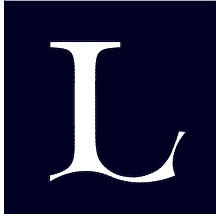


# Upplevelser av postoperativ smärta hos personer som vårdats på intensivvårdsavdelning efter bukkirurgiskt ingrepp

Gertrud Böckman  
Charlotta Joanson

Specialistsjuksköterskeexamen  
Intensivvård

Luleå tekniska universitet  
Institutionen för hälsovetenskap



Luleå tekniska universitet  
Institutionen för hälsovetenskap  
Avdelningen för medicinsk vetenskap

## Upplevelser av postoperativ smärta hos personer som vårdats på intensivvårdsavdelning efter bukkirurgiskt ingrepp

Experiences of postoperative pain among persons treated in  
the intensive care unit after abdominal surgery.

Gertrud Böckman  
Charlotta Joanson

Specialistsjuksköterskeprogrammet  
med inriktning mot intensivvård  
Kurs O7032H  
Examensarbete 15 Hp  
Vårterminen 2011  
Handledare: Malin Olsson

# Upplevelser av postoperativ smärta hos personer som vårdats på intensivvårdsavdelning efter bukkirurgiskt ingrepp

Gertrud Böckman

Charlotta Joansson

Luleå Tekniska Universitet

Institutionen för hälsovetenskap

Avdelningen för omvårdnad

Hos personer som vårdas på intensivvårdsavdelning är smärta en vanlig upplevelse, en upplevelse som skapar stress och lidande. Smärta kan bidra till ökad morbiditet och mortalitet. Vårt syfte var att beskriva upplevelsen av smärta hos personer som vårdats på intensivvårdsavdelning efter bukkirurgiskt ingrepp. Studien hade en kvalitativ design och efter godkänd etisk prövning utfördes semistrukturerade intervjuer med personer som vårdats på intensivvårdsavdelning på ett sjukhus i norra Sverige och ett sjukhus i Mellansverige. Intervjuteexterna analyserades med kvalitativ innehållsanalys och resultatet blev fem kategorier: Att behöva information för att klara av buksmärtan, att familjen ger kraft och skingrar ens tankar, att känna trygghet hos personalen och lättnad då buksmärtan minskar, att undvika aktiviteter som ökar buksmärtan samt att sakna tillfälle och utrymme för att uttrycka sina känslor och sina behov. Det framkom att det var viktigt för deltagarna att sjuksköterskan och annan vårdpersonal såg dem som unika individer och respekterade deras upplevelse, att det var viktigt att bli sedd och hörd, att anhörigas stöd var ovärderligt och att de ibland upplevde att de inte fick den tid med sjuksköterskan eller annan vårdpersonal som de skulle ha behövt.

**Nyckelord:** IVA, buksmärta, upplevelse, omvårdnad, kvalitativ innehållsanalys.

## Introduktion

Denna intervjustudie fokuserar på upplevelser av postoperativ smärta hos personer som vårdats på intensivvårdsavdelning (IVA) efter bukkirurgiska ingrepp. Avsikten är att beskriva upplevelsen av smärta med ett inifrånperspektiv där personernas egna upplevelser är i fokus. Inifrånperspektivet utgörs alltid av personers subjektiva upplevelser och dess konsekvenser i det dagliga livet (Söderberg, 2009, s. 15). Briggs (2010) menar att smärta är en personlig och känslomässig upplevelse. Den känslomässiga upplevelsen samspelar med den rent fysiologiska smärtan och skapar en unik och komplex smärtupplevelse. Att ha insikt om smärtupplevelsens sammansatta natur kan hjälpa sjuksköterskan att möta personens behov och tillhandahålla effektiv smärtlindring (Briggs, 2010). International Association for Study of Pain (1979) definierar smärta som en obehaglig sensorisk och emotionell upplevelse förenad med vävnadsskada, eller hotande vävnadsskada. Att erhålla adekvat smärtbehandling är en mänsklig rättighet (Brennan, Carr & Cousins, 2007).

### *Negativa effekter av smärta*

Hos personer som vårdas på IVA är smärta en vanlig upplevelse som skapar stress och lidande (Gélinas, 2007, Puntillo et. al. 2009 och Vallano, Aguiliera, Arnau, Banos & Laporte, 1999). Studier visar att obehandlad eller otillräckligt behandlad smärta påverkar patienter negativt fysiskt såväl som psykiskt (Puntillo, 2007). Fysisk påverkan kan enligt Leegaard, Nåden och Fagermoen (2008) vara försämrad förmåga till dagliga aktiviteter, enligt Aslan, Badir, Arli & Cakmakci (2009), Puntillo (2009) samt Larsson och Rubertsson (2005, s. 636) kan det innebära försvårat andningsarbete liksom ökat sympatikuspåslag. Aslan et al. (2009), Gélinas (2007) samt Siffleet, Young, Nikoletti och Shaw (2007) beskriver hur smärta på IVA ofta upplevs i samband med flera av de dagliga procedurerna som utförs, såsom vändningar eller lägesändringar i sängen, byte av omläggning, att dra djupa andetag samt hostövningar. Psykisk påverkan av postoperativ smärta kan enligt Joelsson, Olsson och Jakobsson (2010) menar även att den postoperativa smärtan orsakar oro hos patienten för att göra exempelvis felaktiga och skadliga rörelser samt kan leda till sömnbrist, utmattning och depression (Frank-Stromborg & Christiansen, 2000). Även rädsla för smärta under och efter sjukhusvistelse är vanligt hos patienter och rankas bland de tre värsta orsakerna till stress (Ferguson, Gilroy & Puntillo, 1997). Obehandlad smärta ökar mortaliteten och morbiditeten hos patienter som vårdas på IVA (Aslan et al., 2009 och Vallano et al, 1999). Smärta och de hinder den medför kan skapa lidande genom att personen upplever sina förmågor som minskade och sitt jag som förändrat, och därigenom uppstår en känsla av förlust hos personen (Chapman & Gavrin,

1999), även upplevelsen av att förlora kontrollen är en betydande negativ känsla som framkommer på grund av smärta (Bendelow, 2006).

#### *Faktorer som kan påverka upplevelsen av smärta*

Intensivvårdsavdelningens miljömässiga faktorer såsom konstant ljus och ljud kan påverka patientens upplevelse av smärta. Även sömnlöshet, brist på stimuli och oro kan göra att smärta upplevs som mer intensiv (Aslan et al., 2009). Vidare anser Ferguson et al. (1997) att miljön på IVA och de procedurer som äger rum där kan öka patientens upplevelse av smärta, delvis på grund av att patienten berövas på normala känslomässiga stimuli som ersätts med okända sådana, samt att sömnbrist leder till trötthet och irritabilitet som gör patienten känsligare för smärta. Given (2010) beskriver att den smärta patienten upplever vid omvårdnadshandlingar som till exempel suturtagning, såromläggning, lägesändringar och mobilisering är individuell. Smärtan präglas även av flera faktorer, däribland patientens tidigare upplevelser av smärta, vilken procedur det gäller, patientens eventuella rädsla och patientens egna förväntningar på hur ont proceduren kommer att göra. Watts och Brooks (1996) menar att preoperativ information om smärta som kan komma att upplevas postoperativt är betydelsefull för att patienten lättare ska kunna hantera uppkommen smärta.

