

**PATIENTERS UPPLEVELSER AV OLIKA
BEDÖMNINGSMETODER VID AKUT SMÄRTA EFTER UROLOGISK
ELLER GYNEKOLOGISK KIRURGI**

FÖRFATTARE	Yvonne Kratz
KURS	Omvårdnad – Självständigt arbete 2 HT 2004
OMFATTNING	10 poäng
HANDLEDARE	Helle Wijk
EXAMINATOR	Marianne Gustafsson

Titel (svensk):	Patienters upplevelser av olika bedömningsmetoder vid akut smärta efter urologisk eller gynekologisk kirurgi
Titel (engelsk):	Patients' experiences of different methods for acute pain assessment following urological or gynaecological surgery
Arbetets art:	Eget arbete, fördjupningsnivå 2, HT 2004
Kursbeteckning:	Omvårdnad – Självständigt arbete
Arbetets omfattning	D – nivå, 10 poäng
Sidantal:	30 sidor
Författare:	Yvonne Kratz
Handledare:	Helle Wijk
Examinator:	Marianne Gustafsson

ABSTRACT

Bakgrund: Det akuta postoperativa förloppet är förknippat med mer eller mindre kraftig smärta, varför konklusiv smärtskattning och effektiv kommunikation mellan patient och vårdgivare är av central betydelse.

Syfte: Att kvantitativt och kvalitativt analysera patientens upplevelse av tillämpade instrument och metoder för bedömning av akut postoperativ smärta efter urologisk eller gynekologisk kirurgi.

Metod: Med hjälp av ett skriftligt frågeformulär tillfrågades 38 frivilliga patienter (23 kvinnor och 15 män) som genomgått urologisk eller gynekologisk kirurgi på ett universitetssjukhus om sina preferenser för 4 olika smärtskattningsskalor (visuell analog skala, numeriskt beskrivande skala och två olika verbalt beskrivande skalor). Fem kvinnor valde att också medverka i en bandinspelad intervju där de beskrev sina upplevelser av den akuta postoperativa smärtan.

Resultat: I patientgruppen som helhet kunde inte påvisas preferens för någon av de smärtskattningsskalor patienterna fick välja mellan, men tidigare erfarenhet av smärta av annat ursprung än operation var associerad med preferens för visuell analog skala. Flertalet patienter önskade att ofta bli tillfrågade om sin smärtupplevelse även om de spontant inte hade berättat om den. Det framkom också att preoperativ information om smärta och smärtbehandling samt en väl fungerande kommunikation och relation med sjuksköterskan på ett positivt sätt påverkade patientens hantering av smärtupplevelsen.

Konklusion: För skattning av akut postoperativ smärta kan olika metoder och instrument ur flertalet patienters synvinkel vara likvärdiga, men våra fynd pekar på att en individualisering vid val av skattningsskalor med hänsyn till patientens tidigare erfarenhet av smärta kan innebära ökad patienttillfredsställelse. Studien pekar också på att förhandsinformation inför operationen och en god relation med patienten kan optimera dennes förmåga att hantera den akuta postoperativa smärta. Därmed bekräftar och tydliggör studien betydelsen av några av de viktigaste elementen i Joyce Travelbees omvårdnadsteori, nämligen att kommunikation är ett av sjuksköterskans viktigaste redskap i omvårdnad och att detta har giltighet även för akut postoperativ smärta.

Key-words: postoperative pain, patients' perspective, nursing, pain scores, preference, experience

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

För följande manuskript formaterat för JOURNAL OF ADVANCED NURSING.

Skall ej inkluderas i det manuskript som insänds till tidskriften för publicering

	Sida
TITELBLAD (för Journal of Advanced Nursing)	IV
ABSTRACT (för Journal of Advanced Nursing).....	V
SUMMARY STATEMENT (enligt Journal of Advanced Nursing)	VI
INTRODUKTION	1
STUDIEN	4
METOD	4
<i>Patienturval</i>	4
<i>Procedur</i>	5
<i>Etiska överväganden</i>	7
<i>Statistisk Analys</i>	7
<i>Innehållsanalys</i>	8
RESULTAT	9
<i>Frågeformulär</i>	9
<i>Intervjuer</i>	11
DISKUSSION	13
KONKLUSION	17
REFERENSER	19
TABELLER	21
TABELLFÖRKLARINGAR (Legends to tables).....	30

**TITELBLAD FÖR MANUSKRIFT FORMATERAD FÖR JOURNAL OF
ADVANCED NURSING**

**PATIENTS' EXPERIENCES OF DIFFERENT METHODS FOR
ACUTE PAIN ASSESSMENT FOLLOWING UROLOGICAL OR
GYNAECOLOGICAL SURGERY**

Short title: Patients' experience of pain assessment methods.

Yvonne Kratz
Faculty of Health and Caring Science, Institute of Nursing
The Sahlgrenska Academy at Göteborg University
Box 457
405 30 Göteborg, Sweden

Correspondence to author: yvonne.kratz@vgregion.se

ABSTRACT

Background

The early postoperative period has the potential for significant acute pain, which is why definitive pain assessment and effective communication between patient and care-provider is important.

Aim

Using both quantitative and qualitative methods, this study aimed to analyse the patient experience of several common instruments and means for assessing acute postoperative pain in a group of urological and gynaecological patients.

Methods

Using a written questionnaire, 38 consenting patients (23 women and 15 men) who had undergone urological or gynaecological surgery at a university hospital were questioned about their preferences concerning 4 different pain reporting scales: a visual analogue scale, a numerical descriptive scale, and 2 different verbal descriptive scales. Five women also decided to participate in tape-recorded interviews describing their experience of acute postoperative pain.

Results

In the combined patient group, there was no clear preference for any of the scales among those offered to the patients, although previous experience of pain of other aetiology than post-operative was associated with a preference in the current setting for reporting with the visual analogue scale. A majority of patients expressed a wish to be frequently asked about their pain experiences even if they did not spontaneously report them. It also became apparent that preoperative information about pain and pain management, together with effective communication and positive interaction with the nursing staff had a positive influence on patients' experience of postoperative pain.

