

Författare: Alina Karimi & Emma Ekman

Kandidatuppsats

Hösten 2023

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal
och sexuell hälsa
Box 157, 221 00 LUND

Sjuksköterskors erfarenheter av att smärtlindra patienter med postoperativ smärta

En litteraturstudie

Nurses' Experiences of Relieving Pain in Patients with Postoperative Pain

A Literature Review

Författare: Alina Karimi & Emma Ekman

Handledare: Lena Forsell

Kandidatuppsats
Hösten 2023

Abstrakt

Bakgrund: Postoperativ smärta är ett vanligt förekommande fenomen som ska behandlas för att undvika komplikationer. Både internationella såväl som nationella studier visar att patienter är missnöjda med omvårdnad och smärtbehandling postoperativt. Sjuksköterskan har till uppgift att lindra postoperativ smärta, trots det visar tidigare studier att patienter inte får adekvat smärtlindring. **Syfte:** Att belysa sjuksköterskans erfarenheter av att smärtlindra patienter med postoperativ smärta. **Metod:** Litteraturstudie med integrerad analys av nio artiklar. **Resultat:** Tre huvudteman identifierades vilka visar att sjuksköterskan upplever *Barriärer vid smärtlindring*, *att kompetens påverkar smärtlindring* och *Uppfattning av verbal och icke-verbal kommunikation* samt fem subteman; *Stereotyper*, *Närståendes påverkan*, *Tidsbrist*, *Teamet kring patienten*, *Smärtskatta patienten*. **Slutsats:** Ökade kunskaper kring smärta kan bidra till att sjuksköterskor blir mer bekanta med smärtbehandling för postoperativa patienter.

Nyckelord

Barriärer, Erfarenheter, Postoperativ smärta, Sjuksköterska, Smärtlindring.

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal
och sexuell hälsa
Box 157, 221 00 LUND

Innehållsförteckning

Introduktion	2
Problemområde	2
Bakgrund	3
Perspektiv och utgångspunkter	3
Smärta	4
Postoperativ smärtbehandling	5
Smärtskattningsinstrument	6
Patienters upplevelse av postoperativ smärtbehandling	7
Syfte	8
Metod	8
Urval	8
Datainsamling	9
Analys av data	11
Forskningsetiska avvägningar	11
Resultat	12
Sjuksköterskans barriärer vid smärtlindring	13
Stereotyper	13
Närståendes påverkan	14
Tidsbrist	15
Sjuksköterskans kompetens påverkar smärtlindring	15
Teamet kring patienten	15
Smärtskatta patienten	16
Uppfattning av verbal och icke-verbal kommunikation	17
Diskussion	19
Diskussion av vald metod	19
Överförbarhet	19
Tillförlitlighet	19
Verifierbarhet	20
Giltighet	20
Diskussion av framtaget resultat	21
Slutsats och kliniska implikationer	24
Författarnas arbetsfördelning	24
Referenser	26
Bilaga 1 (3) - Sökning CINAHL	33
Bilaga 2 (3) - Sökning PubMed	34
Bilaga 3 (3) - Översiktstabell	35

Introduktion

Problemområde

Årligen sker 143 miljoner operationer i världen för att rädda liv och förebygga funktionshinder (World Health Organization [WHO], 2023). Enligt Socialstyrelsens (2022) statistik om operationer och behandlingar inom specialistvården opererades 404 743 personer inom slutenvården i Sverige under år 2021. Postoperativ smärta är ett vanligt förekommande fenomen som ska behandlas för att undvika komplikationer. Både internationella såväl som nationella studier visar att patienter är missnöjda med omvårdnad och smärtbehandling postoperativt (Eriksson et al., 2016; Gan, 2017; Magidy et al., 2016).

En ofullständigt behandlad postoperativ smärta är associerad med ett flertal konsekvenser för patienten, som till exempel ökad risk för utveckling av sjukdomar, försämrad livskvalitet, förlängd opioidanvändning samt ökade sjukvårdskostnader (Gan, 2017). En anledning till att postoperativ smärta inte behandlas till fullo kan vara att sjuksköterskor har förutfattade meningar kring patienters smärtupplevelse vilket riskerar att påverka patienternas förmåga att beskriva och hantera sin smärta (Eriksson et al., 2016). Magidy et al. (2016) undersökte patienters upplevelser av postoperativ smärtbehandling där 95–98% av patienterna skattade lågt på påståendena gällande vårdpersonalens uppfattning av smärta och smärtbehandling samt om en smärtskattning har använts.

Sjuksköterskan har bland annat till uppgift att lindra lidande (Svensk sjuksköterskeförening [SSF], 2022). Trots det visar forskning att postoperativa patienter inte upplever att de får en adekvat smärtlindring (Eriksson et al., 2016; Gan, 2017; Magidy et al., 2016), vilket riskerar att skapa ett vårdlidande för patienten. Därav är det av intresse att beskriva sjuksköterskans erfarenheter av att lindra postoperativ smärta.

Bakgrund

Perspektiv och utgångspunkter

Omvårdnad är en mellanmännisklig process där sjuksköterskan hjälper en individ, familj eller samhälle att förebygga eller hantera upplevelsen av sjukdom, lidande och att finna mening med dessa upplevelser (Travelbee, 1971). Då sjuksköterskan ansvarar för och leder omvårdnadsarbetet enligt omvårdnadsprocessen (SSF, 2023) bör sjuksköterskan använda ett disciplinerat arbetssätt samt ha förmåga att grunda och bibehålla relationer (SSF, 2023; Travelbee, 1971). Sjuksköterskans människosyn kommer att bestämma hennes attityd mot liv och död, sjukdom och hälsa samt bestämma hur mycket sjuksköterskan värdesätter människan hon träffar (Travelbee, 1971). I föreliggande litteraturstudie har författarna utgått från Travelbees omvårdnadsteori för att få en bättre förståelse för hur den mellanmänniskliga relationen kan påverka sjuksköterskans erfarenheter av smärtlindring i mötet med patienter med postoperativ smärta.

Enligt Travelbee (1971) definieras människan som en unik och oersättlig individ olik andra som levt och kommer att leva. Lidande och sjukdom är en livserfarenhet som varje människa kommer att uppleva och varje individ kommer att uppleva ett individuellt lidande. Det är viktigare för sjuksköterskan att förhålla sig objektivt till individens upplevelse av sjukdom och lidande, än till sin egen subjektiva och fördömande bedömning (Travelbee, 1971).

Kommunikation är en process som gör det möjligt för sjuksköterskan att skapa en mellanmännisklig relation (Travelbee, 1971). Kommunikationen anses vara ett hjälpmedel för att nå ett mål, där målet är att uppnå syftet med omvårdnaden. Den sjuke individen kommunicerar med sjuksköterskan genom utseende, beteende, kroppshållning, ansiktsuttryck, handlingar och kroppsspråk, detsamma gör sjuksköterskan till den sjuke individen. Kommunikation möjliggör för sjuksköterskan att lära känna individen och bemöta behov och därmed etablera en mellanmännisklig relation (Travelbee, 1971).

Smärta är en form av lidande (Travelbee, 1971). Eftersom det är svårt att kommunicera upplevelsen av smärta är det också svårt att bedöma grad och intensitet av den smärta som någon annan upplever. Ömsesidig kommunikation mellan sjuksköterskan och patienten är viktigt för smärtbehandlingen. Vårdpersonal drar ofta egna slutsatser om intensiteten av smärta som de antar att den andra personen upplever det. Dock kan ingen vårdpersonal vara

helt säker på att de har korrekt bedömt den faktiska smärtintensiteten som upplevs. Det är svårt att bedöma en annan persons smärtintensitet korrekt, vilket gör att slutsatser som utvecklas är baserade på gissningar enligt Travelbee (1971). I en mellanmännisklig relation ser och uppfattar sjuksköterskan och den sjuke personen varandra som unika individer istället för att präglas av rollerna "sjuksköterska" och "patient". I det första mötet mellan sjuksköterska och patient sker observationer och slutsatser från båda parter, vilka kan påverkas av stereotyper. Stereotyper är kategorisering av människor utifrån antaganden och är den största barriären i den mellanmänniskliga relationen mellan sjuksköterska och patient (Travelbee, 1971). Kan sjuksköterskan inte upprätta en mellanmännisklig relation med patienten, kommer det leda till att sjuksköterskan kan få svårt att förstå patientens smärta och riskerar att därmed skapa ett vårdlidande för patienten (Eriksson et al., 2016; Gan, 2017; Magidy et al., 2016; Travelbee, 1971).

Smärta

Smärta definieras som en obehaglig sensorisk och emotionell upplevelse i samband med, eller liknar det som associeras med, vävnadsskada eller potentiell vävnadsskada (International Association for the Study of Pain [IASP], 2021). IASP (2021) beskriver att smärta har sex grundprinciper. Dessa grundprinciper beskriver att smärta alltid är en personlig upplevelse som är påverkad i varierande grad på grund av biologiska, psykologiska och sociala faktorer. Smärta och nociception är olika fenomen, smärta kan inte enbart vara härledd från aktivitet i sensoriska neuroner. Individer lär sig konceptet av smärta via livserfarenhet, en persons berättelse om en upplevelse som smärta bör respekteras. Även om smärta vanligtvis har en anpassningsbar roll kan den ha negativa effekter på funktion och socialt och psykologiskt välbefinnande. Verbal beskrivning är bara ett av flera beteenden att uttrycka smärta, oförmåga att kommunicera utesluter inte möjligheten att en människa eller ett icke-humant djur kan uppleva smärta (IASP, 2021).