#### *Smärtskattning, behandling och utvärdering*

Puntillo et al. (2009) anser att vårdpersonal bör lägga stor vikt vid att bedöma patientens smärta för att kunna ge bästa möjliga smärtlindring och utvärdera effekten av denna. Att patienter som är adekvat smärtlindrade har mindre postoperativa komplikationer bör motivera till smärtskattning och regelbunden utvärdering av patienters smärta. Att tidigt upptäcka även risk för smärta hos en patient kan göra att smärtlindring genomförs med större effektivitet Puntillo et al. (2009). Tecken på smärta kan vara att patienten är motoriskt oroligt (sträcker sig efter endotrachealtuben, rör vid smärtområdet), är dåligt ventilerad/samstämmig i ventilatorn, muskelryckningar/ skakningar, ett spänt eller rynkat ansikte samt abrupta uppvaknanden (Gélinas, Fillion & Puntillo, 2009). Smärtskattning kan även innebära att studera patientens fysiologiska tecken på smärta (blodtryck, puls, andningsfrekvens) samt fysiska (hudfärg, pupillreaktion och perspiration). Patientens egen bedömning anses dock vara den viktigaste och mest pålitliga formen av utvärdering, detta eftersom fysiologiska och fysiska faktorer kan påverkas av det aktuella sjukdomstillståndet (Aslan et al., 2009, Erstad et al., 2009, Ferguson et al., 1997 och Puntillo et al., 2009). När beteenden bedöms kan dessa även bero på oro eller att patienten är upprörd (Puntillo, 2007). Även Gélinas, Fillion och Puntillo (2009) menar att

endast fysiologiska tecken inte är tillförlitliga då detta kan variera av andra orsaker samt beskriver smärtskattningen som att titta på helheten

Ett vanligt hjälpmedel vid smärtskattning är visual analog scale (VAS), som består av en vertikal eller horisontell linje, ofta 10 cm lång, med ändpunkterna ”ingen smärta” och ”värsta tänkbara smärta”. På denna linje ombeds patienter utmärka den smärta de för tillfället upplever. Sjuksköterskan mäter sedan ut sträckan i millimeter, och får då en siffra på en hundrasiffrig skala, som beskriver smärtintensiteten samt gör det möjligt att utvärdera effekten av given smärtlindring. VAS anses vara ett bra instrument för att mäta smärta (Holdgate, Asha, Craig & Thompson, 2003, Kahl & Cleland, 2005). En svaghet är dock att personer med svag syn eller nedsatt fysisk eller kognitiv förmåga kan ha svårt att klara av att skatta sin smärta på detta sätt. Det förslås även att eftersom olika smärtskattningsmetoder mäter olika aspekter av smärta bör flera metoder kombineras för att få en rättvis bedömning av smärtan, till exempel den numeriska smärtskattningsskalan eller McGills frågeformulär för smärta (Kahl & Cleland, 2005).

Personer som vårdas på IVA förändras ofta dramatiskt i sitt tillstånd (Erstad et al., 2009) och personer på IVAs oförmåga att, på grund av sederande läkemedel och förekomst av ventilator, kommunicera kan beröva vårdpersonalen viktig information gällande personens subjektiva upplevelse av sin aktuella smärta (Erstad et al., 2009, Magnus & Turkington, 2006). Puntillo (2007) menar att ett av huvudskälen till otillräcklig smärtlindring hos personer som vårdas på IVA beror just på bristen av adekvat utvärdering av smärtan. Men gällande de personer som är totalt oförmögna till kommunikation är lite känt angående deras upplevelse av smärta (Puntillo et al., 2009). Det finns alltså ett behov av en vedertagen, pålitlig och praktiskt genomförbar smärtskattning för personer som vårdas på IVA (Puntillo, 2007). Tills evidensbaserade arbetsverktyg och riktlinjer finns tillgängliga måste dock vårdpersonalen förlita sig på de befintliga beprövade bedömningsmedlen för att ge den bästa möjliga vården (Puntillo, 2007). Att uttrycka smärta kan vara ett sätt att framföra känslor av ensamhet, hopplöshet och omvårdnadsbehov (Weiss, Emanuel, Fairclough & Emanuel, 2001). En av de viktigaste aspekterna gällande smärtlindring är en öppen och tillitsfull patient - sjuksköterskerelation, som möjliggör en god kommunikation (Given, 2010). Enligt Leegaard et al. (2008) rekommenderas att personen görs delaktig i sin egen smärtlindring och får stöd i att finna sin egen roll i denna.

## **Rationale**

Sammanfattningsvis visar litteraturgenomgången att det finns en brist vad gäller studier med fokus på hur personer som vårdats vid IVA efter bukkirurgi upplever smärta. Kunskap som denna intervjustudie förväntas ge är en djupare förståelse av dessa personers smärtupplevelse som kan göra det lättare för vårdpersonalen att identifiera behovet av smärtlindring hos dessa personer och tillgodose detta behov på bästa tänkbara sätt.

## **Syfte**

Syftet med denna intervjustudie var att beskriva upplevelser av postoperativ smärta hos personer som vårdats på IVA efter bukkirurgi.

## **Metod**

Denna intervjustudie har en kvalitativ design. Datainsamling gjordes med kvalitativa semistrukturerade intervjuer, tillvägagångssättet vid denna intervjumetod finns beskrivet av Polit och Beck (2008, s. 394). En manifest kvalitativ innehållsanalys med utgångspunkt i Burnard (1991, s. 461-466) användes för att analysera data.

## **Procedur**

Verksamhetscheferna för två intensivvårdsavdelningar (IVA) i mellersta och norra Sverige kontaktades för att få godkännande till intervjustudien. Rekrytering av deltagare genomfördes med hjälp av verksamhetschef samt en intensivvårdssjuksköterska, utifrån de inklusionskriterier som fastställts genom sökningar i patientregister. Patienterna som valdes ut hade då redan lämnat IVA eftersom de skulle ha varit hemma under minst två veckor och tiden till genomförande av studien var knapp. Sammantaget kontaktades inledningsvis femton personer med en skriftlig förfrågan (bilaga 1) och endast sju av dessa önskade delta. Önskan om deltagande mottogs genom en svarsblankett (bilaga 2). Flera inkom tyvärr där de tillfrågade själva nekade till deltagande då de inte upplevde sig ha haft någon smärta att tala om på IVA. De utvalda deltagarna erhöll sedan muntlig information om studien. Tidpunkter för genomförande av intervjuer bokades per telefon och de deltagare som valde att medverka fick själva bestämma plats och tid för intervju. Intervjuerna genomfördes på respektive IVA avdelningar (under återbesök), i hemmet hos patienterna samt per telefon under april 2011.

## **Deltagare**

Ett ändamålsenligt urval baserat på inklusionskriterier användes. Enligt Polit och Beck (2008, s. 355-356) syftar detta till att insamla de fall som mest gynnar studien. Deltagarna med erfarenhet av valda studiesyfte väljs här speciellt ut för att genom intervjuer få ut så mycket information som möjligt i det aktuella ämnet. Bedömning av erfarenhet utav smärta gjordes utav respektive avdelningschef och intensivvårdssjuksköterska. Inklusionskriterier för deltagarna var att de var opererade i buken och operationerna kunde vara både planerade och icke planerade. Deltagarna skulle ha varit behandlade för postoperativ buksmärta under tiden på IVA. Kriterier för deltagande var även att patienterna vårdats genom kirurgkliniken på IVA i mellan Sverige och norra Sverige. Exklusionskriterier var personer med nedsatt kognitiv förmåga samt personer behandlade med epidural bedövning, då de inte bedömdes ha smärta i någon större utsträckning. Personer som har opererats på grund av traumatisk bukåkomma exkluderades också.

Deltagarna hade haft olika styrka på smärtan och kan på grund av detta upplevt smärtan olika samt var behandlade med morfinpreparaten ketogan, morfin eller fentanyl i smärtpump. De var inte smärtskattade innan deltagande eftersom de flesta var sövda samt att de valdes ut via patientjournal efter att de hade legat på IVA. Deltagarna skulle ha legat på IVA under minst tre dagar och varit utskrivna från sjukhuset under minst två veckor. Tiden på IVA varierade mellan deltagarna liksom även vistelsen på vanlig avdelning. Deltagarna var opererade för bukaortaneuryasm, tarmvred, cancer i buken samt intraabdominell cysta och tidpunkt för operationerna var januari till mars 2011. Deltagarna hade varit både intuberade och spontandats på IVA men de flesta hade varit intuberade och sövda under delar av sin vistelse där. De som hade varit intuberade hade legat olika lång tid i respirator. Deltagarnas åldrar varierade mellan 44-71 år. Fyra deltagare var kvinnor och tre var män vilket sammanlagt gav ett deltagarantal på sju personer. Antalet deltagare avgjordes utav svårigheten författarna hade i att finna frivilliga deltagare som stämde in på inklusionskriterierna. De flesta hade antingen haft epidural, svårt att minnas smärta på IVA eller upplevde sig inte ha haft ont på IVA.