Conclusions

For assessment of acute postoperative pain, different methods or instruments may be experienced by patients as equivalent as far as preference, though our findings support the conclusion that individualising the choice of pain assessment method with respect to each patient's previous experience with pain can improve patient satisfaction with pain management. Also, preoperative information and a good relation with the patient can optimise his or her capacity to manage acute postoperative pain. These findings support and further define some of the most basic elements in Joyce Travelbee's theory of nursing, which are that communication is one of the most important tools available to the nurse, and that this also applies to nursing of patients with acute postoperative pain.

Key-words: postoperative pain, patients' perspective, nursing, pain scores, preference, experience

SUMMARY STATEMENT

What is already known about this topic

- In earlier studies, patients have demonstrated variation in their preference for pain reporting systems or scales, though this has not been assessed in patients with acute postoperative pain.
- Factors related to individual differences between patients have importance for preferences in pain reporting scales.
- Regular and intermittent assessment of pain is desirable for patients with several different conditions associated with pain. If this is true for patients with acute postoperative pain is yet not clear.
- Preoperative information of pain and pain management has been reported to have possible negative effects on patient pain experiences (in some cases).
- A fundament in good nursing care is effective communication and a good relation between nurse and patient.

What this paper adds

- Previous experience of pain of other origin than acute post-operative pain was associated with preference for the visual analogue scale.
- A majority of patients expressed a wish to be asked often about their pain experience even if they did not spontaneously report pain.
- In a patient group which will undergo urological or gynaecological surgery, preoperative information about pain and pain management appeared to have a positive effect on how patients managed their pain experience.
- This study supports and further defines some of the most basic elements in Joyce Travelbee's theory of nursing, which are that communication is one of the most important tools available to the nurse, and that this also applies to nursing of patients with acute postoperative pain.
- In the setting of acute postoperative pain, we could not demonstrate patient preference in the combined patient group for any of the common pain scoring systems made available to them, which included a visual analogue scale, a numerical descriptive scale, and 2 different verbal descriptive scales.

INTRODUKTION

God omvårdnad kännetecknas av den relation som upprättas mellan patient och sjuksköterska. Förståelsen för vad som sker mellan en patient och en sjuksköterska är en av grundförutsättningarna för att kunna förstå vad omvårdnad är och bör vara. Ett viktigt begrepp i Joyce Travelbees omvårdnadsteori är att betrakta människan som en unik individ och att individens egna upplevelser är viktiga (Travelbee, 1971). Hon menar att de omvårdnads handlingar vi utför skall utgå från denna unika person och att individens egen upplevelse av situationen har stor betydelse (Travelbee, 1971). Kunskap om vårdandets värde för smärtpatienter är betydelsefullt genom att vi lär oss ta hänsyn till dessa patienters egna erfarenheter och uppfattningsförmåga.

Smärta är en personlig, subjektiv upplevelse och den upplevelsen kan vara svår att förmedla till andra (Almås et al., 2002). Endast den enskilda människan, den som själv upplever smärtan vet hur det känns (Mc Caffery, 1979). Den subjektiva smärtupplevelsen gör, att den till skillnad från andra variabler, såsom puls och blodtryck, är svårare att mäta (Akhtar-Danesh, 2001). Svårigheten att verbalisera upplevelsen beror inte på att det saknas ord, tvärtom. Det finns ett överflöd av ord tänkta att använda i dessa sammanhang (Katz & Melzack, 1999). Trots svårigheter att beskriva upplevelsen av smärta utifrån skalor, besitter ändå många patienter förmågan att gradera den (de Rond et al., 1999).

I syfte att bedöma aktuell smärtintensitet och för att kunna utvärdera effekten av en behandlingsåtgärd är det angeläget att patienten, i möjligaste mån, själv kan beskriva intensiteten av upplevd smärta. En lösning på detta problem är att patienten uppmanas att

skatta sin egen smärtintensitetsnivå genom att använda en ändamålsenlig skala vid detta tillfälle (Akhtar-Danesh, 2001).

Det finns flera olika metoder att tillgå när det gäller att bedöma smärta. Visuellt analog skala (VAS), numeriskt beskrivande skala (NRS=Numeric Rating Scale) eller verbalt beskrivande skala (VRS=Verbal Rating Scale) är några av de smärtskattningsskalor som är vanligast förekommande i samband med bedömning av smärta hos vuxna (Raval, 1999). Med tanke på att fenomenet smärta innehåller ett flertal dimensioner betraktas dessa skalor ibland som otillräckliga (Katz & Melzack, 1999). I de fall när patienten inte kan kommunicera verbalt finns det skalor där olika beteenden och värderingar av vitala funktioner utgör grunden för bedömningen av smärta (Raval, 1999).

VAS kom i bruk första gången för ungefär sextio år sedan i syfte att mäta olika subjektiva fenomen (Mc Guire, 1997). Alltsedan VAS-skalan introducerades (Scott & Huskinssons, 1975) har emellertid dess reliabilitet blivit ifrågasatt (Watanbae & Koyama, 1989). Den vanligast förekommande visuella analoga skalan består av en 10 cm lång horisontell eller vertikal linje med markeringar i varje ände. Den ena änden är märkt med orden: ingen smärta och den andra änden är märkt med orden: värsta tänkbara smärta. Det förekommer även andra liknande verbala beskrivningar (Katz & Melzack, 1999). Patienterna uppmanas att uppskatta sin upplevelse av smärtans intensitet genom att flytta en markör utmed linjen. De ombeds att placera markören på den plats som bäst motsvarar nivån på smärtans intensitet. På instrumentets baksida kan man avläsa en siffra från den numeriska skalan som skall motsvara den nivå patienten angivit på visuella analoga skalan (Watanbae-Koyama, 1989).

VRS består av en serie ord som beskriver smärtan ordnad från lägsta till högsta intensitet. Vid användandet av en VRS skall patienten gradera sin smärtintensitet med hjälp av de ord som bäst beskriver intensiteten av den upplevda smärtan. (Katz & Melzack, 1999) De termer som används varierar, exempelvis ingen smärta, mild smärta, lätt smärta, måttlig smärta, medelsvår smärta, svår smärta eller outhärdlig smärta (Raval, 1999).