Smärta delas in i nociceptiv, neuropatisk, nociplastisk smärta eller smärta av oklar orsak, vilket benämns som idiopatisk smärta (IASP, 2021; Lundeberg & Norrbrink, 2021). IASP (2021) förklarar neuropatisk smärta som smärta orsakad av en skada eller sjukdom i somatosensoriska nervsystemet. Nociplastisk smärta uppstår från förändrad nociception trots att det inte finns tydliga bevis på faktisk eller hotad vävnadsskada som orsakar att perifera nociceptorer aktiveras eller att smärta uppstår även om det saknas bevis för sjukdom eller skada i det somatosensoriska systemet. Patienter kan ha nociceptiv och nociplastiskt smärta

kombinerat (IASP, 2021). Nociceptiv smärta är den vanligaste smärtan postoperativt (Werner & Leden, 2010).

Höga nivåer av postoperativ smärta kan leda till ihållande smärta och andra negativa effekter (Veal et al., 2015). Postoperativ smärta är ett akut smärttillstånd. Människokroppen tolkar akut smärta som ett hotande tillstånd och försvarar sig med olika fysiologiska reaktioner som ökad pulsfrekvens och blodtryck, ökad andningsfrekvens, svettning och ökad muskelaktivitet. Smärtan kan även leda till oro, rädsla och ångest som också kan bidra till ökad smärtupplevelse (Lundeberg & Norrbrink, 2021).

Postoperativ smärtbehandling

Postoperativ smärta klassificeras som nociceptiv smärta och ska därmed behandlas med perifert eller centralt verkande smärtstillande läkemedel (Simonsen et al., 2006; Werner & Leden, 2010). Postoperativ smärtbehandling beror på vilket kirurgiskt ingrepp som har utförts (Lott et al., 2016). Smärtstillande läkemedel indelas i centralt och perifert verkande analgetika (Lott et al., 2016; Simonsson et al., 2006). En kombination av olika analgetikagrupper kan öka effekten synergistiskt och minimera biverkningarna. Analgetikagrupperna som används postoperativt är perifert verkande läkemedel, centralt verkande svaga opioider och centralt verkande starka opioider (Lott et al., 2016).

Non-Steroid Anti-Inflammatory Drugs, [NSAID] är ett perifert verkande analgetika som används inom postoperativ smärtbehandling och NSAID ger en signifikant stor skillnad på smärtlindring jämfört om det inte administreras vid postoperativ smärta (Arslan et al., 2011). NSAID har olika grader av analgetisk, antipyretisk och antiinflammatorisk effekt men har vanliga biverkningar som dyspeptiska smärtor med slemhinneblödning, illamående och kräkningar. NSAID ger ingen tillvänjning och ingen abstinens vid seponering (Simonsen et al., 2006, kapitel 4).

En annan vanlig perifert verkande analgetika inom postoperativ smärtbehandling är paracetamol. Paracetamol saknar antiinflammatorisk effekt i muskulatur och skelett samt ej skadande på magslemhinnan till skillnad från NSAID. Paracetamol rekommenderas vid lätta och måttliga smärtor och vid behov febernedsättande medel. Höga doser av paracetamol kan orsaka en livshotande förgiftning (Simonsen et al., 2006, kapitel 4).

Centralt verkande analgetika är opioida läkemedel som dämpar smärtupplevelsen genom att binda till receptorer i centrala nervsystemet. De har effekt vid alla typer av nociceptiv smärta men hjälper mindre mot neuropatisk smärta. Opioider är substanser som verkar på opioidreceptorer. Opioiders verkan hämmar impulstrafiken på ryggmärgsnivå och verkar troligtvis även i talamus genom att hyperpolarisera neuron som vidarekopplar smärtimpulser. Användning av centralt verkande analgetika utan indikation på smärta ökar risken för beroende jämfört med användning i samband med stark smärta. Vanliga biverkningar av opioider är illamående, dåsighet, obstipation och andningsdepression. Tolerans och beroende av opioider utvecklas snabbare vid intravenös och intramuskulär administration. (Simonsen et al., 2006, kapitel 4).

Centralverkande svaga opioider är två läkemedel, tramadol och kodein, med olika verkningsmekanism och farmakokinetik (Simonsen et al., 2006, kapitel 4). Tramadol rekommenderas inte vid postoperativ smärta på grund av låg effekt och besvärande biverkningar. Kodein används ofta i kombination med paracetamol eller acetylsalicylsyra för att ge smärtstillande och hostdämpande effekt. Kodein i kombination med paracetamol ger bättre smärtstillande effekt jämfört med kombinationen paracetamol och tramadol (Santini et al., 2017).

Centralverkande starka opioider har uttalad analgetisk effekt och kan administreras peroralt och parenteralt. Morfin är prototypen för opioidanalgetika och bör vara förstahandsval vid behov av starka smärtstillande läkemedel. Andra starka opioidanalgetika är petidin, ketobemidon, metadon, fentanyl och buprenorfin (Simonsen et al., 2006).

Smärtskattningsinstrument

Då smärtupplevelsen är personlig och påverkas av många olika faktorer ska sjuksköterskan smärtskatta patienter för att kunna förtydliga smärtan för utvärdering och justering av smärtbehandling (Lott et al., 2016). För smärtskattning har sjuksköterskan olika bedömningsinstrument för olika åldrar och kognitiv förmåga. Smärtskattningsinstrumenten ”numerisk skala, [NRS]”, ”verbal skattningsskala [VRS]”, ”visuell analog skala, [VAS]” eller beteendeskala bör användas inom övervakningsrutinerna på vårdavdelning (Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård [SFAI], 2010). NRS och VAS rekommenderas före

VRS eftersom de skattar smärtintensiteten bättre. Genom NRS, som är den vanligaste smärtskattninginstrumentet (Lott et al., 2016), kan patienten beskriva sin smärtintensitet med en siffra mellan 0-10, där 0 är ingen smärta och 10 är den värsta tänkbara smärtan (Breivik et al., 2008).

Verbal skattningsskala [VRS] används genom att patienten skattar sin smärta med beskrivande ord. Skalan kan bestå av sju eller fyra ord som beskriver smärtans intensitet (Hjermstad et al., 2011). Orden som patienten anger på skalan dokumenteras. Exempel på ord som används i VRS är: ”ingen smärta”, ”lätt smärta”, ”måttlig smärta” och ”svår smärta” (Breivik et al., 2008).

Alternativ till VRS är Visuell Analog Skala [VAS]. VAS består av en 10 cm lång linje med en rörlig markör. På linjen kan patienten välja ut den punkt som motsvarar den upplevda smärtans intensitet mellan graderna ”Ingen smärta” och ”värsta tänkbara smärta” genom att sätta ett kryss eller flytta markören längs linjen. Därefter mäter vårdpersonalen avståndet eller läser av skalan på instrumentets baksida där det finns en numerisk skala mellan 0 och 10 (Lott et al., 2016).

Smärtskattning kan också ske med olika beteendeskolor ifall patienten har nedsatt kommunikationsförmåga exempelvis vid demens och talsvårigheter men även vid språkbarriärer enligt Pickering et al. (2013). Exempel på beteendeskolor är Abbey Pain Scale (Svenska palliativregistret, 2021) och Face, Legs, Activity, Cry, Consolability [FLACC] som används främst till barn men kan även användas till vuxna (Herr et al., 2011).

Då många patienter känner att vårdpersonal har svårt att veta vilken smärtintensitet patienten har och vilken smärtbehandling som har använts (Magidy et al., 2016), är det viktigt att använda ett instrument som underlättar dessa faktorer, det kan vara att använda en och samma smärtskala konsekvent på arbetsplatsen, så att skattade och dokumenterade resultat är lätta att jämföra och följa upp (Lott et al., 2016).

Patients upplevelse av postoperativ smärtbehandling

Van Boekel et al. (2019) beskriver att obehandlad postoperativ smärta är ett vanligt fenomen och är förknippat med komplikationer såsom gastrointestinala komplikationer i form av

illamående och obstipation, neurologiska komplikationer i form av yrsel och ihållande smärta samt infektionskomplikationer, som infektioner med oklar orsak och infektion i kirurgiskt sår. Patienter med allvarlig postoperativ smärta upplevde mer komplikationer.

Enligt Fatma & Serife (2017) upplevde patienter att den vanligaste åtgärden för smärta var att ge smärtstillande läkemedel. Patienterna upplevde även att det var enkelt att berätta för sjuksköterskan om sin smärta, att sjuksköterskan ofta brukade fråga om patientens smärta och tog detaljerad information om smärtan. Det visade sig dock att sjuksköterskorna inte använde sig av smärtskattningsskalor eller checklistor för att skatta patientens smärta.

Connor (2016) beskriver att sjuksköterskors kompetens har en roll för patienters smärtbehandling, men att det fortfarande förekommer patienter som är missnöjda med smärtbehandlingen. Patienterna kunde uppleva att de inte blev lyssnade på, att sjuksköterskan kunde vara motsägelsefull, att patienter inte vågade fråga om smärtstillande när de såg att sjuksköterskan hade mycket att göra samt att patienter inte vågade ta emot smärtbehandling på grund av rädsla för att utveckla opioidberoende.

Syfte

Syftet med denna litteraturstudie var att belysa sjuksköterskans erfarenheter av att smärtlindra patienter med postoperativ smärta.

Metod

För att besvara syftet genomfördes en litteraturstudie som en icke-systematisk översikt med induktiv ansats. Enligt Kristensson (2014) utforskar kvalitativa studier upplevelser, uppfattningar eller beskrivningar, därav ansågs litteraturstudiens syfte att vara kvalitativ. En litteraturstudie sammanställer andra forskningsresultat för att kunna svara på en speciell fråga, vilket kan leda till att förklara eller lösa ett specifikt kliniskt problem (Kristensson, 2014).