## **Datainsamling**

Datainsamling genomfördes med semistrukturerade kvalitativa forskningsintervjuer som enligt Polit och Beck (2008, s. 394) används när de frågor som kommer att ställas är kända men svaret inte kan förutses. Rollen hos den som intervjuar blir då strukturerad medan deltagarens inte är det. Intervjuerna pågick mellan 40 minuter och tre timmar. Intervjuerna dokumenterades med hjälp av inspelningar på band för att sedan skrivas ut till en ordagrann



text utav författarna. En intervjuguide användes (bilaga 3) och klagörande frågor ställdes vid behov. Frågor kunde exempelvis vara; Hur minns du smärtan efter din operation på IVA? Berätta om hur du upplevde smärta under din vistelse på IVA? De klagörande frågorna kunde vara; berätta mer eller vill du ge ett exempel?

### **Analys**

Den kvalitativa innehållsanalysen syftar till att producera en detaljerad och systematisk sammanställning av kärninnehållet i texter (Burnard, 1991, s.461). Det finns ett flertal sätt att genomföra en kvalitativ innehållsanalys, men de flesta av tillvägagångssätten liknar varandra och innebär att innehåll i texter analyseras och systematiseras för att skapa en förståelse för ett specifikt fenomen (Polit & Beck, 2008, s. 372). Kvalitativa analysmetoder används mer och mer frekvent inom omvårdnadsforskningen och ofta används ostrukturerade eller semistrukturerade intervjuer för att samla in data (Burnard, 1991, s.461).

I denna intervjustudie har analys skett med utgångspunkt i Burnards (1991, s. 461-465) metodbeskrivning som tydligt är uppdelad i fjorton analyssteg. Burnards (1991) metod valdes ut eftersom den är baserad på hantering av material som insamlats med semistrukturerade intervjuer och eftersom metoden var tydligt beskriven och enkel att följa. Stegen i metoden kan användas som ett stöd för analysarbetet men behöver inte följas till punkt och pricka. Analysarbetet inleds med att materialet läses igenom i sin helhet och noteringar görs läsningen igenom och avslutas med att materialet länkas till tidigare forskning. Stegen har av författarna inte utförts i sin helhet eftersom det av författarna inte ansågs nödvändigt. Efter intervjuernas genomförande transkriberades dessa, och analysarbetet inleddes därefter med att intervjutexterna lästes i sin helhet upprepade gånger för att få en förståelse för dess innehåll. Noteringar gjordes under läsningen. Därefter delades intervjutexten upp i textenheter där rubriker skrevs ner för att täcka och kunna dela in så stor del av materialet som möjligt som svarade mot syftet. Sedan gjordes en kondensering för att identifiera kärninnehållet i varje textenhet. De kondenserade textenheterna grupperades därefter med fokus på likheter och skillnader i innehåll. En kategorisering av kondenserade textenheter genomfördes i fem steg. Antalet kategorier reducerades genom att författarna och handledaren gick igenom kategorierna upprepade gånger med målet att bilda bredare kategorier med täckning för så stor del av materialet som möjligt, såsom beskrivet av Burnard (1991, s. 463). När ytterligare sammanslagning ansågs orimlig av författarna och handledaren, samt att inga teman stod att finna avslutades kategoriseringsarbetet. Resultatet av analysen blev fem kategorier.

## **Etiska överväganden**

Informerat samtycke inhämtades i enlighet med Polit och Becks beskrivning (2008, s. 176-178), vilket innebar att intervjupersonerna informerades om studiens syfte och dess genomförande samt fördelar och eventuella nackdelar med att delta i denna intervjustudie. Deltagarna informerades om att deras medverkande var frivillig och att de när som helst kunde avbryta sin medverkan utan att behöva ange skäl till detta (Forsman, 1997, s. 76). Deltagarna fick också information om att studien i färdig form skulle komma att publiceras på ett sådant sätt att ingen person skulle kunna identifieras. För att säkerställa en konfidentialitet har all data hanterats och förvarats på ett sådant sätt så att obehöriga inte har kunnat ta del av det. Intervjustudien prövades innan genomförandet av den forskningsetiska gruppen vid Institutionen för hälsovetenskap, Luleå tekniska universitet.

## **Resultat**

Analysen resulterade i fem kategorier som nedan presenteras med förklarande text samt validerande citat (bilaga 4).

*Tabell 1. Översikt av kategorier (n=5)*

---

### Kategorier

---

Att behöva information för att klara av buksmärtan

Att familjen ger kraft och skingrar ens tankar

Att känna trygghet hos personalen och lättnad då buksmärtan minskar

Att undvika aktiviteter som ökar buksmärtan

Att sakna tillfälle och utrymme för att uttrycka sina känslor och sina behov

---

### **Att behöva information för att klara av buksmärtan**

Deltagarna kände att information om att det skulle komma att göra ont i buken efter operationen och tid att förbereda sig innan operationen underlättade, smärtan hade troligen annars varit svårare att hantera om de inte hade fått den tiden. Att ha otillräcklig tid för förberedelse beskrevs som något av det mest påfrestande känslomässigt och information inför operationen upplevdes som viktigt för den mentala förberedelsen. Det var lättare att slappna av när information om ingreppet hade förståtts men misstro till given information och oro för att smärtan i buken skulle bli värre än beskrivet var psykiskt påfrestande. Det kunde ibland

vara skönt att inte ha fått veta allt kring operationen och allvaret i situationen då stora bukkirurgiska ingrepp utfördes som involverade risker för deltagarna. Deltagarna kände också hur deras egna föreställningar om hur buksmärtan skulle kännas innan operationen hade hjälpt dem i hanteringen utav den då själva upplevelsen av smärtan var lindrigare än föreställningen av den. Även att veta vilken typ av bukkirurgiskt ingrepp läkarna skulle göra gav en uppfattning om hur pass ont det skulle kunna göra och att redan innan ställa sig in på att inte vara helt smärfri gjorde det lättare att hantera smärtan. Deltagarna menade att annars skulle onödig oro ha kunnat uppkomma. Det kändes viktigt med delaktighet och information om smärtlindring och omvårdnadshandlingar för att ha kontroll över situationen och deltagarna fick göra det de själva kunde för att minska smärtan. Deltagarna kände sig ibland ensamma i sin smärta och menade att buksmärtan kändes som att föda barn och att det inte gick att förbereda sig helt på den. Även om flera hade varit med om det så var varje upplevelse unik och utan jämförelse. De menade även att för lite information kring biverkningar av medicineringen, såsom sämre förmåga att tänka, gjorde det obehagligt att ta smärtlindringen i form av morfinpreparat. Detta kunde leda till att mindre smärtlindring än vad som egentligen hade behövts användes.

*”det jag var med om det var ju planerat och jag visste ju om det än om du var med om en olycka alltså det blir som två trauman på något sätt, du är inte förberedd i huvudet och sen gör det ont i kroppen det, det tror jag är... Det är vad jag tror, jag tror att det är värre alltså för då är du som inte, då har du inte mentalt förberett dej för vad som ska komma att hända medan jag visste att jag det kommer att svida här och då tar jag det...”*

*”I och för sig tror jag det var bra att man inte fick information om hur pass komplicerad operation det var. De sa ju sen att det var bland dom mest komplicerade dom gjorde va. Det vill man inte veta. Sen att det var precis på gränsen att den sprack, det fick jag också reda på efteråt och det var ju tur det.”*

### **Att familjen ger kraft och skingrar ens tankar**

Familjen upplevdes som en positiv drivkraft i kampen mot smärtan och som motiverande för att orka kämpa vidare. Deltagarna kände att närvaron av familjen gav dem styrka och att det var viktigt att familjen fanns som mentalt stöd när smärtan satte in. Ljudet av familjemedlemmars röster och deras närhet upplevdes som en trygghet och lindrande och de lyste upp den stundtals gråa och jobbiga tillvaron på IVA. Att veta att familjen skulle komma på besök gjorde att deltagarna kände sig uppmuntrade liksom bilder på familjen och att de

kunde komma med småsaker hemifrån eller tidningar. Det var även betydelsefullt för deltagarnas sinnesfrid att personalen på IVA tog väl hand om anhöriga och att familjen skulle kunna fråga personalen om det var något som de undrade över vilket möjliggjorde för deltagarna att koncentrera sig på sig själva. Men även om det upplevdes som positivt att familjen kom på besök så kände deltagarna att de ibland kunde få mer ont efter att anhöriga varit där. Detta kunde bero på att de hade suttit uppe och då tryckt tillbaka den smärta som uppkom för att slippa visa det för anhöriga vilket kunde leda till att deltagarna inte bad om smärtlindring i tid. Besvikelse över sin egen förmåga att orka umgås med familjen på grund av smärtan upplevdes också. Behov av att skydda familjen från sitt eget lidande, liksom att känna rädsla för att familjen inte skulle orka finnas till hands upplevdes. Smärta kunde även få deltagarna att känna sig rädda för att inte överleva och få träffa sin familj igen. Hemlängtan och tankar kring det egna hemmet beskrevs som motiverande då viljan att komma hem väckte vilja att kämpa. Tankar på saker som skulle göras i hemmet kunde motivera till att vilja övervinna smärtan och få åka hem.