NRS består oftast av siffror från 0 till 10, eller 0 till 100. Dessa skalor har ofta även ord i respektive ände som är avsedda att representera ytterligheterna av smärtupplevelsen, såsom ingen smärta till värsta tänkbara. Patienterna instrueras att välja den siffra som bäst motsvarar intensiteten av den upplevda smärtan (Katz & Melzack, 1999).

Endast ett fåtal studier har publicerats om patienters preferens för de vanligast förekommande smärtskattningsskalorna. Joyce och medarbetare (1974) jämförde VAS med en verbal skala (4-point scale, FPS) hos patienter med inflammatoriska ledbesvär och långvarig smärta och rapporterade preferens för VAS (Joyce et al., 1974). Kremer och Atkinson studerade patienter med ej närmare specificerad långvarig smärta och redovisade preferens i fallande ordning för VRS, NRS och VAS (Kremer & Atkinson, 1981). Hos brännskadade patienter har man funnit preferens för både färgskala (Analog Chromatic Scale) och ansiktsskala (Facial Pain Rating Scale) framför VAS och VRS (Gordon, et al., 1998). Clark och medarbetare (2003) fann att patienter med smärtsam reumatoid artrit föredrog VRS jämfört med VAS (Clark et al., 2003). Beträffande akut postoperativ smärta finns emellertid, såvitt framgår, inga motsvarande studier rapporterade.

STUDIEN

Syftet med denna studie var att analysera patienters upplevelse av tillämpade instrument och metoder vid bedömning av akut postoperativ smärta i anslutning till urologisk eller gynekologisk kirurgi.

METOD

Studien genomfördes under 2 månader på ett universitetssjukhus i Sverige våren 2004. De patienter som deltog rekryterades från två olika kliniker, med urologiska sjukdomar respektive kvinnosjukdomar som specialitet. Valet av dessa kliniker baserades på att där vårdas patienter med erfarenhet av smärta i samband med kirurgi.

För att söka så fullständig kunskap som möjligt om den intervjuades erfarenheter genomfördes undersökningen med både kvalitativ och kvantitativa analysmetoder. I denna studie kompletterar de varandra. För analys av exempelvis betydelsen av demografiska bakgrundsdata kan kvantitativa metoder vara lämpliga. Den kvalitativa forskningsansatsen kan ha fördelar när avsikten är att analysera och försöka förstå exempelvis någon annans upplevelser (Hansagi & Allebeck, 1994). Kvalitativa metoder belyser och klarlägger nämligen andra värden än de rent medicinska eller tekniska (Wallén, 1996).

Patienturval

Patienturvalet påbörjades med att författaren besökte urologiska och gynekologiska vårdavdelningar och bad tjänstgörande sjuksköterskor att välja ut ineliggande patienter som blivit opererade under något av de 3 senaste dygna och därmed förmodades ha aktuell

erfarenhet av smärta. Ingen hänsyn togs till ålder eller kön. Patienter med språksvårigheter och de som ansågs ha nedsatt samarbetsförmåga på grund av påverkat allmäntillstånd exkluderades. Utifrån dessa kriterier identifierades en potentiell studiegrupp med 40 patienter. Dessa tillfrågades både muntligt och skriftligt om de helt frivilligt ville delta i undersökningen. En patient avböjde direkt att delta och en annan patient besvarade senare inte frågeformuläret varför den slutliga studiegruppen kom att omfatta 38 patienter. De var mellan 16 och 73 år (23 kvinnor och 15 män).

Procedur

Undersökningen föregicks av godkännande från verksamhetschefen på respektive klinik. Patienterna som valde att medverka bekräftade skriftligt sitt informerade samtycke i ett formulär. De fick därefter ett kuvert innehållande frågeformuläret i studien. Undersökarens namn och adress var antecknat på kuvertet, och respondenterna upplystes om att de fick svara när de själva föredrog genom att lämna kuvertet till någon i personalen på vårdavdelningen för vidarebefordran till författaren. I samband med utdelning av frågeformulären tillfrågades samtliga patienter muntligt om de frivilligt också ville delta i en bandinspelad intervju. Fem kvinnor och en man anmälde sitt intresse. Mannen kunde dock senare inte genomföra intervjun på grund av anhörigbesök. Efter dessa fem intervjuer ansåg författaren att resultatet hade uppnått teoretisk mättnad.

I frågeformuläret ingick frågor i syfte att belysa:

1. *Hur upplevde respondenterna tillämpning av mätmetoder i samband med bedömning av smärta?*

Vi använde här en attitydskala som till sin principiella uppbyggnad överensstämmer med den som tidigare beskrivits av Likert (Likert, 1932). Det är en skala med

påståenden som är formulerade fördelaktigt eller ofördelaktigt i relation till det som man avser att mäta (DePoy & Gitlin, 1994). Respondenterna fick ta ställning till i vilken utsträckning de instämde eller inte instämde i påståendena genom att markera ett av sju svarsalternativ (=0-6), där noll motsvarar instämmer inte alls och där sex motsvarar håller fullständigt med. Respondenterna kunde även ange som svarsalternativ att de inte visste (=vet ej). Svaren studerades och summerades på grupper. (Fördelning av hur många som svarat 0-3 respektive 4-6 samt vet ej presenteras i antal och procent i tabell nummer 1)

2. *Vilken var respondenternas preferens för olika skattningsskalor?*

Respondenterna fick ange den smärtintensitet de upplevt efter operation. De skattade smärtintensitet för tre olika tillfällen: när det var som minst, som mest och dessutom vid det tillfälle då de fyllde i frågeformuläret (= "just nu"). Respondenterna fick ange sin upplevelse av smärtintensitet med hjälp av VAS, NRS och två olika VRS. De ombads även att rangordna de olika skattningsskalorna utifrån preferens. Erhållet resultat redovisas i tabell 2.