Urval

Kriterier för urval bestämdes utifrån litteraturstudiens syfte (se tabell 1). De inkluderade artiklarna skulle ha ett sjuksköterskeperspektiv och patientpopulationen skulle vara vuxna över 18 år. Artiklarna som valdes handlade om sjuksköterskor erfarenheter av att smärtlindra postoperativ smärta. De valda artiklarna hade ett etiskt resonemang, var peer reviewed och

skrivna på engelska samt att de hade kvalitativ forskningsdesign. Kvalitetsgranskning utfördes på de valda artiklar som ansågs besvara studiens syfte med hjälp av granskningsmall från Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU, 2022). De artiklar som hade obetydliga eller mindre metodbrister inkluderades. Studier som var äldre än 10 år exkluderades för att avgränsa antalet studier och för att inkludera nyare studier. Studier med endast patienters perspektiv, andra vårdprofessioners perspektiv än sjuksköterskor, studier som var kvantitativa, litteraturöversikter, interventionsstudier samt måttliga och stora metodbrister exkluderades då de inte besvarade syftet.

Tabell 1: Inklusions- och Exklusionskriterier

Inklusionskriterier	Exklusionskriterier
Språk: engelska	
Publicerade mellan 2013-2023	
Kvalitativ forskningsdesign	Kvantitativa studier, litteraturöversikter, interventionsstudier
Sjuksköterskans perspektiv	Patienters perspektiv av postoperativ smärtbehandling, andra vårdprofessioner än sjuksköterskor
Patientpopulation: Vuxen ålder	Barn <18 år
Innehålla etiskt resonemang	
Obetydliga eller mindre metodbrister	Måttliga och stora metodbrister

Datansamling

Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature [CINAHL] innehåller mer än 4,5 miljoner studier i form av referenser från alla engelskspråkiga omvårdnadstidskrifter som godkänts för indexering av organisationen bakom databasen. Fler än 3000 tidskrifter är indexerade i CINAHL, varav 65% handlar om omvårdnad (Willman et al., 2016).

PubMed är en fri tillgänglig sökmotor i databasen MEDLINE. MEDLINE är en databas producerad av National Library of Medicine och innehåller referenser till tidskrifter, bland annat inom medicin och omvårdnad. MEDLINE innehåller fler än 22 miljoner studier från

över 5000 tidskrifter och uppdateras med fler än 12 000 nya studier varje vecka. PubMed omfattar mer än 35 miljoner citeringar för biomedicinsk litteratur från MEDLINE, vetenskapliga tidskrifter och onlineböcker. Däremot har PubMed fler referenser än MEDLINE då den även innehåller studier under arbete (Willman et al., 2016). Databaserna CINAHL och PubMed användes för insamling av data (Bilaga 1-2). Litteratur rekommenderades att användas från flera olika databaser för att undvika snedvridet urval (Willman et al., 2016). I PubMed användes fritextord, MeSH-term och booleska sökoperatörer "AND" och "OR". Sökningen i CINAHL innehöll fritextord och booleska sökoperatörer "AND" och "OR".

Då kandidatuppsatsens frågeställning är kvalitativt ansågs att POR-strukturen var lämplig som utgångspunkt inför sökning. P står för Population, O för Område/Fenomen och R för resultat (Willman et al., 2016).

Sökningen gjordes genom att först skapa sökblock för varje del av POR-strukturen. Inom varje sökblock försökte författarna hitta så många relevanta studier som möjligt genom att blanda flera ämnesord, en MeSH-term och fritextord med hjälp av Booleska sökoperatören "OR" för att exempelvis kunna beskriva (P) i populationen.

Vid sökningen i respektive databaserna användes Booleska sökoperatörerna "OR" och "AND" för att hitta så många studier som möjligt inom respektive sökblock. Sökoperatören "OR" breddade den systematiska sökningen genom att sökningens resultat innehöll referenser till de olika söktermerna. Sökblocken kombinerades sedan med varandra genom Booleska sökoperatören "AND" för att bilda den slutgiltiga söksträngen (Willman et al., 2016).

Första steget i selektion av data var titelläsning. Andra steget var att läsa abstracts på de studier som hade lämpliga titlar för att slutligen läsa igenom studierna i fulltext. Efter fulltextläsningen gallrades irrelevanta studier bort som inte besvarade litteraturstudiens syfte. Antal lästa, relevanta samt bortvalda artiklar har dokumenterats i tabeller (Bilaga 1-2). Granskningsmallen från Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU, 2022), rekommenderades att användas inom ramarna för en uppsats (Kristensson, 2014). Studier som inte blev bortgallrade blev kvalitetsbedömda med hjälp av SBU:s granskningsmall för kvalitativa studier. Granskningsmallen hjälpte till att bedöma trovärdighet och förekomsten av

systematiska fel. Bedömningen har skett utifrån en systematisk struktur och dokumenterades i en översiktstabell (Bilaga 3). Studier som bedömdes vara relevanta och ha en acceptabel kvalitet inkluderades i resultatet. Redovisning av de studier som ingick i resultaten presenteras i bilaga 1-2. För kvalitativa studier har författarna använt SBU:s granskningsmall för originalstudier – ”bedömning av studier med kvalitativ metodik”. Datainsamlingen resulterade i nio vetenskapliga studier.

Analys av data

Analys av data genomfördes med hjälp av triangulering och integrerad analys. Enligt Kristensson (2014) innebär triangulering att två eller flera personer tillsammans analyserar och tolkar ett material för att på så sätt kunna stärka resultatet. Med hjälp av triangulering riskerar resultatet därmed inte bli påverkad av en enskild persons förförståelse. Enligt Friberg (2022) är integrerad analys en metod för att sammanställa tidigare forskning till en ny helhet för att öka förståelsen för det valda fenomenet och omvandla den nya helheten till praktiskt användbar kunskap. Analysen gjordes i fem steg:

1. Läs igenom valda studier upprepade gånger för att få en uppfattning om vad studierna handlar om.
2. Identifiera nyckelfynd i studiernas resultat.
3. Sammanställ alla studiernas resultat.
4. Relatera studiernas resultat med varandra.
5. Utforma en integrerande sammanställning grundat i de nya temana (Friberg, 2022).

Forskningsetiska avvägningar

Författarna till föreliggande litteraturstudie tar hänsyn till forskningsetiska avvägningar genom att inkludera studier som har etiskt resonemang med hänsyn till forskningsetiska regelverk. Medicinsk forskning ska bedrivas enligt forskningsetiska regelverk och internationella överenskommelser, exempelvis enligt Nürnbergkoden och Helsingforsdeklarationen. Forskning inom omvårdnad följer samma regler som medicinsk forskning (Kristensson, 2014). Helsingforsdeklarationen utvecklades av World Medical Association, år 1964 i Helsingfors, Finland. Helsingforsdeklarationen beskriver etiska principer för medicinsk forskning som involverar människor och är ett internationellt styrdokument som hittills reviderats nio gånger (World Medical Association [WMA], 2013). Helsingforsdeklarationens etiska principer berör bland annat att deltagarnas integritet ska

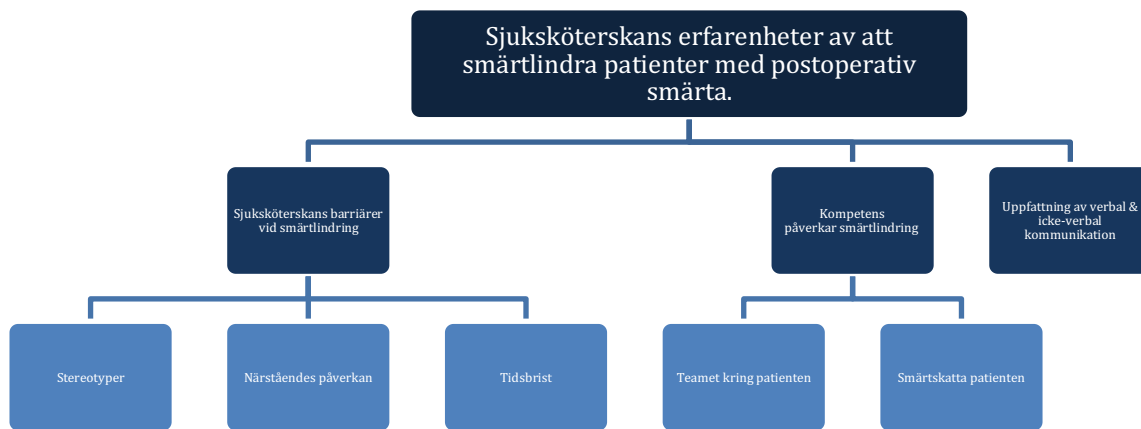
bevaras samt skydda sårbara grupper och individer, att forskningens potentiella nytta ska överstiga risken för skada, att åtgärder för att minimera risker ska vidtas samt att riskerna kontinuerligt övervakas, bedöms och dokumenteras av forskaren, att forskningsprojekt ska följa aktuell lagstiftning, vara tydligt beskriven och genomgå en formell etikprövning av en oberoende forskningskommitté. Helsingforsdeklarationen tar även upp att varje forskningsstudie som involverar människor måste även bli registrerad i en offentlig databas innan rekrytering av deltagare (WMA, 2013).

Vetenskapliga oredligheter är oacceptabelt inom forskningsetik. Vetenskaplig oredlighet innebär att en person avsiktligt och på ett vilseförande sätt gör avsteg från vetenskapliga krav och bryter mot allmänt accepterade normer, exempelvis genom fabricering och förfalskning av data samt plagiat. Inom forskning ska resultat och teorier inte medvetet misstolkas och inte heller undanhållas vetenskapliga resultat som motsäger ens egna argument. Plagiat innebär att använda andras forskning utan att erkänna upphovsmannen. Det är viktigt att använda citat- och referattekniker som tydligt anger källan (Sandman & Kjellström, 2013, kapitel 22).

Resultat

Litteraturstudiens resultat baserades på nio kvalitativa studier (Bilaga 1–2). Utifrån analysen av de inkluderade studierna urskiljdes tre teman: *Sjuksköterskans barriärer vid smärtlindring, kompetens påverkar smärtlindring och uppfattning av icke-verbal och verbal kommunikation* samt fem subteman (Figur 1).