*”Sen var mina ungar och resten av familjen som balsam för själen... dom kom och då kändes det som att livet ljusnade upp lite... man orkade mer med dom bredvid sig... dom gav en kraft att orka en dag till med allt...”*

*”Var så rädd... att dom inte skulle orka ibland... att dom skulle ge upp och säga nej, men nu orkar vi inte mer... du får klara dig själv... det hade varit kämpigt...”*

### **Att känna trygghet hos personalen och lättnad då buksmärtan minskar**

Att uppleva smärta kunde kännas positivt då den påminde om att operationen var över. Smärtan var liv och en påminnelse om hur snabbt det kan ta slut och med positiva tankar kunde smärtan bli sekundär och viljan att överleva starkare. Smärtan var något som kändes hanterbart samt att deltagarna kunde känna en styrka i att klara av den. De upplevde sig väl smärtlindrade och hade inte påverkats så mycket känslomässigt. Den låga nivån av smärta uppgavs som bevis på hur bra smärtlindringen (morfin i sprutpump) fungerat och deltagarna upplevde sig inte ha behövt så mycket extra smärtlindring utöver den de fått. Deltagarna beskrev också en känsla av tacksamhet för att smärtlindringen hade fungerat så bra och vetskapen om att smärtan skulle gå över lindrade mentalt. Det hade även underlättat att få höra av personal att smärtan faktiskt skulle gå över. Personligheten menades vara något som hade mycket att göra med hur smärtan hanterades och att tidigare smärterfarenheter gav mer rutin kring smärta. Tilltron till personalen på IVA och tryggheten i att veta att smärtlindring

fanns nära till hands upplevde deltagarna som bra. Det var viktigt att få smärtlindring i rätt tid och att få det före aktiviteter för att kunna motverka smärtan så bra som möjligt. Känslan av att ha fått bra gehör för sin smärta och att lita tillräckligt på personalen för att våga uttrycka sin smärta var genomgående. Deltagarna upplevde att personalen hade uppmuntrat att säga till vid smärtgenombrott och att det inte var något fel med att vilja ha mer smärtlindring liksom att personalen hade varit duktiga på att finnas till hands när de var oroliga. Det var även viktigt att känna sig uppmärksammas och förstådd i sin smärta för att orka hantera den samt att bli bemött med respekt. Deltagarna upplevde också hur de kände sig närmare vissa i personalen än med andra, något som kunde inge en känsla av trygghet om det var just den personalen som kom och skulle ha ansvar den dagen. Att läkare, sjuksköterska och undersköterska frågade hur det var kändes tryggt och det var skönt att se att personalen fanns intill eller att de såg att de fanns i närheten om deltagarna inte kunde se dem. Daglig kontakt med sin läkare skapade också en känsla av trygghet vilket var positivt för smärtan. Att känna att personalen tog sig tid till personerna eller kunde erbjuda stöd genom exempelvis en kurator var viktigt för att minska smärtan men även att de kom ihåg även de små sakerna i tillvaron såsom att ge deltagarna ett glas vatten eller hjälpa med att ändra ställning.

*”Ibland kan det ju vara att någon sitter bara och pratar och håller en i handen eller det kan ju vara smärtlindring eller att du blir liksom bra bemött eller att du har en fin tavla att titta på istället för en beige gul vägg med någon klocka...”*

*”Visste inte om jag skulle överleva eller inte... så på det sättet var det ju nästan skönt att jag hade lite ont när jag vaknade... för då visste jag att jag levde och att jag hade klarat mej genom operationen...”*

### **Att undvika aktiviteter som ökar buksmärtan**

Buksmärtan beskrevs på många olika sätt: till exempel som att ha en tung filt över sig, som att någon rörde vid ens tarmar, som att ha blivit överkörd av en bandtraktor, som en jobbig, ihållande huvudvärk och som magknip. Andra beskrivningar av smärtan var att den var isande, brännande, huggande, som en sveda, spänning eller ett drag och den beskrevs i intensitet mellan tre och sju på VAS-skalan. Smärtan var lokaliserad till magen och kunde bero på drän i buken, att vara kopplad till slangar (centralvenös kateter), smärta/sveda/drag från operationssåret, överansträngning av bukmuskulerna, förstoppning samt smärta på grund av det bukkirurgiska ingrepp som utförts. Att ha täcke på magen kunde göra ont om det var instoppat för hårt. Domningar i händerna efter bukkirurgin, sveda i halsen efter att ha varit

intuberad, irritation i halsen utav ventrikelsonden samt sveda och obehag i penis på grund av urinkateter beskrevs också. Smärtan kom vid toalettbesök, när deltagarna skulle sätta eller ställa sig upp och magmusklerna behövdes, av att röra armarna eller hosta/skratta. Även att klia sig på magen/fötterna/i naveln, att äta, vid lägesändringar och i olika omvårdnadssituationer såsom att borsta tänderna och bli tvättad gjorde det ont i buken på deltagarna. Smärtan kunde sitta i olika länge och behandlades med morfinpreparaten morfin, ketogan eller fentanyl i sprutpump men kunde även lindras utav enklare medel som en gördel. På grund av smärtan undvek deltagarna vissa rörelser eller aktiviteter, de orkade helt enkelt inte bry sig om sådant som i vanliga fall kändes viktigt. Buksmärtan gjorde att allt kändes jobbigare och deltagarna orkade inte sitta uppe och ville inte göra så mycket av rädsla för att få ont. Deltagarna låg helst stilla för att undvika att smärtan blev värre men personalens behandling kunde de inte alltid påverka, och om dessa gav upphov till buksmärta upplevde deltagarna allt från ilska till sorg. Efter ett tag visste de vilka av deras egna aktiviteter som gjorde ont i buken och gjorde sitt bästa för att undvika dessa rörelser som att dricka försiktigt för att inte råka sätta i halsen och börja hosta. Deltagarna sökte inom sig själva efter lösningar som innebar smärtlindring eller frånvaron av smärta: till exempel att ligga stilla, att röra på sig, att tänka på något annat. De kunde även välja att tacka nej till starkare smärtlindring för att ha kvar det till senare om smärtan skulle bli värre.

*”jag ville inte göra så mycket heller... orkade inte och även om jag inte hade ont var jag rädd att få det...”*

*”jag lärde mej vad som kunde göra ont och försökte hitta på lösningar för att undvika smärtan...”*

### **Att sakna tillfälle och utrymme för att uttrycka sina känslor och sina behov**

Deltagarna beskrev hur de ibland kände att de inte fick tillräckligt med tid av personalen vilket de ville ha för att prata om det som oroade dem och tillgång till snabb smärtlindring när det behövdes. När personal inte fanns tillgänglig kunde det skapa en känsla av irritation eller hopplöshet. Många var rädda att vara till besvär för personalen och tvekade att be om hjälp eller smärtlindring för att inte störa personal som verkade stressad och upptagen. Några upplevde även att de inte blev sedda utan att en del personal var mer intresserad av tekniken runt omkring dem eller symptomen. Att inte känna sig sedd eller hörd och att ingen annan förstår kunde kännas ensamt och att inte alltid få en hand att hålla i när det kändes svårt bidrog till känslan av ensamhet. Deltagarna kände rädsla när smärtan blev värre och oroade

sig över att smärtan aldrig skulle försvinna, de var även rädda att inte bli trodda i sin smärta. Deltagarna kunde vara irriterade på sig själva för att de inte tålde smärta bättre och det var svårt att handskas med smärtan vilket gjorde att dem kände sig mindre värda än andra, som bättre klarade av sin smärta. Att förlora sin förmåga att klara sig själv och tvingas be om assistans med de enklaste göromål skapade en känsla av hjälplöshet, så även upplevelsen av att inte ha någon kontroll över vad som händer en. Deltagarna kunde känna det som att de inte ville vara i sin kropp längre på grund av smärtan. Deltagarna skrämades av mardrömmar och hallucinationer som uppkom på grund av smärtlindringen.