Intervjuer syftade till att belysa hur respondenterna upplevt tillämpning av mätmetoder och mätinstrument i samband med bedömning av smärta. De fick berätta om en sådan situation i en intervju. Samtliga intervjuer var av narrativ karaktär. Den narrativa intervjun fördes som ett samtal där intervjupersonen ombads att berätta om sina upplevelser eller erfarenheter och intervjuaren lyssnade till berättelsen (Norberg & Jansson, 1992).

För att respondenterna själva skulle inspireras till att tala spontant och berätta så fritt som möjligt inleddes intervjun med en öppen fråga (Jacobsen, 1993) där respondenterna

tillfrågades om de kunde berätta om ett tillfälle då de upplevt smärta efter operation. Under samtalets gång ställdes fortlöpande följdfrågor i syfte att fördjupa berättelserna. Intervjuerna genomfördes på respektive respondents vårdrum inom tre dagar efter genomgången operation. Samtalstiden var mellan 20 och 30 minuter. Samtliga fem respondenter som intervjuades var kvinnor. Den yngsta kvinnan var trettiofyra år och den äldsta var femtiotvå år. Intervjuerna spelades in på band. Innehållet på bandet återgavs därefter ordagrant i löpande text av författaren.

Materialet behandlades konfidentiellt genom att besvarade frågeformulär, band och bandutskrifter avidentifierades och förvarades oåtkomligt för obehöriga. Undersökningsmaterialet bearbetades och analyserades av författaren. I denna rapport har fynden redovisats på sådant sätt att de inte kan härledas till de personer som medverkat. När rapporten slutfördes destruerades banden från intervjuerna. De avidentifierade bandutskrifterna och frågeformulären kommer att förvaras oåtkomligt för obehöriga.

Etiska överväganden

Studien var ett led i ett större kvalitetsutvecklingsprojekt på det aktuella sjukhuset. Mot denna bakgrund gjordes ej någon ansökan till etisk kommitté för att genomföra studien. Anhållan om att få intervjua patienter ställdes till verksamhetschefen för respektive klinik där studien var tänkt att genomföras. Dessa verksamhetschefer lämnade var och en ett skriftligt medgivande på att de godkände studiens genomförande. Att författaren samtidigt deltog i ovan nämnda utvecklingsprojekt torde inte ha haft någon betydelse ur etisk synpunkt eller på annat sätt påverkat de fynd som erhöles i studien. Det innebär dock alltid ett etiskt ansvar, gentemot en annan person, för en intervjuare att få ta del av en annans berättelse. En generell medvetenhet krävs därför om att risk för integritetsintrång föreligger när en studie av

detta slag genomförs. Å andra sidan kan det vara positivt att få berätta och bli uppmärksammas av någon om den egna erfarenheten av smärtupplevelsen.

Statistisk analys

Chitvå-test användes för att analysera preferens för de olika smärtskattningsskalorna i sig. Students t-test användes för att analysera preferens för val av smärtskattningsskala i relation till demografiska data, anamnestisk analgetikakonsumtion, tidigare smärterfarenhet i samband med tidigare operation och tidigare smärterfarenhet av annat ursprung. $p < 0.05$ har använts som signifikansgräns. Data anges som medelvärde \pm standarddeviation (SD) om inte annat anges.

Innehållsanalys

Materialet från intervjuerna analyserades enligt tillvägagångssättet för innehållsanalys. Inom kvalitativ forskning är innehållsanalys en metod som kan beskrivas som "en teknik som används för att göra slutledningar genom att objektivt och systematiskt identifiera specificerade karakteristika hos meddelandet" (Carlsson, 1991 s.62). Den metodologiska processen består av identifiering, kodning och skapande av kategorier utifrån meningsenheter. Innehållsanalys syftar till att beskriva textens bakomliggande mening. Detta tillvägagångssätt möjliggör överförbarhet inom forskning utan att originaldata för den skull går förlorad (Downe-Wamboldt, 1992). Det är en teknik som kan användas både för att härleda och beskriva textens manifesta innehåll, det som klart framgår i texten och även för att tolka det latenta budskapet (Carlsson, 1991). Det är textens innehåll som är det intressanta, det vill säga "vad" texten handlar om (Downe-Wamboldt, 1992). En förutsättning vid användning av denna metod är att intervjuerna baseras på semistrukturerade eller helt öppna frågor. Intervjuerna spelas in på band och skrivs därefter ut ordagrant (Burnard, 1991).

En analys av texten utfördes i olika steg. Till att börja med lästes intervjuerna igenom ett flertal gånger för att åstadkomma en helhetsbild av innehållet i intervjuerna. Därefter påbörjades en organisation av data. För att underlätta hanteringen av materialet reducerades texten och delades in i meningsenheter. Därefter delade författaren upp texten i koder, detta för att skaffa sig en uppfattning om vad texten handlade om. Utifrån detta skapades subkategorier och kategorier. Kategorierna bestod av olika uttryck för samma sak (Carlsson, 1991). Analysprocessen illustreras i tabell 1.

RESULTAT

Frågeformulär

Vad gäller upplevelse av tillämpning av mätmetoder vid bedömning av smärta var ett tydligt fynd att flertalet respondenter ville bli tillfrågade om sin smärtupplevelse även om de inte spontant hade berättat om den. Vi fann att de ville bli tillfrågade ofta. Vidare framkom att förhandsinformation om förväntad postoperativ smärta för flertalet respondenter hade en positiv inverkan på hur man hanterade smärtan. Använda påståenden och erhållna svar redovisas i tabell 2.

Respondenternas upplevelse av smärtintensitet som de skattat med hjälp av respektive skala för tre olika tillfällen visas i tabell 3. Det var inga statistiskt signifikanta skillnader mellan könen vad gäller respondenternas rangordning av de olika smärtskattningsskalorna.