Figur 1: Tema och Subtema



Sjuksköterskans barriärer vid smärtlindring

Resultatet visade att sjuksköterskan kunde uppleva barriärer vid smärtlindring av postoperativa patienter. Barriärer för smärtlindring kunde vara av sjuksköterskans upplevda *stereotyper, närståendes påverkan* samt *tidsbrist*.

Stereotyper

Detta subtema handlar om att sjuksköterskans beslut om smärtbehandling ofta grundar sig i upplevda stereotyper av patienten som till exempel ålder, kön, beteende och sjukdomshistorik såsom missbruk och depression (Angelini et al., 2020; Aziato & Adejumo, 2014; Jang et al., 2020; Shoqirat et al., 2019).

Enligt Shoqirat (2019) påverkades sjuksköterskornas beslut om smärtlindring av hur de olika könen uttryckte smärta. Det visade sig att manliga patienter var mer toleranta för smärta än kvinnliga patienter. En uppfattning var att manliga patienter klarade av att vänta längre på smärtlindring än kvinnliga patienter. Det uppkom även att de kvinnliga patienterna var mer missnöjda med smärtlindring och att det ledde till att sjuksköterskorna gav smärtlindring fortare till kvinnorna för att undvika klagomål och anmälningar (Shoqirat et al., 2019).

Misstankar och rädsla för opioidberoende påverkade relationen mellan patient och sjuksköterska och komplicerade smärtbehandlingen (Angelini et al, 2020; Aziato & Adejumo,

2014). Detta kunde leda till frustration och brist på förtroende. Sjuksköterskorna ville inte ha förutfattade meningar gällande drogmissbruk (Angelini et al., 2020). Sjuksköterskorna kände sig klivna i att vilja smärtlindra men inte bidra till ett beroende (Angelini et al., 2020; Aziato & Adejumo, 2014). Sjuksköterskan letade efter tecken på överkonsumtion samtidigt som att undvika en ineffektiv smärtlindring. Tecken på överkonsumtion hos patienten försvårade sjuksköterskans etiska ansvar att lindra smärta, vilket kunde leda till maktlöshet trots att de jobbade i team (Angelini et al., 2020).

Patientens ålder, omgivning samt sociala och kulturella egenskaper ska beaktas vid smärtbedömning (Jang et al., 2020). Enligt Shoqirat (2019) hade sjuksköterskor uppfattningen att äldre patienter har en högre smärttolerans och klagar mindre än yngre patienter, vilket ledde till att sjuksköterskorna kategoriserade patienter utifrån deras ålder.

Närståendes påverkan

Wikström et al. (2016) beskriver att närstående ansågs som en värdefull resurs, särskilt när patienten inte kunde uttrycka sig verbalt. Närstående hjälpte till att tolka smärtuttryck och om möjligt återberätta patientens erfarenheter av smärta, vilket stärkte sjuksköterskans förståelse av smärta. Tre av studierna beskrev dock närstående som besvärande för sjuksköterskans arbete (Atthayasi et al., 2023; Shoqirat, 2015; Shoqirat et al., 2019).

Sjuksköterskor upplevde att patienter som hade närvarande närstående fick snabbare uppmärksamhet och smärtlindring på grund av att de närstående sökte smärtlindring för patienten. Det visade sig därför att patienternas smärta inte alltid uppmärksammades på patientens begäran utan av närståendes behov (Shoqirat et al., 2019). Sjuksköterskorna uppfattade ibland patientens närstående som "*störande*" och att de inte hade några andra val än att ge mer uppmärksamhet till patienterna (Shoqirat et al., 2019; Shoqirat, 2015).

Vissa sjuksköterskor kände att de hade svårt att involvera patientens närstående i omvårdnadsprocessen. Det är viktigt för sjuksköterskan att kunna uttrycka sina svårigheter kring detta för att bli bättre på att hantera utmanande situationer kring närståendes involvering (Atthayasi et al., 2023). Många närstående krävde att deras släktingar skulle få mer uppmärksamhet, vilket ledde till större arbetsbörda för sjuksköterskorna. Närståendes inverkan av patientens smärtbehandling ledde ofta till argumentationer med sjuksköterskorna,

vilket resulterade i mindre tillit i relationen mellan sjuksköterskan och patienten (Shoqirat, 2015).

Tidsbrist

Flera studier beskriver att tidsbrist uppfattas som en barriär vid omvårdnad (Aziato & Adejumo, 2014; Shoqirat., 2015; Shoqirat et al., 2019; Wikström et al., 2016).

Hög arbetsbelastning bidrog till att sjuksköterskor fick fatta beslut snabbt om hur de skulle prioritera patienter. Det resulterade ofta i att sjuksköterskorna hjälpte de som larmade först. Det största hindret för sjuksköterskor att ge smärtlindring var tidsbrist (Shoqirat et al., 2019; Aziato & Adejumo, 2014). Underbemanning av sjuksköterskor bidrog också till tidsbristen då sjuksköterskorna inte kunde ge adekvat smärtlindring på grund av hög arbetsbörda (Shoqirat, 2015; Shoqirat et al., 2019). Vårdkontinuitet var påverkad av vårdpersonalens arbetsschema. Att vårda samma patienter mer än en dag ökade kunskapen om patienternas personligheter och smärthistorik. Denna kunskap förhindrade repetition av liknande frågor till patienterna och ökade kvaliteten på utbytt information vid överlämning och avdelningsronder (Wikström et al., 2016). Adekvat tid vid smärtbedömning ökade chansen för patienten att känna sig hörd och förstådd, medan tidsbrist ledde till att patienten kunde känna sig missförstådd och inte få hjälp med sin smärta (Wikström et al., 2016; Aziato & Adejumo, 2014). Tidsbrist kunde även leda till att sjuksköterskor inte hann läsa patienters läkemedelshistorik och kunde leda till ovisshet om patienters tidigare erfarenheter av analgetika. När patienter fick oförklarbar smärta eller andra symtom som ihållande illamående och kräkningar, misstänktes kirurgiska komplikationer som ledde till utredningar (Wikström et al., 2016).

Sjuksköterskans kompetens påverkar smärtlindring

Resultatet visade att sjuksköterskans kompetens om smärtlindring påverkades av *teamet kring patienten* och *smärtskattning av patienten*.

Teamet kring patienten

Samarbetet mellan olika professioner påverkar omvårdnaden vid postoperativ smärta (Angelini et al., 2020; Athayasi et al., 2023; Aziato & Adejumo, 2014; Jang et al., 2020; Shoqirat, 2015; Wikström et al., 2016)

Det finns en upplevd makt-obalans mellan sjuksköterskor och läkare (Angelini et al., 2020; Aziato & Adejumo, 2014; Shoqirat., 2015). Det ledde till att sjuksköterskor kände sig maktlösa och mindre involverade gällande beslut om smärtbehandling, då patienter lyssnade mer på läkarna än sjuksköterskorna. Sjuksköterskorna kände att de bara följde beordrande av läkarna istället för att vara involverade i besluten om smärtbehandling. Detta kunde skapa ett motstånd hos patienter till sjuksköterskans instruktioner, vilket kunde bidra till en dålig följsamhet i smärtbehandlingsplanen (Shoqirat, 2015). Sjuksköterskorna upplevde att postoperativa smärtbehandlingar inte var ett teambeslut på grund av maktobalans. Sjuksköterskor upplevde att deras insatser och åsikter inte uppskattades av läkarna (Aziato & Adejumo, 2014). Ineffektivt teamsamarbete kunde påverka patientens smärtlindring och leda till försämrad vård (Angelini et al., 2020). En god smärtbehandling kräver en omfattande planering, därför är det viktigt att sjukvårdspersonal ligger ett steg före för att uppnå god smärtlindring, vilket kräver ett teamarbete. (Angelini et al., 2020; Dunwoody et al., 2018).

Smärtskatta patienten

Varje patient är unik och reagerar olika på smärta och opioider. Sjuksköterskor hävdar att de sett skillnader i smärtintensitet hos patienter som genomgått samma operation. (Aziato & Adejumo, 2014; Dunwoody et al., 2018; Jang et al., 2020).

Sjuksköterskans observationer och intuition är viktiga för att upptäcka smärta (Aziato & Adejumo, 2014; Bach et al., 2018; Dunwoody et al., 2018; Wikström et al., 2016). Vid observation av patienter i smärta observerade sjuksköterskorna patienternas aktivitetsnivå, ansiktsuttryck, kroppsspråk (Aziato & Adejumo., 2014; Bach et al., 2018; Jang et al., 2020; Wikström et al., 2016). Det var sällsynt att sjuksköterskor använde en smärtskala systematiskt vid smärtskattning. Det var vanligare att sjuksköterskor smärtskattade indirekt genom observationer och frågor om patienten kunde röra sig, andas eller sova ordentligt (Bach et al., 2018). Patienters egna upplevelser relaterade till smärta var sällan inkluderade i vården. I flera fall där patienter i smärta frågade om smärtstillande blev de uppmuntrade till att gå upp ur sängen eller att ta en promenad innan de fick behandling av sjuksköterskan. Detta gjordes utan specifik anledning, vilket gjorde smärtbehandlingen till en slags belöning (Bach et al., 2018). Utifrån sjuksköterskornas kliniska erfarenheter förlitade de sig mer på vad patienten kunde göra, såsom att sminka sig eller gå ut och röka, än vad patienten sa. Dessa

observationer ledde till att sjuksköterskorna blev skeptiska om samma patient hade skattat högt på självskattning av smärta (Bach et al., 2018).

Sjuksköterskors förmåga att göra individuella kliniska beslut och för att identifiera smärta hos patienter kunde även baseras på kunskap, erfarenhet och situationens helhet (Angelini et al., 2020; Atthayasi et al., 2023; Aziato & Adejumo, 2014; Dunwoody et al., 2018; Jang et al., 2020; Wikström et al., 2016). Patienter som uttryckte sin smärta annorlunda än "vanligt" orsakade osäkerhet hos sjuksköterskorna. Begränsade erfarenheter av att bedöma svår smärta och biverkningar, administrering av intravenösa opioider och att skilja ångest från abstinens orsakade svårigheter i kliniska beslut (Atthayasi et al., 2023; Wikström et al., 2016).