*”att man ville stänga av kroppen och koppla på den igen när allt var över...”*

*”sen kunde jag väl känna mej förbannad... om jag inte fick smärtlindringen på en gång när jag väl nu kommit på att jag skulle be om mer...”*

## **Resultatdiskussion**

Syftet med denna studie var att beskriva upplevelser av postoperativ smärta efter bukkirurgi hos personer som vårdats på IVA. Samtliga personer beskriver i våra intervjuer någon form av smärta. I del Barrios, Lacunzas, Armendariz, Margalls och Asiains (2004) studie gällande personer som genomgått levertrasplantation kan ingen av personerna påminna sig ha upplevt någon smärta under vistelsen på IVA. Vi fick ett flertal blanketter inskickade där personer avsåg sig deltagande i studien då de inte tyckte sig ha haft ont. I resultatet i vår studie framkom att det var viktigt att få information och tid att förbereda sig som en del i hanteringen av smärta. Personerna upplevde att när de kände sig som mest utelämnade kunde information skapa en känsla av delaktighet och därigenom vara en stor hjälp. De upplevde dock att de ofta inte ens fick information om vad som skulle ske och att den information de fick kunde underlätta för att lindra oro. De upplevde även lindring i god kontakt med sjuksköterskan. Även Rejesh och Vasmoradis (2010) menade även de att det var viktigt för personer att ha information gällande smärta och de alternativ som fanns för att hantera den. Att inte erhålla önskad information gällande smärta och smärtlindring kunde bidra till en känsla av osäkerhet, stress och lidande. Även här beskrevs vikten av kommunikation och hur information och förberedelser bidrog till att minska osäkerheten och öka kontrollen. De personer som erhållt preoperativa omvårdnadsinterventioner gällande smärta upplevde mindre preoperativ oro, en mer positiv preoperativ smärtinställning och en lägre grad av postoperativ smärta. Wang, Zhang, Li, & Wang (2008) beskrev hur personer som vårdats på intensivvårdsavdelningar ville ha kontroll över sin behandling och hur personer kände sig

omyndigförklarade när deras deltagande och åsikter inte efterfrågades. Rejesh och Vasmoradi (2010) beskrev att tillfredsställande smärthantering kunde erhållas i en större utsträckning när personerna upplevde sig delaktiga. Även Russell (1999) samt Susleck, Secrest, Holweger och Myhan (2007) menade i sina studier att information ledde till minskad stress, ökad tillfredsställelse samt förbättrad utkomst i sjukdomsförloppet. Wang et al. (2008) menade att bristande information gällande livsviktiga beslut som fattades över personernas huvud gjorde att sårbarheten, maktlösheten och känslan av att vara beroende av andra ökade. Att bara höra brottstycken ur konversationer som fördes under ronderna och inte få hela bilden kunde ge upphov till stor oro och rädsla (Russell, 1999). Enligt Lindholm, Holmberg och Mäkelä (2005) fanns risk för att ovisshet gällande framtiden kunde leda till en känsla av hopplöshet.

Personerna i denna intervjustudie upplevde familjen som en positiv drivkraft och som en motivation. Familjens närvaro var ett stort stöd, en lindring och en trygghet i kampen mot smärtan. Idvall et al. (2008) beskrev hur besök av familj och vänner kunde hjälpa personer att hantera smärta när de postoperativt vårdades på IVA. Wang et al. (2008) beskrev i sin studie betydelsen av familjens stöd och uppmuntran för att uppnå hälsa. Med familjen närvarande kände sig personerna inte längre ensamma och svaga, och utan familjens stöd kände de att de hade kunnat ge upp och sluta kämpa. Detta samstämmer väl med det personerna i vår studie berättade. Del Barrio et al. (2004) visade i sin studie på hur familjemedlemmar bidrog med ett känslomässigt stöd som hjälpte personerna att bli lugna. Familjen tröstade dem, gav dem en känsla av optimism och frid, här nämndes också religion som en källa till tröst under vistelsen på IVA, detta var inget som kom upp i någon av våra intervjuer. Att familjen kämpade vid ens sida upplevdes som mycket värdefullt. Lindholm, Holmberg och Mäkelä (2005) menade att familj och vänner är den största källan till hopp. Hopp beskrevs utav Nolan (2011) som en förmåga att förneka sjukdomen och när sjukdomen ställs utom allt tvivel, att hoppas på tillfrisknande. Dorsett (2009) beskrev också hopp som förnekelse av sjukdom och skada samt den motiverande kraft hopp kan vara. Engström och Söderberg (2007) visar att personer som vårdats på IVA kände sig övergivna och som fångar i sina sängar när närstående var frånvarande. Enligt Engström och Söderberg (2007) var det bästa sättet att stödja närstående att som sjuksköterska finnas till hands och visa omsorg, samt att få de närstående att förstå hur viktiga de är för den drabbade personen. Närstående hade enligt Dreyer och Nortvedt (2008) även ett behov av information gällande sin anhöriga. När detta behov inte tillgodosågs rubbades deras balans och det stöd de kunde bistå den sjuke med minskade. Personerna kände också trygghet och stöd när vårdpersonal fanns nära till hands och frågade hur det kändes, respekterade deras unika upplevelse samt var uppmärksamma och snabba på att tillfredsställa



personernas behov. Eftersom att både denna och andras studier visar på det stora värdet av att ha anhöriga närvarande förefaller det mycket viktigt att göra allt som är möjligt för att stärka dessa. Rejesh och Vasmoradis (2010) studie beskrev även den en känsla av trygghet hos personerna när vårdpersonal fanns nära och vakade över dem, och de kunde känna sig trygga även när de var mycket hjälpberoende och led av smärta. Att sjuksköterskan tar sig tid att lyssna i några minuter när personen berättar om en ny eller oväntad smärta kan enligt dem göra att personen besparas flera timmar av svårare smärta senare. Personerna förväntade sig även att vårdpersonal skulle behandla dem som en unik människa och ville känna att de var speciella för vårdpersonalen. Del Barrio et al. (2004), Hofhuis (2008) och Wang et al. (2008) menade att tryggheten i att ha någon ur personalen nära tydde på vikten av känslomässigt stöd, det beskrevs också som en fysisk trygghet, som att bara en person som befann sig mycket nära skulle kunna upptäcka uppkomna problem i tid (del Barrio et al., 2004). Även Carr och Thomas (1997) samt Idvall et al. (2008) visade på vikten av stöd från vårdpersonal i personers smärta.