Följande motiveringar, i löpande text, till rangordningen förekom:

Preferens för NRS:

”enklast att gradera smärtan på en skala från noll till tio tycker jag”

”jag tycker det är lättare att använda sifferskala för den blir mest konkret”

Preferens för visuell analog skala:

”linjalen är bäst den är enkel och snabb att visa på när man har ont”

”VAS-skalan är klart bäst och lättast eftersom inga ord behövs. Olika smärtord är så relativa, det vill säga de kan ha så olika innebörd från person till person”

Preferens för de verbalt beskrivande skalorna:

”Lättare att beskriva med ord än med hjälp av skala”

”när man ligger och har sån värk att man inte vet vart man ska ta vägen och samtidigt får frågan om var man tycker att man ligger på VAS-skalan tyckte jag att det var jobbigt att omvandla orden jag hade som passade in på smärtan till en siffra som motsvarade den”

Demografiska data i förhållande till preferens för olika smärtskattningsskalor framgår av tabell 4. I grupperna som föredrog skala VAS eller VRS-B var yrkeserfarenheten signifikant längre än i gruppen som föredrog NRS ($p=0,05$ respektive $0,02$). Beträffande ålder och utbildningstid (antal skolår) var spridningen stor inom varje grupp och det fanns inga statistiskt signifikanta skillnader mellan preferensgrupperna.

Det fanns inga statistiskt signifikanta skillnader mellan preferensgrupperna avseende pågående konsumtion av analgetika eller tidigare upplevd smärta i samband med operation. Vi fann däremot genom chitvå-test att erfarenhet av smärta av annat ursprung (ej relaterat till

operation) var vanligare i gruppen som föredrog VAS, medan avsaknad av tidigare erfarenhet var vanligare hos patienter som föredrog VRS-B eller NRS ($p=0,016$).

Intervjuer

I syfte att belysa hur respondenterna upplevde tillämpning av mätmetoder och mätinstrument i samband med bedömning av smärta efter operation ombads respondenterna att berätta om en sådan situation i samband med en intervju.

Analysen av texten i intervjuerna resulterade i tre kategorier, varav en med underkategorier, vilka samtliga förklaras och styrks med hjälp av citat från textmassan. Pauser i citaten markeras med punkter.

1) Ords interindividuella betydelse

Respondenterna påtalade svårigheten att begreppsmässigt förklara ett psykologiskt fenomen och att det var svårt att beskriva upplevda känslor utifrån skalor, vilket styrks med följande citat: *"smärta är inte skala två på noll till tio... det är ju mycke´ mer komplext"* och *"man kan inte säga att det just är nummer två eller nummer tre på skalan"*. Respondenterna menade vidare att fenomenet smärta består av ett flertal dimensioner och att detta påverkar upplevelsen och beskrivningen av densamma, vilket illustreras med följande citat: *"smärta är inte entydigt"* och *"ju mer komplicerat tillfället är desto mer komplicerat sätt eller fler anfallsvinklar måste man använda samtidigt för att få grepp om det "*. Följande citat: *"alla såna här beskrivningar är ju subjektiva"* och *"mycke andra såna aspekter på det hela som också påverkar hur man upplever smärtan"* verifierar tolkningen att respondenterna ansåg upplevelsen vara personlig och att varje

individ lägger in sin egen mening i upplevelsen. Även den relation vi har till språket påverkar enligt respondenterna beskrivningen av upplevelsen. Grunden till denna tolkning verifieras med hjälp av följande citat: *"det beror på vem man är ... vad man har för språk själv"*, *"ord är värdeladdade på olika sätt för olika personer ... jätteont kan vara olika ont"* och *"även medelsmärta kan vara outhärdlig i vissa lägen"*. Den sammanlagda tolkningen ger vid handen att **ords interindividuella betydelse** har betydelse vid beskrivning av smärtupplevelsen.

2) Att synliggöra, bedöma och utvärdera

Respondenterna påtalade svårigheten att beskriva känslor utifrån skalor med hjälp av följande citat: *"ifall du har en outhärdlig smärta och nån kommer fram med en linjal där du skall tala om hur ont du har ... då vill jag inte ha´nån linjal... jag är inte intresserad av skalor, jag har ju bara ont"*. Å andra sidan ansåg respondenterna det vara värdefullt med någon form av mätinstrument för att kunna **synliggöra, bedöma och utvärdera** smärtan. Grunden till denna tolkning framgår av följande citat: *"visar man på en skala då kan man verkligen se"*, *"anledningen till att man vill mäta är väl att man vill se att man fått den smärtlindring som du behöver"*, *"har man noll till tio så har man nåt att referera till... då kan dom bedöma om det blir bättre eller sämre"* samt *"oavsett var man lägger sig så är det bra att ha en sån måttstock"*.

3) Vikten av en ömsesidig process när en upplevelse skall beskrivas - kommunikation och relation.

Respondenterna påtalade vikten av en väl fungerande **kommunikation** mellan vårdare och vårdtagare när den subjektiva upplevelsen skall beskrivas, vilket

belyses med följande citat: *”man försöker att tro ... och hoppas att man förstår varann”, ”jag tycker alltid att det är skönt att man åtminstone försöker hitta ett sätt att kommunicera ... ett sätt att åskådliggöra. Det är viktigt både för mig och de som skall hjälpa”*. Respondenterna påtalade även värdet av en god **relation** som leder till känslan av att vara sedd. Respondenterna menade att det är viktigt att någon frågar och lyssnar. Dessa upplevelser verifieras genom följande resultat: *”det är bra att nån bryr sig”, ”jag tycker det är bra att dom frågar hur ont jag har” och ”vi har pratat om det att man inte så gärna ringer på klocka... det är skönt när nån bryr sig”* samt att *”det har i alla fall aldrig hänt att någon frågat som inte vill ha svar”*.

DISKUSSION

Endast ett fåtal studier om patienters preferens för de olika smärtskattningsskalor som vanligast förekommer i kliniska sammanhang har publicerats under de senaste tjugofem åren, något som har identifierats som en brist inom smärtforskningen (Clark, Laville & Matinez, 2003). Man har jämfört de olika skalorna hos patienter med långvarig smärta vid kroniska inflammatoriska ledbesvär (1974), övrig kronisk smärta (1981), brännskada (1998) och smärtsam reumatoid artrit (2003). Inga resultat av detta slag finns emellertid tidigare publicerade om den ofta förekommande akuta postoperativa smärtan. Mot denna bakgrund var syftet för denna studie att beskriva och analysera patienters upplevelse av instrument och mätmetoder som tillämpas vid bedömning av smärta i anslutning till urologisk och gynekologisk kirurgi.