Sjuksköterskorna kunde känna oro över hur patientens smärta skulle tolkas, bedömning av biverkningar och risken för att inte upptäcka kirurgiska komplikationer (Wikström et al., 2016). Erfarna sjuksköterskor litade på sin kunskap när smärtlindring var otillräcklig medan de mindre erfarna sjuksköterskorna konsulterade med erfarna sjuksköterskorna för att undvika dålig smärtlindring trots att de kände sig generade över sin avsaknad av kunskap (Angelini et al., 2020). För att stötta sjuksköterskor är det viktigt att de blir uppmuntrade att förbättra sin kunskap kring smärtlindring och att ha en positiv inställning till smärta. Kunskaperna kring smärta bidrog till att sjuksköterskorna blev bekanta med smärtbehandling (Atthayasi et al., 2023). Wikström et al. (2016) nämner dock ett gott alternativ till att identifiera patienter med smärta var att använda en smärtskala som exempelvis NRS, VAS, VRS och beteendeskalar. (Wikström et al., 2016).

För smärtlindring kunde sjuksköterskan använda farmakologiska och icke-farmakologiska interventioner. Om alla farmakologiska möjligheter hade utnyttjats, erbjöd sjuksköterskan icke-farmakologisk lindring som att ge värmekuddar eller att närvara för att stötta patienten både fysiskt och psykiskt (Aziato & Adejumo, 2014; Bach et al., 2018; Dunwoody et al., 2018).

Uppfattning av verbal och icke-verbal kommunikation

Resultatet visade att *Uppfattning av verbal och icke-verbal kommunikation* kunde påverka sjuksköterskans smärtlindring vid postoperativ smärta. Patienten kan kommunicera sin smärta både verbalt och icke-verbalt, detta kan ibland leda till missuppfattningar för sjuksköterskan

vid smärtskattning (Angelini et al., 2020; Aziato & Adejumo, 2024; Bach et al., 2018; Dunwoody et al., 2018; Jang et al., 2020; Wikström et al., 2016).

Kommunikationen mellan sjuksköterskan och patienten var oftast initierad på sjuksköterskans initiativ, då patienterna sällan kallade på sjuksköterskorna även om de hade smärta (Bach et al., 2018; Wikström et al., 2016). Patienter som inte ville uttrycka sin smärta verbalt identifierades av sjuksköterskan vid frågor om patientens smärta. När en sådan situation uppstod försökte sjuksköterskan lära känna patienten och informera om hur viktigt det är att rapportera smärta, genom att visa förståelse och empati visade det sig att patienten lättare kunde uttrycka och skatta sin smärta (Wikström et al., 2016).

Jang et al. (2020) beskriver att sjuksköterskorna tolkade patientens smärtintensitet utifrån patientens verbala smärtuttryck och antog att smärtintensiteten som uttrycktes var den faktiska smärtintensiteten som patienten upplevde. Wikström et al. (2016) nämner dock att språkförbristningar även kunde leda till missuppfattningar vid dialoger om smärta och smärtskattning. Ibland kunde patienterna verbalt uttrycka en tolererad smärta vid en hög smärtskattning och tvärtom uttrycka uppenbar smärta vid en låg smärtskattning. Detta ledde till att sjuksköterskorna blev förvirrade över patientens smärta.

Vid icke-verbal kommunikation förmedlade patienterna sin smärta till sjuksköterskan genom kroppsspråk som att hålla armarna runt magen, ansiktsuttryck, beteende eller göra vändande ljud (Aziato & Adejumo, 2014; Bach et al., 2018; Dunwoody et al., 2018; Jang et al., 2020; Wikström et al., 2016). Sjuksköterskan förstod ibland dessa uttryck och hjälpte då patienten att fysiskt stötta upp patienten och erbjuda smärtlindring. Andra gånger ignorerades eller misstolkades dessa smärtuttryck vilket ibland ledde till att patienten fick uttrycka sig verbalt istället. När sjuksköterskan märkte att patienten kunde utföra fysiska aktiviteter som att ta sig ur sin säng själv, kunde sjuksköterskan besvara detta positivt med icke-verbal kommunikation som att le. Sjuksköterskan använde denna observation för att smärtskatta patienten (Bach et al., 2018).

Diskussion

Diskussion av vald metod

Överförbarhet

Begreppet överförbarhet handlar om i vilken utsträckning resultatet kan vara användbart i andra sammanhang än det som finns representerade i studien (Kristensson, 2014). Eftersom andra vårdprofessioner exkluderades i litteraturstudien kan det leda till att studiens resultat inte går att överföra till andra vårdprofessioner än sjuksköterskor, vilket begränsar överförbarheten. Dock kan studiens resultat överföras till sjuksköterskor verksamma inom postoperativ omvårdnad. Eftersom författarna har gett en tydlig beskrivning av deltagarna och studiekontexten ökar detta överförbarheten (Kristensson, 2014). Inkluderade studier representerar olika länder runt om i världen (Bilaga 3). Trots att studierna var från olika länder fanns det fortfarande många likheter, vilket kan göra att litteraturstudien blir relevant och överförbar till sjuksköterskor och sjuksköterskestudenter globalt. Olika kulturer, lagar och riktlinjer kan också ha påverkat studieresultatet, då det kan finnas skillnader på hur sjuksköterskor smärtskattar och ger smärtbehandling utifrån ländernas lokala riktlinjer och lagar. Inklusionskriterier och exklusionskriterier tillämpades för att avgränsa och relatera till litteraturöversiktens syfte. Kvantitativa studier, litteraturöversikter, interventionsstudier, andra vårdprofessioner samt patienters perspektiv exkluderades då de inte svarade på syftet, detta kan ha lett till ett bortfall av relevanta studier. En av inklusionskriterierna var att studierna skulle ha ett etiskt resonemang, dock valde författarna att inte inkludera godkännande av en etisk kommitté som en inklusionskriterium för att det enligt Helsingforsdeklarationen (WMA, 2013) inte behövs ett etiskt godkännande när studien inte inkluderar sårbara grupper. Därför ansågs studierna utan ett etiskt godkännande fortfarande relevanta för studien (Bilaga 3).

Tillförlitlighet

Tillförlitlighet handlar om sanningshalten i de resultat som presenteras och i vilken omfattning tolkningar som gjorts är baserade på det insamlade materialet och inte utifrån författarnas förutfattade meningar (Kristensson, 2014). Triangulering gjordes vid analys av data genom att författarna först läste studierna enskilt och diskuterade studiernas resultat efteråt för att formulera tema och subtema. Regelbundna möten med handledare bidrog även till tillförlitligheten av litteraturstudien, då även handledaren tog del av litteraturstudien och stöttade framtaget resultat, vilket i sin tur också är en form av triangulering då handledaren är en extern granskare. En negativ påverkan på litteraturstudiens tillförlitlighet kan vara att

författarna gick miste om kamratgranskning och granskning av examinator under arbetsseminarium på grund av att litteraturstudien inte var helt färdig vid det tillfället.

Sökorden i sökschemat för respektive databas var inte identiska, då sökningen i PubMed gjordes med färre sökord och inkluderade en MeSH-term. Detta gjordes med avsikt då PubMed innehåller fler studier än CINAHL och behövde en mer kompakt sökning relevant till syftet. Sökning med trunkering innebär att ersätta ändelsen på ett ord med en asterisk (*) så att ordstammen blir kvar och därmed kan sökningen eventuellt bli bredare (Willman et al., 2016). I föreliggande litteraturstudie har trunkering inte använts vilket kan ha lett till ett bortfall av relevanta studier och därmed riskerat att påverka tillförlitligheten.

Samtliga studier hade kvalitativa metoder och kvalitetsgranskades därför med SBU:s granskningsmall för kvalitativa studier (SBU, 2022). Detta kan vara en styrka då endast en granskningsmall har använts konsekvent och bidragit till att kvalitetsbedömningen skedde på samma villkor för samtliga studier samt att kvaliteten på de olika studierna kunde jämföras. En svaghet kan vara att författarnas förförståelse bidragit till att kvalitetsgranskningen inte har skett korrekt och därmed påverkat kvalitetsbedömningen.

Verifierbarhet

Begreppet verifierbarhet innebär hur väl resultatet finns representerat i det material som samlats in och i vilken utsträckning tolkning och resultat kan verifieras (Kristensson, 2014). Majoriteten av de inkluderade studierna var utifrån sjuksköterskors perspektiv, vilket kan ha stärkt verifierbarheten. Dock hade studierna gjorda av Angelini et al. (2020) och Wikström et al. (2016) perspektiv från flera vårdprofessioner. Författarna valde då att bara använda sig av de delar av resultatet som innefattade sjuksköterskors perspektiv för att besvara syftet. Detta kan ha påverkat verifierbarheten då delarna av resultaten som använts i litteraturstudien kan ha blivit plockade ur ett kontext, vilket kan ha lett till bortfall av värdefulla data.

Giltighet

Giltighet baseras på det insamlade materialets stabilitet över tid (Kristensson, 2014). Tidsspektrumet 2013-2023 valdes som inklusionskriterium för att inkludera nyare studier som använder aktuella definitioner på smärta samt för att avgränsa antalet studier. Detta tidsspektrum kan ha lett till att äldre värdefulla data har blivit exkluderat. Enligt Kristensson

(2014) går det att visa resultatets giltighet genom att beskriva när materialet samlades in, vilket författarna har gjort i respektive sökscheman och på detta sätt stärks giltigheten för denna studie.

Diskussion av framtaget resultat

Utifrån framtaget resultatet ansågs subteman *stereotyper*, *närståendes påverkan* och *smärtskatta patienten* vara huvudfynd som blir diskuterade nedan.