I resultatet beskrev personerna hur smärtan ofta kom vid aktiviteter såsom toalettbesök samt hur de kunde undvika dessa aktiviteter för att inte provocera fram smärtan. Även en nödvändig omvårdnadshandling kunde leda till ökad smärta. Enligt Svensson, Sjöström och Haljamäe (2000) kom den värsta smärtan vid rörelse, mobilisering, behandlingar och undersökningar. Smärtan kunde också vara oförklarliga smärtgenombrott. Detta samstämmer med resultatet i vår studie som visar att mobilisering och omvårdnadshandlingar såsom tvättning, lägesändringar och såromläggningar gav upphov till svårast smärta. Wang et al. (2008) beskrev också hur oförsiktiga omvårdnadshandlingar gav upphov till smärta. Även beroendet av andra personer och av maskiner för livsnödvändiga funktioner kunde skapa en enorm känsla av sårbarhet och maktlöshet. Personerna beskrev att de inte fick den tid de behövde med vårdpersonal, hur de inte behandlades som unika och inte kunde/fick framföra sin vilja. Att få diskutera och vara delaktig i sin egen smärtlindring hade stor chans att skapa förnöjsamhet med smärtlindringen. I resultat framkom att personer kunde avstå kontakt med sjuksköterskan för att hon såg upptagen ut. Trots att de hade behov av att sätta ord på sin oro. Enligt Rejesh och Vasmoradi (2010) upplevde personer sig som objekt när de inte blev betraktade och behandlade som individer. De ville inte störa vårdpersonalen, vilket kunde leda till att smärtan förblev obehandlad längre än nödvändigt. Carr och Thomas (1997) fann att personer ofta upplevde sjuksköterskan som upptagen och då undvek att be om smärtlindring. Att uppleva förlust av kontroll kunde skapa en känsla av ensamhet (Susleck et al, 2007). ElSadr, Noureddine och Kelley (2009) fann att vara fysiskt beroende av andra för att klara sitt

dagliga liv gav en känsla av ensamhet. Wang et al (2008) menade att vårdpersonals brist på tid också kunde leda till att personer kände sig ensamma och övergivna. Ensamhet var enligt Nilsson, Lindström och Nåden (2006) en subjektiv och obehaglig upplevelse som uppstod när en persons behov av trygghet inte tillgodoses. Vidare var ensamhet en känsla av att vara skild från resten av världen och den största orsaken till oro. Personer som upplevde ensamhet betraktade sig själva som utanför. Ensamhet kunde vara något djupt smärtsamt och dåligt, men även något bra som vi aktivt eftersträvar. Resultatet i denna intervjustudie beskriver ensamheten som något enbart negativt. Nilsson et al. (2006) beskrev ensamhet i vårdssammanhang som ett livslidande på en existentiell nivå. Ensamheten förde med sig tomhet och utanförskap, som kunde visa sig som en känsla av att vara övergiven. Att ignorera personers behov och inte erkänna deras smärta kunde även leda till en känsla av hopplöshet, vilket är mycket negativt då hopp är något som kan ge personen styrkan att överleva (Lindholm, Holmberg & Mäkelä, 2005). Dunn, Corser, Stommel och Holmes-Rovner (2006) visade på att hopplöshet kunde inverka negativt på funktionsförmågan. Dunn (2005) menade att en ökad upplevelse av hopplöshet kunde minska personens önskan att genomgå livräddande behandling. Hopplöshet kunde skapa en ökad stress, samt leda till en minskad förmåga för fysiskt sjuka att anpassa sig till sin nuvarande situation. Hopplöshet kunde även leda till ökad morbiditet/mortalitet. I resultatet av vår studie uppkom känsla av hopplöshet när personerna inte kände sig sedda i sin smärta för att vårdpersonalen för tillfället uppfattades som otillgänglig.

I resultatet framkom även att personerna kunde vänta med att be om smärtlindring för att inte vara till besvär och för att smärtlindringen i sig gav obehag. När deltagarna sedan bad om smärtlindring var det tryggt att ha sjuksköterskan nära för snabb lindring. Rejesh och Vasmoradi (2010) fann i sin studie att personer ville ha smärtlindring fort när de bad om den, men att det ibland blev en fördröjning från det att smärtlindring efterfrågats till att den erhöletts. Om sjuksköterskan dröjde med att ge smärtlindringen sedan den efterfrågats kunde det ses som ett tecken på att sjuksköterskan inte tog smärtan på allvar, inte trodde på den. Deltagarna i resultatet uppgav mindre smärta än vad som faktiskt var sant eftersom smärtlindringen gav upphov till mardrömmar och hallucinationer. Bieffekterna av smärtlindringen upplevdes ibland som värre än själva smärtan, vilket kunde innebära att de undvek att be om smärtlindring trots att de hade behov av den. Kastanias, Denny, Robinson, Sabo och Snaith (2009) menade i sin studie att det var vårdpersonals uppgift att förklara för personer vilken typ av smärtlindring som fanns tillgänglig och vilken effekt de kunde förvänta sig utav smärtlindringen. Lindberg och Engström (2010) visar att med dagens alla metoder att

lindra smärta så är det oacceptabelt att personer ska uppleva svår smärta postoperativt. Smärta beskrevs enligt Cousins, Brennan och Carr (2004) som en väldigt obehaglig upplevelse. Loeser och Treede (2008) och Lindberg och Engström (2010) visar att om en patient beskrev en upplevelse som smärta så skulle den accepteras som smärta samt att det var viktigt att förhålla sig objektiv som vårdpersonal.

## **Metoddiskussion**

Deltagare till studien valdes ut genom att verksamhetschef eller intensivvårdssjuksköterska arbetande på respektive intensivvårdsavdelning gick igenom patientjournaler. Deltagarna skulle stämma in på de inklusions- och exklusionskriterier som författarna satt upp. Eftersom tiden var knapp valdes deltagare som redan gått hem från IVA och de smärtskattades då heller inte. Det var svårt att hitta deltagare utefter de kriterier som satts upp och många av de som tillfrågats valde att inte medverka på grund av att det inte mindes tiden på IVA eller inte hade haft särskilt ont på IVA. Enligt Polit och Beck (2008, s. 86-87) är det viktigt att innan studiens start fundera över vilka förväntningar som är rimliga att ha på tillgänglighet och viljan att delta i studier. Lågt deltagande kan exempelvis bero på hur tidskonsumerande det kan vara att delta i studier eller att deltagarna inte känner sig tillräckligt friska för att medverka. Det kan även vara svårt att identifiera och lokalisera deltagare till studien.

I studien samlades data in med en intervjuguide som författarna hade gjort i samråd med handledaren. Intervjuguiden testades inte genom en pilotstudie vilket i sin tur skulle ha kunnat uppdaga fel som kan ha lett till en knapphändig data, däremot skrevs den första genomförda intervjun ut ordagrant och lästes igenom av författarna och handledare innan de övriga intervjuerna genomfördes. Enligt Woods och Catanzaro (1988, s. 440) så sätter forskarens frågor ramarna för arbetet och frågorna ska förtydliga det forskaren vill ha reda på. Målet med en intervjuguide är att lista ämnen eller frågor att diskutera som ska leda till en rik data (Polit och Beck, 2008, s. 394). Ett mål som författarna till denna studie på grund av ovana som intervjuare och forskare missade något och önskvärt hade varit att ha en rikare data. Detta var även tydligt i den stora variationen på längd (40minuter- 3 timmar) utav utförda intervjuer. Polit och Beck (2008, s. 400) menar att kvalitativa intervjuer oftast är långa och varar ibland upp emot flera timmar.

Data samlades i denna studie in genom semistrukturerade intervjuer som kategoriserades enligt beskrivning av Burnard (1991, s 462-464). Hade data samlats in genom exempelvis enkäter, som kan tänkas ta mindre tid att fylla i och kräva mindre av deltagaren, så kanske författarna hade funnit fler deltagare. Hade deltagarna sökts upp och smärtskattats under vistelsen på IVA så kan tänkas att resultatet hade haft mer substans.

Kvalitativ innehållsanalys användes som metod för denna studie vilket enligt Montgomery och Duck (1991, s. 240) används för att tolka innehållet i ett insamlat material. När kvalitativ innehållsanalys används är det betydelsefullt med adekvata kategorier och att tolkningen av kategorierna är noggrant utförd. Materialet som insamlades innehöll flera målande beskrivningar men ansågs av forskarna inte vara tillräckligt för att genomföra en tematisk innehållsanalys. En tematisk analys görs för att upptäcka djupare mönster i data (Polit och Beck, 2008, s. 132). 360). Montgomery och Duck (1991, s. 250) menar att tematisk innehållsanalys är en mer komplex analysmetod där data tolkas i sin helhet och samband utforskas.

I studien har författarna försökt undvika att låta sin förförståelse påverka arbetet. För att undvika att forskarens förförståelse färgar arbetet menar (Burnard, 1991, s. 464-465) att exempelvis en kollega kan gå igenom materialet för att få fram övergripande kategorier. Detta utfördes inte i sin helhet av forskarna i denna studie vilket kan ha försämrat trovärdigheten i arbetet och ökat risken att forskarnas personliga erfarenheter och åsikter omedvetet påverkade arbetet. Att forskaren undviker att låta sina egna värderingar och fördomar påverka arbetet menar även Holloway och Wheeler (1996, s.85) är viktigt. Downe-Wamboldt (1992, s.319) däremot menar att det kan vara osannolikt att forskaren exakt ska kunna förstå en subjektiv beskrivning av en upplevelse och att det därför är svårt att återberätta upplevelsen utan att personliga erfarenheter och intressen påverkar.