Utgångspunkten för att belysa den aktuella frågeställningen var att finna ett vetenskapligt angreppssätt som skulle beskriva patienters upplevelse av instrument och mätmetoder som används vid bedömning av akut postoperativ smärta. Författarens bedömning var att en kombination av kvantitativ- och kvalitativ forskningsmetodik skulle ge de mest konklusiva resultaten. Delar av Joyce Travelbees omvårdnadsteori användes vid tolkningen av patienters upplevelse av metoder och instrument (Travelbee, 1971).

Det finns begränsningar i studien, som kan ha betydelse för tolkning av resultatet. Urvalet var kontextorienterat genom att det utgjordes av patienter som hade erfarenhet av smärta i samband med operation. Detta är i ett avseende en styrka, eftersom dessa patienter faktiskt hade erfarenhet av smärtupplevelser och därmed insikt i problematiken, men det innebär samtidigt att urvals-bias kan ha bidragit till att påverka studiens resultat.

Vidare är det uppenbart att den begränsade storleken på populationen försvårar den statistiska analysen. Fynden får av detta skäl tolkas med försiktighet, trots att materialet kan anses vara relativt omfångsrikt för denna typ av studie.

Vad gäller intervjuerna är det intressant att endast en man, som sedan fick förhinder, anmälde sitt intresse för deltagande. Intervjuerna genomfördes därför med fem kvinnor. Det är ur ett genderperspektiv fullt möjligt att både urvalsprocessen och intervjuret resultatet var könsberoende. Studiens design med helt frivilligt deltagande från patientens sida omöjliggjorde att sådana faktorer kunde analyseras. Slutligen måste det konstateras att författaren, som genomförde intervjuerna, har begränsad erfarenhet av intervjuteknik, vilket kan ha påverkat djupet i datainsamlingen och därmed även de resultat som framkommit.

Trots dessa begränsningar gav studien flera intressanta resultat. Ett tydligt fynd var att flertalet respondenter ville bli tillfrågade om sin smärtupplevelse även om de inte spontan

hade berättat om den. Vidare framkom att förhandsinformation om förväntad postoperativ smärta för flertalet respondenter hade en positiv inverkan på hur man hanterade smärtan. Sjöling och Nordahl (1998) fann däremot att ortopediska patienter som fått information om smärta och smärtbehandling preoperativt hade en tendens att ange högre smärtintensitet än de patienter i samma studie som inte fått motsvarande förhandsinformation (Sjöling & Nordahl, 1998). En preoperativ handläggning av smärta bör innehålla noggrann information om smärta och smärtbehandling. För att kunna påverka sin situation har patienten enligt Hälso- och sjukvårdslagen rätt till information om sin sjukdom och dess behandling, så långt det är möjligt (HSL 1982:763).

Det framkom även i vår studie att respondenterna ville bli tillfrågade ofta om sin smärta. Detta överensstämmer med rapporter från de Rond och medarbetare (1999). I en grupp patienter med olika slags smärttillstånd fann de att många patienter var positiva till smärtskattning och att det var tillräckligt med två mättillfällen per dag. Smärtskattningens betydelse bör jämföras med vikten av att mäta temperatur, puls och blodtryck. Att patienten vill bli tillfrågad om sin smärtupplevelse och hur den preoperativa informationen kan påverka patientens sätt att hantera smärtan på ett positivt sätt är viktiga fakta som underlag för införandet av rutiner för smärtlindring på vårdinrättningar. Fynden i vår studie visar att detta är betydelsefulla faktorer även i den specifika situationen med akut postoperativ smärta.

Patienterna ombads att skatta sin smärtupplevelse för tre olika tillfällen: vid det tillfälle då de fyllde i frågeformulären, när det varit som minst och när det varit som mest. De skulle även rangordna skalorna i samband med detta. Att i efterhand förmedla och gradera upplevelsen av sin smärta som är relaterad till en situation som redan inträffat kan innebära svårigheter. En viktig fråga är hur tillförlitlig skattning av smärtupplevelse är en viss tid efter själva

upplevelsen. Detta kan emellertid inte klarläggas i denna studie och det var inte heller studiens syfte.

Något samband mellan ålder, utbildningstid och preferens för de olika skalorna fanns inte i vår studie. Clark och medarbetare (2003) fann däremot preferens för VAS i gruppen skolunderbyggnad mera än 6 år.

Något samband mellan kön och skalpreferens kunde heller inte påvisas, men för att på ett säkert sätt kunna hävda detta skulle populationsgruppen ha varit jämnt fördelad på män och kvinnor. Det var emellertid inte möjligt att på ett sådant sätt styra urvalet i studiegruppen. Därmed kan genusperspektivet i detta avseende inte närmare belysas i studien. Erfarenhet av smärta av annat ursprung, ej relaterat till operation, var vanligast i gruppen som föredrog VAS. Detta samband kan vara av intresse att undersöka närmare

I vår studie lyfter respondenterna fram vikten av en god relation och en väl fungerande kommunikation mellan vårdare och vårdtagare när den subjektiva upplevelsen skall beskrivas. Några av de viktigaste elementen i Joyce Travelbees omvårdnadsteori (1971) handlar om kommunikation, relationer och människan som individ. Hon menar att kommunikation är ett av sjuksköterskans viktigaste redskap i omvårdanden och att det hela tiden pågår en kommunikation mellan vårdare och vårdtagare, oavsett det sker på ett medvetet sätt eller ej. God omvårdnad kännetecknas också av den relation som skapas mellan patient och sjuksköterska. Det är viktigt med en god relation för att sjuksköterskan skall ta till sig patientens egen upplevelse av smärtan (Travelbee, 1971, Mc Caffery, 1979).