Stereotyper

Resultatet från inkluderade studier visade att sjuksköterskors beslut om smärtbehandling grundade sig i upplevda stereotyper av postoperativa patienter. Stereotyper i de inkluderade studierna grundar sig i ålder, kön, beteende samt sjukdomshistorik som missbruk och depression. Enligt Travelbee (1971) är stereotyper kategorisering av människor och den största barriären i den mellanmänskliga relationen mellan sjuksköterska och patient.

En stereotyp som uppkom i resultatet var att sjuksköterskor uppfattade äldre patienter som mer smärttoleranta än yngre patienter, detta gjorde att sjuksköterskorna kategoriserade patienterna med postoperativ smärta utifrån deras ålder. Stereotyper om ålder benämns som "ageism". Enligt WHO (2021) innebär "ageism" stereotyper, fördomar och diskrimination gentemot andra och en själv utifrån ålder. Ageism grundar sig i upplevda stereotyper om vad en person i en viss ålder kan göra och vara. Ageism finns överallt i samhället och påverkar alla människor från och med 4 års ålder. Från 4 års ålder tillämpar människor kulturella stereotyper om ålder för att uppfatta och förstå sig själva, vilket resulterar i självdiskriminering i alla åldrar. Yngre generationen är den största åldersgruppen som rapporterar diskriminering kring sin ålder. Ageism påverkar och förvärrar andra former av underlägen relaterade till kön, ras och etnicitet. Ett sätt att förebygga ageism i samhället är genom generationsöverskridande interventioner som för samman olika generationer för att hjälpa minska fördomar och stereotyper (WHO, 2021). I resultatet uppkom det även att manliga patienter uppfattades vara mer smärttoleranta och mer tålmodiga än kvinnliga patienter. Dock påvisar både tidigare och aktuell forskning andra resultat, där det visade sig att manliga patienter fick snabbare och mer smärtstillande än kvinnliga patienter. Kvinnliga patienter blev dessutom inte smärtskattade lika ofta som manliga patienter (Chen et al., 2008; Hayes et al., 2023; Naamany et al., 2019). Det visade sig att sjuksköterskor hade förutfattade

meningar kring drogmissbruk och att misstankar samt rädsla för opioidberoende påverkade sjuksköterskan och komplicerade smärtbehandlingen för patienterna med postoperativ smärta. Dock belyser tidigare forskning att det är viktigt att patienter som redan använder opioider på grund av långvarig smärtproblematik och/eller beroendeproblematik (analgetika eller annat) innan operation även får opioider postoperativt. (Lott et al., 2016; SFAI, 2010).

Vid smärtbehandling är det viktigt att beakta patientens ålder, omgivning samt sociala och kulturella egenskaper. Det är viktigt för sjuksköterskan att förhålla sig objektiv till individens upplevelse av sjukdom och lidande än till sin egna subjektiva och fördömande bedömning, då människan är en unik individ som upplever lidande individuellt (Travelbee, 1971). För att patienter ska få en rättvis och jämlik vård måste utbildningsinsatser initieras som kan upplysa sjuksköterskor om risken för att dela in patienterna utifrån olika stereotyper. Det finns också behov av vidare forskning i ämnet kring sjuksköterskors upplevda stereotyper för att minska stereotyper inom omvårdnad.

Närståendes påverkan

Ett annat fynd är att sjuksköterskor i de inkluderade studierna uppfattade närstående som besvärande och som ett hinder för dem i arbetet med att lindra patientens postoperativa smärta. Dock kunde närstående även uppfattas som en resurs för omvårdnaden av postoperativa patienter. Benzien et al. (2017) beskriver att närstående anses som en resurs för den sjuke och för personalen. Hur närstående blir bemötta beror på sjuksköterskans uppfattning om närstående och vilken betydelse de har i omvårdnaden av patienten. Sjuksköterskor uppfattar att närstående har ett stort värde för omvårdnaden, dock är det outforskat hur detta återges i den egentliga omvårdnaden (Benzein m.fl., 2017; Wright & Bell, 2009, refererad i Benzein et al., 2019). Dock kunde närståendes involvering leda till argumentationer med sjuksköterskor, som kunde resultera till mindre tillit i relationen mellan sjuksköterskan och patienten. Ibland kunde vissa sjuksköterskor även känna att de hade svårt att involvera patientens närstående i omvårdnadsprocessen. Däremot argumenteras vikten om att patientens närstående ska medverka i omvårdnaden för att öka förståelsen av upplevd smärta. Travelbee (1971) anser omvårdnad som en mellanmänsklig process där individ och familj ska få hjälp av sjuksköterskan för att hantera sjukdom och lidande. Enligt SSF (2023) ska sjuksköterskan involvera och samarbeta med närstående och patienten i omvårdnadsprocessen. Det är viktigt att sjuksköterskan etablerar en tillförlitlig relation med patienten och dennes närstående för att

uppnå en god omvårdnad (SSF, 2023; Travelbee, 1971). Det är viktigt för sjuksköterskan att kunna uttrycka sina svårigheter kring involvering av närstående för att förbättra sjuksköterskans förmåga att kunna hantera utmanande situationer, därav finns det ett behov att utforska betydelsen av närståendes påverkan i etableringen av vårdrelationer.

Smärtskatta patienten

Ett annat nyckelfynd från resultatet var att det var sällsynt att sjuksköterskor använde en smärtskala systematiskt vid smärtskattning. Det var vanligare att sjuksköterskor smärtskattade indirekt genom observationer och frågor om patienten kunde röra sig, andas eller sova ordentligt. Litteratur argumenterar för att använda smärtskattningsinstrument systematiskt för att lättare jämföra och följa upp smärtbehandling (Lott et al., 2016; SFAI, 2010). Det är viktigt att en smärtskattning genomförs med hjälp av smärtskalor för att förtydliga, utvärdera och justera smärtbehandling korrekt (Lott et al., 2016).

Det visade sig att sjuksköterskor sällan inkluderar patienternas egna upplevelser relaterade till smärta i omvårdnaden av postoperativ smärta. I flera fall där patienter i smärta frågade om smärtstillande blev de uppmuntrade till att gå upp ur sängen eller att ta en promenad innan de fick behandling av sjuksköterskan. Detta gjordes utan specifik anledning, vilket gjorde smärtbehandlingen till en slags belöning. Detta går emot ICN:s etiska kod för sjuksköterskor, då sjuksköterskans omvårdnad ska vara evidensbaserad (SSF, 2022). Vid omvårdnaden av patienter med postoperativ smärta förlitade sig sjuksköterskorna snarare på sina egna kliniska erfarenheter än vad patienten sa och observerade vad patienten kunde göra, såsom att sminka sig eller gå ut och röka. Enligt Travelbee (1971) är det dock grundläggande för sjuksköterskan att förhålla sig till individens upplevelse av sjukdom och lidande, än till sin egna objektiva bedömning (Travelbee, 1971).

Resultatet visade även att sjuksköterskors förmåga att göra individuella kliniska beslut och för att identifiera smärta hos patienter kunde även baseras på kunskap, erfarenhet och situationens helhet. Varje patient är unik och har individuella upplevelser av smärta (Travelbee, 1971).

Dock visar resultatet av ett antal studier att sjuksköterskor blev osäkra i sin smärtskattning när deras patienter uttryckte sin smärta annorlunda än vad sjuksköterskorna uppfattade som "vanligt". Begränsade erfarenheter av att bedöma svår smärta och biverkningar, administrering av intravenösa opioider och att skilja ångest från abstinens orsakade

svårigheter i kliniska beslut. Detta ledde till att sjuksköterskorna kände oro över hur patientens smärta skulle tolkas, vilket påvisar ett behov av vidare forskning för att utöka kunskap kring smärtbehandling. Travelbee (1971) bekräftar att vårdpersonal ofta har egna slutsatser och antagande gällande patientens upplevda smärta. Ingen vårdpersonal kan vara helt säker på att de har korrekt bedömt den faktiska smärtintensiteten som upplevs då smärta är en individuell upplevelse. Därför är det viktigt att sjuksköterskan förhåller sig till patientens egna smärtupplevelse (Travelbee, 1971).

Slutsats och kliniska implikationer

Syftet med litteraturstudien var att belysa sjuksköterskors erfarenheter av att smärtlindra patienter med postoperativ smärta. Resultatet visar att det finns olika barriärer som påverkar smärtlindring av patienter med postoperativ smärta. Sjuksköterskor delar in patienter i stereotyper gällande patienters ålder, kön, beteende samt sjukdomshistorik. Dessa stereotyper påverkade sjuksköterskornas erfarenheter av smärtlindring hos patienter med postoperativ smärta. Patienternas närstående kunde även uppfattas som en barriär för sjuksköterskornas smärtlindring. Närstående betraktades oftare som ett hinder istället som en resurs för patienten och vården. Det var även ovanligt att smärtskalor användes i samband med smärtlindring, då sjuksköterskorna istället förlitade sig på sin intuition och observationer. Då resultatet visar att sjuksköterskorna upplevde det svårt att smärtskatta och smärtlindra patienter med postoperativ smärta är det viktigt att sjuksköterskor blir uppmuntrade att förbättra sin kunskap kring smärtlindring. Ökade kunskaper kring smärtbehandling kan bidra till att sjuksköterskor blir mer trygga i sin yrkesroll och i sitt ansvar gentemot patienter i behov av postoperativ smärtbehandling. Det finns behov av vidare forskning kring stereotyper, närståendes påverkan i etableringen av vårdrelationer och i sjuksköterskors behov av kunskap kring smärtbehandling. Föreliggande litteraturstudie kan bidra till en ökad förståelse kring hur sjuksköterskor kan smärtlindra patienter med postoperativ smärta.

Författarnas arbetsfördelning

Projektplanen för kandidatuppsatsen var ursprungligen skriven av Alina Karimi. Dock har uppsatsen redigerats i problemområde, bakgrund och metod tillsammans med Emma Ekman. Läsning av abstrakt, fulltextläsning och analys av valda artiklar gjordes gemensamt. Utformandet av figur 1 gjordes av Alina Karimi, utformande av tabeller och sökscheman

gjordes av båda författarna. Resultat, diskussion och slutsats är skriven av båda författarna tillsammans.