Styrkan med arbetet kan sägas vara att studien utfördes på två intensivvårdsavdelningar vilket skulle kunna leda till en ökad överförbarhet. Detta innebär enligt Polit och Beck (2008, s. 202) att resultatet är applicerbart på andra miljöer och personer. En viktig del i att ett material ska vara överförbart är dock att det ska vara rikt och att deltagarnas omgivande miljö ska vara väl beskriven. Detta talar till viss del emot detta arbete då materialet har varit tunt. Slutligen menar Downe-Wamboldt (1992, s. 319) att mänskliga fel alltid är en möjlighet i kodning av data

och kan vara en produkt utav trötthet, personliga fördomar och uppfattningar. Att analysera kvalitativ data är en kreativ process som av varje forskare utförs olika (Woods och Catanzaro, 1988, s. 437).

## **Konklusion**

Information och delaktighet var viktiga, icke-farmakologiska delar som kan medföra ökad tillfredsställelse med smärtbehandlingen. Att leva i osäkerhet och uppleva sig exkluderad kunde leda till känslor av ensamhet, hopplöshet, stress, lidande och oro. Familjen var ett viktigt stöd, bidrog till att skapa hopp och utgjorde en av de stora anledningarna till att fortsätta kämpa. Det är viktigt att stärka de anhöriga så att de maktar med att vara denna oerhörda resurs för sin närstående. Att känna att sjuksköterskan fanns nära, lyssnade och trodde på den smärta som personerna gav uttryck för var viktigt, sjuksköterskan bör bidra med både fysisk och psykisk trygghet. Att uppleva förlust av kontroll och förmågor under vistelsen på IVA kan leda till en känsla av ensamhet, att ignorera en persons behov eller att inte tro på dennes upplevelse av smärta kan leda till en känsla av hopplöshet och därmed ökad stress och minskad förmåga att anpassa sig till den nuvarande situationen. Vi anser att sjuksköterskan med enkla medel kan minska upplevelsen av smärta genom att ge god information och se till att den når fram, ge personen verktyg och möjlighet att göra sin röst hörd och vara delaktig i sin egen smärtlindring, stärka anhöriga samt vara öppen och mottaglig för personens behov och önskemål. Då det finns få studier om hur smärta efter bukkirurgi upplevs under tiden på IVA anser vi att vidare forskning i ämnet är både befogad och välbehövlig.

## Referenser

Aslan, F. E., Badir, A., Arli, S. K., & Cakmakci, H. (2009). Patients' experience of pain after cardiac surgery. *Contemporary Nurse, 34* (1), s. 48-54.

del Barrio, M., Lacunza, M. M., Armendariz, A. C., Margall, M. A., & Asiain, M. C. (2004). Liver transplant patients: their experience in the intensive care unit. A phenomenological study. *Journal of Clinical Nursing, 13*, s. 967-976.

Brennan, F., Carr, D. B., & Cousins, M. (2007). Pain management: a fundamental human right. *Anesth Analg, 105*, s. 205-221.

Briggs, E. (2010). Understanding the experience and physiology of pain. *Nursing Standard, 25* (3), 35-39.

Burnard, P. (1991). A method of analyzing interview transcripts in qualitative research. *Nurse education today, 11*, s. 461-466.

Carr, E. C. J., & Thomas, V. J. (1997). Anticipating and experiencing post-operative pain: the patients' perspective. *Journal of Clinical Nursing, 6*, s. 191-201.

Cousins, M.J., Brennan, F. & Carr, D.B. (2004) Pain Relief: A Universal Human Right. *Pain. 112* (1), s. 1-4.

Dorsett, P. (2009). The Importance of Hope in Coping with Severe Acquired Disability. *Australian Social Work, 63* (1), s. 83-102.

Downe-Wamboldt, B. (1992). Content analysis: Method, applications and issues. *Health care for women international, 13*, s. 313-321.

Dreyer, A., & Nortvedt, P. (2008). Sedation of ventilated patients in intensive care units: relatives' experiences. *Journal of Advanced Nursing, 61*, 5, s. 549-556.

Dunn, S.L. (2005). Hopelessness as a Response to Physical Illness. *Journal of Nursing Scholarship, 37:2*, s. 148-154.

Dunn, S.L., Corser, W., Stommel, M., & Holmes-Rovner, M. (2006). Hopelessness and Depression in the Early Recovery Period After Hospitalization for Acute Coronary Syndrome. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, 26, s. 152-159.

ElSadr, C. B., Nouredine. S., & Kelley, J. (2009). Concept Analysis of Loneliness With Implications for Nursing Diagnosis. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 20, s. 25-34.

Engström, Å. & Söderberg S. (2007). Close relatives in intensive care from the perspective of critical care nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 16, s. 1651-1659.

Erstad, B. L., Puntillo, K., Gilbert, H. C., Grap, M. J., Li, D., Medina, J., Mularski, R. A., Pasero, C., Varkey, B., & Sessler, C. N. (2009). Pain Management Principles in the Critically Ill. *CHEST*, 135 (4), s. 1075-1085.

Ferguson, J., Gilroy, D., & Puntillo, K. (1997). Dimensions of pain and analgesic administration associated with coronary artery bypass grafting in an Australian intensive care unit. *Journal of Advanced Nursing*, 26, s. 1065-1072.

Forsman, B. (1997). *Forskningsetik – en introduktion*. Lund: Studentlitteratur.

Frank-Stromborg, M. & Christiansen, A. (2000). The undertreatment of pain: a liability risk for nurses. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 4, 1, s. 41-49.

Gélinas, C. (2007). Management of pain in cardiac surgery ICU patients: Have we improved over time? *Intensive and Critical care Nursing*, 23, s. 298-303.

Gélinas, C., Fillion, L., & Puntillo K.(2009). Item selection and content validity of the Critical-Care Pain Observation Tool for non-verbal adults. *Journal of Advanced Nursing*, 65 (1), s. 203–216.

Given, J. (2010). Management of procedural pain in adult patients. *Nursing Standard*, 25 (14), s. 35-40.

Hofuis, J. G. M., Spronk, P. E., van Stel, H. F., Schrijvers, A. J. P., Rommes, J. H., & Bakker, J. (2008). Experiences of critically ill patients in the ICU. *Intensive and Critical Care Nursing, 24*, s. 300-313.

Holdgate, A., Asha, S., Craig, J. & Thompson, J. (2003). Comparison of a verbal numeric rating scale with the visual analogue scale for the measurement of acute pain. *Emergency Medicine, 15*, 5-6, s. 441-446.

Holloway, I., & Wheeler, S. (1996). *Qualitative Research for Nurses*. Oxford: Blackwell Sciences.

Idvall, E., Bergqvist, A., Silverhjelm, J. & Unosson, M. (2008). Perspectives of Swedish patients on postoperative pain management. *Nursing and Health Sciences, 10*, s. 131-136.

International Association for Study of Pain. (1979). Subcommittee on taxonomy: pain terms. A list with definitions and notes on usage. *Pain, 6*: 249-252.

Joelsson, M., Olsson, L-E., & Jakobsson, E. (2010) Patients' experience of pain and pain relief following hip replacement Surgery. *Journal of Clinical Nursing, 19*, s. 2832–2838.

Kahl, C. & Cleland J. (2005). Visual analogue scale, numeric pain rating scale and the McGill pain Questionnaire: an overview of psychometric properties. *Physical Therapy Reviews, 10*, 2, s.123-128.

Kastanias, P., Denny, K., Robinson, S., Sabo, K. & Snaith, K. (2009). What do Adult Surgical Patients Really Want to Know About Pain and Pain Management? *Pain Management Nursing, 10* (1), s. 22-31.

Larsson, A., & Rubertsson, S. (2005). *Intensivvård*. Stockholm: Liber AB.