Respondenterna påtalar i vår studie värdet av en god relation som leder till känslan av att vara sedd och att någon bryr sig. Killander skriver (1995) att grunden till god omvårdnad utgörs bland annat av konsten att se, lyssna och tro på vårdtagaren. När en vårdtagare känner tillit till

den som utövar omvårdnad, handlar det om god omvårdnad (Killander, 1995). När vi låter patienten förstå att vi bryr oss kan det vara det viktigaste vi gör. Vetskapen om att vi bryr oss kan stärka patienten (Mc Caffery, 1979). Travelbee menar vidare att förståelsen för vad som sker mellan en patient och sjuksköterska är en av grundförutsättningarna för att kunna förstå vad omvårdnad är och bör vara (Travelbee, 1971)

Det framkom att respondenterna ansåg det vara svårt att beskriva känslor utifrån skalor. Å andra sidan ansåg respondenterna det vara värdefullt med någon form av mätinstrument för att kunna bedöma smärtan samt för att utvärdera resultat av given smärtbehandling. Respondenterna påtalade att fenomenet smärta innehåller ett flertal dimensioner, att detta påverkar upplevelsen och därmed svårigheten att beskriva den. Respondenterna ansåg att upplevelsen är personlig och att varje individ lägger in sin mening i upplevelsen. Här finns en tydlig kongruens med det synsätt på smärta som präglar en definition från den internationella smärtforskningsorganisationen IASP (International Association for the Study of Pain). Organisationen antog 1994 en officiell definition av smärta som lyder enligt följande: "Pain is an unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage, or described in terms of such damage (Merskey & Bogduk, 1994, sidan 210). Med detta skall förstås att smärtan alltid är subjektiv och kan uppträda i frånvaro av vävnadsskada (SoS-rapport 1994; 4) Definitionen av smärta anger alltså att smärta är en subjektiv upplevelse och därmed att betrakta som ett psykologiskt fenomen. Detta leder till att det bara är den som anger smärta som vet hur det känns. Den angivna smärtupplevelsen blir ibland ifrågasatt, men ingen annan än den som anger smärtan känner till smärtans existens (Finer, 1991).

KONKLUSION

Sammanfattningsvis visar denna studie att regelbunden och frekvent smärtskattning uppskattas av patienter som genomgår gynekologisk eller urologisk kirurgi. Studien pekar också på att förhandsinformation om smärta och smärtbehandling inför operationen samt att en god relation och kommunikation mellan patienten och vårdaren kan optimera patientens förmåga att hantera sin akuta postoperativa smärta. Dessa fynd har betydelse när vi utbildar och informerar personal, patienter och anhöriga. Fynden motiverar och stöder att individens smärtupplevelse skall dokumenteras. Studien bekräftar och tydliggör också några av de viktigaste elementen i Joyce Travelbees omvårdnadsteori, nämligen att kommunikation är ett av sjuksköterskans viktigaste redskap i omvårdnad. Allt detta är, var för sig och tillsammans, viktig kunskap för kvalitetsutveckling av smärtbehandling på vårdavdelning. Studien påvisar ingen tydlig preferens för någon av smärtskattningsskalorna i patientmaterialet som helhet, men tidigare egen erfarenhet av smärta av annat ursprung än operation synes vara förknippad med ökad preferens för ett analogt skalsystem (VAS). Detta innebär att en individualisering vid val av skattningsmetod med hänsyn till patientens tidigare erfarenhet av smärta kan innebära ökad patienttillfredsställelse. Detta motiverar ytterligare kartläggning genom kommande studier med fokus på patientpreferenser i andra kliniska situationer.

REFERENSER

Almås, H. (Red.). (2002). *Klinisk omvårdnad*. Del 1. Stockholm: Liber AB

Akhtar – Danesh, N. (2001). A review of statistical methods for analysing pain measurements. *European Journal of Pain* 5:457-463.

Burnard, P. (1991). A method of analysing interview transcripts in qualitative research. *Nurse Education Today*, 11, 461-466.

Carlsson, B. (1991). *Kvalitativa forskningsmetoder för medicin och beteendevetenskap*. Solna: Almqvist och Wiksell.

Clark, P., Lavielle, P., & Matinez, H. (2003). Learning from Pain Scales: Patient Perspective. *The Journal of Rheumatology* 2003; 30:7.

DePoy, E., Gitlin, L. (1994). *Introduction to research*. Mosby-Yera Book, Inc.

Downe-Wamboldt, B. (1992). Content Analysis: Method, applications and issues. *Health Care for Women International*, 13, 313-321, 1992.

Finer, B., red. (1991). *Att leva med kronisk smärta. Erfarenheter och behandlingsförslag*. Arlöf: Berlings.

Gordon, M., Greenfield, E., Marvin, J., Hester, C., & Lauterbach, S. (1998). Use of pain assessment tools: Is there a preference? *Journal of Burn Care Rehabilitation*, 19: 451-4

Hansagi, H. & Allebeck, P. (1994). *Enkät och intervju inom hälso- och sjukvård. Handbok för forskning och utvecklingsarbete*. Lund: Studentlitteratur.

Jacobsen, J. K. (1993). *Intervju. Konsten att lyssna och fråga*. Lund : Studentlitteratur.

Joyce, C.R.B., Zutshi, D.W., Hrubes, V. & Mason, R.M. (1974). Comparison of Fixed Interval and Visual Scales for Rating Chronic Pain. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 8: 415-420.

Katz, J., & Melzack, R. (1999). Measurement of pain. *Surgical Clinics of North America* 79:231-252.

Killander, E. (1995). *Tro på patienten*. Lund: Studentlitteratur.