Referenser

(* = analyserade studier i litteraturstudien)

* Angelini, E., Baranto, A., Brisby, H., & Wijk, H. (2020). Healthcare practitioners' experiences of postoperative pain management in lumbar spine surgery care-A qualitative study. *Journal of clinical nursing*, 29(9–10), 1662–1672. <https://doi.org/10.1111/jocn.15230>

Arslan, H., Topcuoglu, H. S. & Aladag, H. (2011). Effectiveness of tenoxicam and ibuprofen for pain prevention following endodontic therapy in comparison to placebo: A randomized double-blind clinical trial. *Journal of Oral Science*. 53(2), 157-161.

<https://doi.org/10.2334/josnurd.53.157>

* Atthayasai, J., Chatchumni, M., Eriksson, H., & Mazaheri, M. (2023). Surgical nurses' perceptions of strategies to enhance pain management proficiency: A Qualitative Study. *Nursing reports (Pavia, Italy)*, 13(2), 923–933.

<https://doi.org/10.3390/nursrep13020081>

* Aziato, L., & Adejumo, O. (2014). The Ghanaian surgical nurse and postoperative pain management: a clinical ethnographic insight. *Pain management nursing: official journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 15(1), 265–272.

<https://doi.org/10.1016/j.pmn.2012.10.002>

* Bach, A. M., Forman, A., & Seibaek, L. (2018). Postoperative pain management: A bedside perspective. *Pain management nursing: official journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 19(6), 608–618. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2018.05.005>

Benzein, E., Hagberg, M. & Saveman, B-I. (2019). Familj och sociala relationer. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.). *Omvårdnadens grunder - Perspektiv och förhållningssätt* (3:1 uppl., s. 97–112). Studentlitteratur.

Breivik, H., Borchgrevink, P. C., Allen, S. M., Rosseland, L. A., Romundstad, L., Hals, E. K., Kvarstein, G., & Stubhaug, A. (2008). Assessment of pain. *British journal of anaesthesia*, 101(1), 17–24. <https://doi.org/10.1093/bja/aen103>

Chen, E. H., Shofer, F. S., Dean, A. J., Hollander, J. E., Baxt, W. G., Robey, J. L., Sease, K. L., & Mills, A. M. (2008). Gender disparity in analgesic treatment of emergency department patients with acute abdominal pain. *Academic emergency medicine: official journal of the Society for Academic Emergency Medicine*, 15(5), 414–418. <https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2008.00100.x>

Connor L. O. (2016). Developing 'subject matter experts': an improvement methodology programme for acute postoperative pain with patients post major surgery. *Journal of clinical nursing*, 25(17-18), 2629–2638. <https://doi.org/10.1111/jocn.13308>

* Dunwoody, D. R., Jungquist, C. R., Chang, Y. P., & Dickerson, S. S. (2019). The common meanings and shared practices of sedation assessment in the context of managing patients with an opioid: A phenomenological study. *Journal of clinical nursing*, 28(1–2), 104–115. <https://doi.org/10.1111/jocn.14672>

Eriksson, K., Wikström, L., Fridlund, B., Årestedt, K., & Broström, A. (2016). Patients' experiences and actions when describing pain after surgery- A critical incident technique analysis. *International journal of nursing studies*, 56, 27–36. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.12.008>

Fatma, A. & Serife, K. (2017). Experience of pain in patients undergoing abdominal surgery and nursing approaches to pain control. *International Journal of Caring Sciences*. 10(3), 1456-1464.

Felder, L., Cao, C., Konys, C., Weerasooriya, N., Mahmood, S., Dayaratna, S., & Mercier, R. (2021). 404 ERAS protocol to improve racial and ethnic disparities in pain management following cesarean delivery. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 224(2), S261. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.12.425>

Friberg, F. (2022). Att göra en integrerad sammanställning av kvalitativ forskning - inspirerad av metasyntes. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats - Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (4:1 uppl., s. 169–182). Studentlitteratur.

Gan T. J. (2017). Poorly controlled postoperative pain: prevalence, consequences, and prevention. *Journal of pain research*, 10, 2287–2298. <https://doi.org/10.2147/JPR.S144066>

Hayes, M., Hutchinson, A., & Kerr, D. (2023). Gender-based differences in assessment and management of acute abdominal pain in the emergency department: A retrospective audit. *Australasian emergency care*, 26(4), 290–295.
<https://doi.org/10.1016/j.auec.2023.03.001>

Herr, K., Coyne, P. J., McCaffery, M., Manworren, R., & Merkel, S. (2011). Pain assessment in the patient unable to self-report: position statement with clinical practice recommendations. *Pain management nursing: official journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 12(4), 230–250. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2011.10.002>

International Association for the Study of Pain. (2021). *Terminology*.
<https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/#pain> (Hämtad 14 mars 2023)

Jakobsson, J. & Cornelius, M. (2016). 11. Optimal kirurgisk återhämtning (ERAS).
I C. Kumlien & J. Rystedt. (Red.). *Omvårdnad & kirurgi* (s. 157–163). Studentlitteratur.

* Jang, J. H., Park, W. H., Kim, H. I., & Chang, S. O. (2020). Ways of reasoning used by nurses in postoperative pain assessment. *Pain management nursing: official journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 21(4), 379–385.
<https://doi.org/10.1016/j.pmn.2019.09.008>

Kirkevold, M. (2009). *Omvårdnadsteorier – analys och utvärdering*.
(K. Larsson Wentz, övers.; 2:11 uppl). Studentlitteratur. (Originalutgåvan publicerad 1992).

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Natur & Kultur.

Lott, S., Walberg, E. & Cornelius, M. (2016). 10. Postoperativ smärta.
I C. Kumlien & J. Rystedt. (Red.). *Omvårdnad & kirurgi* (s.147–155). Studentlitteratur.

Magidy, M., Warrén-Stomberg, M., & Bjerså, K. (2016). Assessment of post-operative pain management among acutely and electively admitted patients - A Swedish ward perspective. *Journal of evaluation in clinical practice*, 22(2), 283–289. <https://doi.org/10.1111/jep.12475>

Naamany, E., Reis, D., Zuker-Herman, R., Drescher, M., Glezerman, M., & Shiber, S. (2019). Is there gender discrimination in acute renal colic pain management? A retrospective analysis in an emergency department setting. *Pain management nursing: official journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 20(6), 633–638. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2019.03.004>

Norrbrink, C. & Lundeberg, T. (2021). Kapitel 2: Om smärta. I C. Norrbrink & T. Lundeberg. (Red.). *Om smärta – ett fysiologiskt perspektiv*. (3:1 uppl. s. 17–22). Studentlitteratur.

Norrbrink, C. & Lundeberg, T. (2021). Kapitel 6: Klassifikation av smärta. I C. Norrbrink & T. Lundeberg. (Red.). *Om smärta – ett fysiologiskt perspektiv*. (3:1 uppl. s. 57–92). Studentlitteratur.

Pickering, M. E., Bunna, P., Rat, P., Madeline, G., Lebest, C., Serrie, A., & Pereira, B. (2013). Acute pain evaluation with Algoplus® scale in Cambodian patients. *Pain medicine (Malden, Mass.)*, 14(12), 1971–1976. <https://doi.org/10.1111/pme.12174>

Sandman, L. & Kjellström, S. (2013). *Etikboken – etik för vårdande yrken*. (1:8 uppl.). Studentlitteratur.

Santini, M. F., Rosa, R. A. D., Ferreira, M. B. C., Fischer, M. I., Souza, E. M., & Só, M. V. R. (2017). Comparison of two combinations of opioid and non-opioid analgesics for acute periradicular abscess: a randomized clinical trial. *Journal of applied oral science: revista FOB*, 25(5), 551–558. <https://doi.org/10.1590/1678-7757-2016-0407>

Simonsen, T., Aarbakke, J. & Hasselström, J. (2006). *Illustrerad farmakologi 2 – Sjukdomar*

och behandling. (H. Nordlund, Övers; 2. uppl.). Natur & Kultur. (Originalutgåvan publicerad 1998)

*Shoqirat N. (2015). 'We are nurses, they are doctors': barriers to nurses' roles in pain management following surgery in Jordan. *International journal of nursing practice*, 21(2), 200–206. <https://doi.org/10.1111/ijn.12240>

* Shoqirat, N., Mahasneh, D., Singh, C., & Al Hadid, L. (2019). Do surgical patients' characteristics and behaviours affect nurses' pain management decisions? A qualitative inquiry. *International journal of nursing practice*, 25(6), e12779. <https://doi.org/10.1111/ijn.12779>

Socialstyrelsen. (27 mars 2022). *Statistik om operationer och behandlingar i specialistvård*. <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/alla-statistikammen/operationer-och-behandlingar/> (Hämtad 14 mars 2023)

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (11 maj 2022). *Bedömning av studier med kvalitativ metodik*. https://www.sbu.se/globalassets/ebm/bedomning_studier_kvalitativ_metodik.pdf

Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård. (oktober 2010). *Riktlinjer för postoperativ smärtbehandling* [Broschyr]. <https://sfai.se/wp-content/uploads/files/21-9%20Riktlinjer%20för%20postoperativ%20smärtbehandling%20B.pdf> (Hämtad 18 mars 2023)

Svenska palliativregistret. (29 april 2021). Smärta/Smärtskattning - Fickformat Abbey Pain Scale-SWE och ROAG. <https://palliativregistret.se/media/ptegvyh5/aps-roag.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. (2022). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor* [Broschyr]. <https://swenurse.se/download/18.7104a0bd1817fce0092f0132/1656659417909/A4%20ICN%20Etiska%20kod%20enkelsidor.pdf> (Hämtad 14 mars 2023)

Svensk sjuksköterskeförening. (2023). *Omvårdnad är sjuksköterskans kompetensområde - Omvårdnadsprocessen*. <https://swenurse.se/>

Travelbee, J. (1971). *Interpersonal Aspects of Nursing*. (2 uppl.). F. A. Davis Company.