Leegaard, M., Nåden, D., & Fagermoen, M. S. (2008). Postoperative pain and self-management: women's experiences after cardiac surgery. *Journal of Advanced Nursing, 63* (5), s. 476-484.



Lindberg, J-O. & Engström, Å. (2010). Critical Care Nurses' Experiences: "A Good Relationship With the Patient is a Prerequisite for Successful Pain Relief Management". *Pain Management Nursing*, 12 (3), s. 163-172.

Lindholm, L., Holmberg, M., & Mäkelä, C. (2005). Hope and Hopelessness – Nourishment for the Patient's Vitality. *International Journal for Human Caring*, 9 (4), s. 33-38.

Loeser, J.D. & Treede, R.D. (2008). The Kyoto Protocol of IASP: Basic Pain Terminology. *Pain*. 137 (3), s. 473-477.

Montgomery, B.M & Duck, S. (1991). *Studying Interpersonal Interaction*. New York, London; The Guilford Press.

Magnus, V. S., & Turkington, L. (2006). Communication interaction in ICU – Patient and staff experiences and perceptions. *Intensive and Critical Care Nursing*, 22, s. 167-180.

Nilsson, B., Lindström, U.Å., & Nåden, D. (2006). Is loneliness a psychological dysfunction? A literary study of the phenomenon of loneliness. *Scand J Caring Sci*, 20, s. 93-101.

Nolan, S. (2011). Hope beyond (redundant) hope: how chaplains work with dying patients. *Palliative Medicine*, 25 (1), s. 21-25.

Olsson, H., & Sörensen, S. (2007). *Forskningsprocessen*. Stockholm: Liber AB.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing Research-Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia; Lippincott Williams & Wilkins

Puntillo, K. (2007). Managing Pain, Delirium and Sedation. *Critical Care Nurse, suppl*, s. 8-10.

Puntillo, K., Pasero, C., Li, D., Mularski, R. A., Grap, M. J., Erstad, B. L., Varkey, B., Gilbert, H. C., Medina, J., & Sessler, C. N. (2009). Evaluation of Pain in ICU Patients. *CHEST*, 135 (4), s. 1069-1074.

Rejesh, N., & Vaismoradi, M. (2010) Perspectives and experiences of elective surgery patients

regarding pain management. *Nursing and Health Sciences*. 12, s. 67–73.

Russell, S. (1999). An exploratory study of patients' perceptions, memories and experiences of an intensive care unit. *Journal of Advanced Nursing*, 24(4), s. 783-791.

Siffleet, J., Young, J., Nikoletti, S., & Shaw, T. (2007). Patients' self-report of procedural pain in the intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing*, 16 (11), s. 2142-2148.

Susleck, D., Secrest, J., Holweger, J., & Myhan, G. (2007). The Perianesthesia Experience From the Patient's Perspective. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 22, 1, s. 10-20.

Svensson, I., Sjöström, B., & Haljamäe, H. (2000). Assessment of Pain Experiences after Elective Surgery. *Journal of Pain and Symptom Management*, 20, 3, s.193-201.

Söderberg, S., (red.), (2009). *Att leva med sjukdom*. Stockholm: Norstedts akademiska förlag.

Vallano, A., Aguilera, C., Arnau, J. M., Banos, J-E., & Laprote, J-R. (1999). Management of postoperative pain in abdominal surgery in Spain. A multicentre drug utilization study. *British Journal of Clinical Pharmacological*, 47, s. 667-673.

Wang, K., Zhang, B., Li, C., & Wang, C. (2008). Qualitative analysis of patients' intensive care experience during mechanical ventilation. *Journal of Clinical Nursing*, 18, s. 183-190.

Watts, S., & Brooks, A. (1997). Patients' perceptions of the pre-operative information they need about events they may experience in the intensive care unit. *Journal of Advanced Nursing*, 26, s. 85–92.

Weiss, S. C., Emanuel, L. L., Fairclough, D. L., & Emanuel, E. J. (2001). Understanding the experience of pain in terminally ill patients. *The Lancet*, 357, 1311-1315.

Woods, N. F., & Catanzaro, M. (1988). *Nursing research-theory and practice*. Washington; The CV Mosby Company.

Luleå tekniska universitet  
Institutionen för hälsovetenskap  
Avdelningen för omvårdnad

Förfrågan om deltagande i intervjustudie: Upplevelsen av smärta och smärtbehandling hos kirurgpatienter som vårdats på intensivvårdsavdelning (IVA) efter kirurgi eller trauma.

Under vår utbildning till intensivvårdssjuksköterskor kommer vi att skriva ett examensarbete med syfte att beskriva upplevelsen av smärta och smärtbehandling hos kirurgpatienter som vårdats på IVA efter kirurgi eller trauma.

Vi skulle vilja intervjua Er gällande Er upplevelse av smärta och smärtbehandling under Er tid på IVA. Om Ni väljer att delta i vår studie kommer vi att kontakta Er för att bestämma tid och plats för intervjun. Deltagande är helt frivilligt och kommer inte att på något vis påverka eventuell fortsatt vård. Om Ni skulle besluta er för att delta anmäler ni ert intresse genom att skicka in medföljande svarsblankett i svarskuvertet. Ni kan när som helst välja att avsluta er medverkan utan vidare förklaring. Intervjun planeras ta ungefär 60 minuter och kommer att baseras på ett antal frågor som syftar till att få en beskrivning av Er upplevelse av smärta och smärtbehandling under Er tid på IVA. Intervjun kommer att spelas in och vi kommer att skriva ut den ordagrant, för att sedan analysera texten. Den färdiga studien kommer att publiceras via Luleå tekniska universitet på <http://pure.ltu.se/portal/>. Allt material kommer enbart att hanteras av oss två och vår handledare, och när studien är godkänd och publicerad kommer allt material att förstöras. Citat från intervjun kommer att användas men det kommer inte att vara möjligt att veta från vem citatet kommer eller att identifiera någon enskild person i det färdiga examensarbetet.

För kontakt:

Specialistsjuksköterske-  
student inom  
intensivvård:

Specialistsjuksköterske-  
student inom  
intensivvård:

Handledare:

Gertrud Böckman  
073-373 31 64

Charlotta Joanson  
070-2345919

Malin Olsson

[gerbck-0@student.ltu.se](mailto:gerbck-0@student.ltu.se)

[johcah-2@student.ltu.se](mailto:johcah-2@student.ltu.se)

[malin.olsson@ltu.se](mailto:malin.olsson@ltu.se)

## **Svarsblankett**

Jag har informerats om studien och tagit del av den medföljande skriftliga informationen. Jag är intresserad av att delta som intervjuperson i projektet. Jag är medveten om att mitt deltagande i studien är frivilligt och att jag när som helst och utan närmare förklaring kan avbryta mitt deltagande.

Namn \_\_\_\_\_

Adress \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

## **Intervjuguide**

### **Bakgrundsinformation**

Ålder

Kön

Utbildning

Civilstånd

Barn

Arbete

Tidpunkt för inläggning på IVA

Anledning till inläggning på IVA

### **Smärta**

Hur minns du smärtan efter din operation på IVA?

Berätta om hur du upplevde smärta under din vistelse på IVA?

Berätta om hur smärtan påverkade din vistelse på IVA?

Berätta om hur smärtan påverkade dig känslomässigt?

Påverkade smärtan dig annat än känslomässigt?

### **Smärtlindring**

Berätta om det fanns något särskilt som lindrade smärtan?

Hur kunde du kommunicera din smärta till personalen?

Berätta om hur du upplevde att personalen hanterade din smärta?

Hur kände du att du ville bli bemött av personalen i din smärta?

Tycker du att du fick gehör för din smärta och tillräcklig smärtlindring när du uppgav att du hade ont?

## **Klargörande frågor**

Berätta mer

Vill du ge ett exempel

Hur tänkte du då

Vad gjorde du då

*Tabell 1. Översikt av kategorier (n=5)*

---

Kategorier

---

Att behöva information för att klara av buksmärtan

Att familjen ger kraft och skingrar ens tankar

Att känna trygghet hos personalen och lättnad då buksmärtan minskar

Att undvika aktiviteter som ökar buksmärtan

Att sakna tillfälle och utrymme för att uttrycka sina känslor och sina behov

---