Van Boekel, R. L. M., Warlé, M. C., Nielen, R. G. C., Vissers, K. C. P., van der Sande, R., Bronkhorst, E. M., Lerou, J. G. C. & Steegers, M. A. H. (2019). Relationship between postoperative pain and overall 30-day complications in a broad surgical population: An observational study. *Annals of Surgery*. 269(856-865).
<https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000002583>

Veal, F. C., Bereznicki, L. R. E., Thompson, A. J., Peterson, G. M., & Orlikowski, C. (2015). Subacute pain as a predictor of long-term pain following orthopedic surgery: An Australian prospective 12 month observational cohort study. *Medicine*, 94(36), 1.
<https://doi.org/10.1097/MD.0000000000001498>

Vårdhandboken. (1 april 2021). Smärtskattningsinstrument.
<https://www.varldhandboken.se/varld-och-behandling/akut-bedomning-och-skattning/smartsfattning-av-akut-och-postoperativ-smarta/smartsfattningsinstrument/>
(Hämtad 17 mars 2023)

* Wikström, L., Eriksson, K., Fridlund, B., Årestedt, K., & Broström, A. (2016). Healthcare professionals' descriptions of care experiences and actions when assessing postoperative pain - a critical incident technique analysis. *Scandinavian journal of caring sciences*, 30(4), 802–812. <https://doi.org/10.1111/scs.12308>

Willman, A., Bahtsevani, C., Nilsson, R. & Sandström, B. (2016). *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. (4:3 uppl.). Studentlitteratur.

World Health Organization. (18 mars 2021). *Ageing: Ageism*. <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/ageing-ageism>

World Health Organization. (28 november 2023). *Ensuring safe and affordable surgery*.
<https://www.who.int/westernpacific/activities/ensuring-safe-and-affordable-surgery>

World Medical Association. (Oktober 2013). *WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/> (Hämtad 6 september 2022)

Bilaga 1 (3) - Sökning CINAHL

Databas CINAHL 22 november 2023	Sökord	Antal träffar	Lästa titlar	Dubletter (samma artikel förekommer i både cinahl och pubmed)	Lästa abstrakt	Lästa fulltext	Granskade	Inkluderade i resultat
#1	Experience OR attitudes OR perception OR observation	964,298	0		0	0	0	0
#2	postoperative OR postoperative pain OR postoperative pain management OR postoperative pain assessment OR postoperative pain relief OR post surgical pain OR post surgical pain management OR post surgical pain control	206,637	0		0			
#3	Nurse OR nurses role OR nurses knowledge OR nurses' attitudes OR registered nurse OR nurses perception OR nurse observation	584,223	0		0			
#4	#1 AND #2 AND #3	1,940	0		0			
#5	#4 AND Limits	339	339	36	37	15	9	5

Limits CINAHL: 2013-2023, english, academic journals, age all adult, middle aged 45-64 years, adult 19-44 years.

Bilaga 2 (3) - Sökning PubMed

Databas PubMed 22 noveme ber 2023	Sökord	Antal träffar	Lästa titlar	Dubletter (samma artikel förekommer i både cinahl och pubmed)	Lästa abstrakt	Lästa fulltext	Granskade	Inkluderade i resultat
#1	experience OR attitudes OR perception	2,283,877	0					
#2	(nurses role) OR (nurses knowledge) OR (nursing knowledge) OR (nursing practice) OR (nurses attitudes) OR (nurse observation)	209,278	0					
#3	("Pain, Postoperative"[MeSH]) OR ((postoperative pain) OR (postoperative pain management) OR (postsurgical pain control))	143,802	0					
#4	#1 AND #2 AND #3	794	0					
#5	#4 AND Limits	145	145	36	25	7	4	4

PubMed limits: 10 years, English, adult: 19-44 years, adult: 19+ years, middle aged: 45-64,
young adult: 19-24 years, Middle age + Aged, 45+ years.

Bilaga 3 (3) - Översiktstabell

Antal	Författare	Titel	Land/år	Syfte	Design	Deltagare	Metod	Resultat	Kvalitetsgranskning gradering
#1	Shoqirat et al.	Do surgical patients' characteristics and behaviours affect nurses' pain management decisions? A qualitative inquiry.	Jordanien 2019	Erfarenheter av smärtbehandling i relation till patienters egenskaper och beteende.	Kvalitativ	27 kvinnliga sskor	Tematisk analys Semistrukturerade intervjuer	Skilnader i postop smärtbehandling beroende på patienters egenskaper. Män ansågs mer toleranta än kvinnor, vilket kan leda till att kvinnor får felaktigt eller fördömsfullt smärtbehandling.	Etiskt granskad. Obetydliga eller mindre metodbrister
#2	Bach et al.	Postoperative Pain Management: A Bedside Perspective.	Skandinaviskt sjukhus 2018	Undersöka hur ssk hanterar postop smärta vid bedside-vård av kvinnor som genomgår större kirurgiska ingrepp.	kvalitativ	8 sskor	Etnografisk fältstudie, Kvalitativ med semistrukturerade intervjuer och observation	Pain management, nurse-patient interaction, interpretation and assessment of pain	Inget godkännande av etisk kommitté behövs pga endast sskor i studien. Obetydliga eller mindre metodbrister
#3	Angelini et al.	Healthcare practitioners' experiences of postoperative pain management in lumbar spine surgery care—A qualitative study	Sverige 2020	Undersöka och beskriva vårdpersonals erfarenheter av postop smärtbehandling genom att identifiera vårdpersonalens attityder och strategier.	Deskriptiv kvalitativ	9st vårdare. 3 män, 6 kvinnor. 3 läkare, 3 sskor, 3 fysioterapeuter	Fördjupade intervjuer, Braun & Clark's tematisk analys	Att knyta an till patienten, professionalism, samarbete	Etiskt granskad. Obetydliga eller mindre metodbrister.
#4	Atthayasi et al.	Surgical Nurses' Perceptions of Strategies to Enhance Pain Management Proficiency: A Qualitative Study	Thailand 2023	Beskriva kirurgsskors strategier för att förbättra sin kompetens inom smärtbehandling.	Kvalitativ	40 sskor på kirurgiavd.	2 sekventiella frågeformulärer med 3 öppna frågor	Partnerskap, störningar, bekantskap med kompetensproblem vid smärtlindring	Inget godkännande av etisk kommitté behövs pga endast sskor i studien Obetydliga eller mindre metodbrister.
#5	Jang et al.	Ways of Reasoning Used by Nurses in Postoperative Pain Assessment	Syd Korea 2020	Identifiera hur sskor resonerar vid postop smärtbedömning.	Kvalitativ	20 kvinnliga sskor på ortopedavd.	Fenomenografisk. Dean's eight data analysis stages	2 perspektiv: de referensramar som används för att tolka en patients upplevelse av smärta och de strategiska insatser som används för att bedöma smärtan. De strategiska insatser som används för smärtbedömning.	Inget godkännande av etisk kommitté behövs pga endast sskor i studien Obetydliga eller mindre metodbrister.

#6	Wikström et al.	Healthcare professionals' descriptions of care experiences and actions when assessing postoperative pain – a critical incident technique analysis.	Sverige 2016	Förklara vårdupplevelser och vårdpersonalens åtgärder vid postop smärta.	kvalitativ	24 sskor och läkare på ortopedavd och kirurgavd	Semistrukturerade intervjuer.	Patienters smärtuttryck, patienters barriärer till smärtuttryck, vårdpersonalens kliniska kompetens, Vårdpersonal Samarbete.	Etiskt godkänd Obetydliga eller mindre metodbrister.
#7	Dunwoody et al.	The common meanings and shared practices of sedation assessment in the context of managing patients with an opioid: A phenomenological study.	USA 2018	Undersöka de vanliga betydelserna av opioidinducerad sedering och delade metoder i samband med postop smärtbehandling hos sskor som jobbar på uppvakningsavd.	kvalitativ	20 st erfarna sskor på uppvakningsavd	Semistrukturerade intervjuer, analyserade modifierad 7-steps process för tolkning av Diekelmann et al.	Att inse att varje patient är annorlunda, att engagera sig i iterativ kunskap, att gå på en "fine line" och se bortom och förutse.	Inget godkännande av etisk kommitté behövs pga endast sskor i studien Obetydliga eller mindre metodbrister.
#8	Aziato & Adejumo	The Ghanaian surgical nurse and postoperative pain management: a clinical ethnographic insight.	Ghana 2014	Belysa Ghananska sskors uppfattningar och reaktioner för postop patienter på kirurgavd.	Kvalitativ	12 sskor på kirurgavd.	Semistrukturerade individuella intervjuer,	Faktorer som påverkade sjuksköterskornas svar var individuella faktorer, såsom engagemang, diskretion, rädsla för missbruk och organisatoriska faktorer, såsom organisatorisk slapphet och utmaningar i lagarbete.	Inget godkännande av etisk kommitté behövs pga endast sskor i studien Obetydliga eller mindre metodbrister.
#9	Shoqirat, N.	We are nurses, they are doctors': barriers to nurses' roles in pain management following surgery in Jordan	Jordanien 2015	Undersöka hinder i sskans roll i smärtbehandling postoperativt i Jordanien.	kvalitativ	25 sskor	4st fokusgruppsdiskussioner	Komplexa barriärer inom omvårdnaden. Barriärer inom bedside omvårdnad:, uppmärksamhetssökande patienter, "larmknappsberoende", störningar från anhöriga. Barriärer inom omvårdnaden: personalbrist, "sskor behöver smärtlindring före patienter" och uppfattningen av att "vi är sskor, de är läkare"	Etiskt godkänd. Obetydliga eller mindre metodbrister.