Kremer, E., Atkinson, J.H., & Ignelzi, R.J. (1981). Measurement of pain: Patient preference does not confound measurement. *Pain*, 10: 241-248

Likert, R. (1932). *A Technique for the Measurement of Attitudes*. (Submitted in partial fulfilment of the requirement for the degree of Doctors of Philosophy, Columbia University) Editor, Woodworth, R.S.,s ARCHIVES OF PSYCHOLOGY. New York

- Mc Caffery, M. (1979) *Nursing management of the patient with pain*. Second edition. Philadelphia: J. B. Lippincott company.
- Mc Guire, D. M. (1997) Measuring pain. In M. Frank-Stromberg & S. J. Olesen (Eds.), *Instruments for Cliniscal Health –Care research*. (pp.528-564). London: Jones and Bartlett Publishers, Inc.
- Merskey, H., & Bogduk, N. (1994). *Classification of chronic pain. Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms*. Second edition. IASP press. Seattle
- Norberg, A., & Jansson, L. (1992). Empati vid intervju. *Socialmedicinsk tidskrift*, 5, 241-244.
- Raval, N. (1999). *Postoperativ smärta. Behandling, kvalitetssäkring och organisation*. Lund: Studentlitteratur.
- de Rond, M., de Witt, R., van Dam, F., van Campen, B.T.H.M., den Hartog, Y.M., Klievink, M.A., Nieweg, M.B., Noort, A.M., Wagenaar, M.J., & van Campen, B.A. (1999). Daily pain assessment: value for nurses and patients. *Journal of Advanced Nursing* 1999, 29 : 436-444.
- Scott, J. & Huskinsson, E.C. (1975). Graphic representation of pain. *Pain*, 2 (1976) 175-184.
- Sjöling, M. & Nordahl, G. Patient Satisfaction with Postoperative Pain Management Despite Experiencing High Levels of Pain. *European Nurse* 1998 3(4)
- Socialstyrelsen (1994). *SoS Rapport 1994:4. Behandling av långvarig smärta*. Jönköping: Tryckeri AB Småland.
- Svensk Författningssamling (1982). *Hälso – och sjukvårdslagen 1982:763*. Socialdepartementet
- Travelbee, J. (1971). *Interpersonal Aspects of Nursing*. Philadelphia: F.A.DAVIS Company. Second Edition
- Wallén, G. (1996). *Vetenskapsteori och forskningsmetodik*. Lund: Studentlitteratur.
- Watanbae, S., & Koyama, K. (1989). Visual Analog Pain Scale with Convenient Digitizer. *Anesthesiology* 71(3) sept. 1989.

Tabell 1. Analysprocessen exemplifierad i kondensering, kodning, kategorier och subkategorier utifrån meningsenheter

Meningsenheter	Kondensering	Kodning	Kategorier	Subkategorier
”Man försöker att trooch hoppas att man förstår varann”	Tankar om ömsesidig förståelse	Förmågan att kommunicera	Vikten av en ömsesidig process när en upplevelse skall beskrivas	Kommunikation
”Jag tycker att jag skall bli tillfrågad om hur ont jag har utan att jag själv har påtalat detta”	Någon som bryr sig om	Betydelsen av att känna sig sedd	Vikten av en ömsesidig process när en upplevelse skall beskrivas	Relation

Tabell 2 Upplevelse av tillämpning av mätmetoder vid bedömning av smärta

Svar enligt skala (se tabellförklaring)

Påstående	0-3	4-6	Vet ej	Ej svar
1. Jag fick tillräcklig/god information före operationen om hur ont jag kunde förväntas ha efter operationen	10/38 (26 %)	28/38 (73 %)	0	0
2. Jag fick tillräcklig/god information om hur den förväntade postoperativa smärtan kommer att behandlas	6/33 (18 %)	27/33 (81 %)	0	5
3. Jag fick tillräcklig/god information före operation om de mätinstrument som används vid bedömning av smärta	12/37 (32 %)	23/37 (62 %)	2	1
4. Informationen om den förväntade postoperativa smärtan har påverkar min egen förmåga att hantera smärtan på ett positivt sätt	12/38 (31 %)	23/38 (60 %)	3	0
5. Informationen om den förväntade postoperativa smärtan har påverkat min egen förmåga att hantera smärtan på ett negativt sätt	31/35 (88 %)	2/35 (5 %)	2	3
6. Jag tycker att jag skall bli tillfrågad om hur ont jag har utan att jag själv har påtalat att jag har ont	11/36 (30 %)	23/36 (63 %)	2	2
7. Jag tycker att det räcker med att jag själv säger till när det gör ont och att personalen inte behöver fråga mig	30/37 (81 %)	6/37 (16 %)	1	1
8. Jag tycker att det är bra om personalen frågar mig en gång i timmen om hur ont jag har de första timmarna efter operation	7/37 (18 %)	29/37 (78 %)	1	1
9. Jag tycker att det är bra om personalen frågar mig var 4:e timme om hur ont jag har	21/37 (56 %)	12/37 (32 %)	4	1
10. Jag tycker att det är bra om jag blir tillfrågad en stund efter det att jag fått smärtbehandling om hur ont jag har	7/37 (18 %)	28/37 (75 %)	2	1

Tabell 3 Smärtskattning fördelat på olika skalor
Medianvärden och (inom parantes) range

	VAS	VRS-B	NRS	VRS-D	Ej svar
Frågetillfälle 1 = upplevd smärta just nu	2 (0-6)	1 (0-3)	3 (0-9)	1 (0-4)	0
Frågetillfälle 2 = upplevd smärta när den varit som minst	1 (0-4)	1 (0-3)	1 (0-9)	1 (0-2)	0
Frågetillfälle 3= upplevd smärta när den varit som mest	7 (1-10)	3 (0-5)	7 (0-7)	4 (1-6)	1

Tabell 4. Demografiska data vs. preferens för olika smärtskattningsskalor

	VAS	VRS-B	NRS	VRS-D
Ålder (år)	55,3 ± 15,5	52,3 ± 17,0	49,2 ± 13,8	53,0 ± 10,1
Utbildningstid (år)	11,3 ± 3,0	11,9 ± 3,6	14,0 ± 3,7	12,3 ± 2,2
Yrkeserfarenhet (år)	35,3 ± 13,7 *	38,1 ± 10,3 **	24,9 ± 10,6	32,8 ± 9,7

* avser $p = 0,05$ vs. NRS

** avser $p = 0,02$ vs. NRS

TABELLFÖRKLARINGAR (Legends to Tables)

Tabell 2.

Respondenterna fick ta ställning till i vilken utsträckning de instämde eller inte instämde i påståendena genom att markera ett av sju svarsalternativ, där noll motsvarar ”instämmer inte alls” och där sju motsvarar ”håller fullständigt med”. Respondenterna kunde även ange som svarsalternativ att de inte visste (=vet ej). Svaren studerades och grupperades. Fördelning av hur många som svarat 0-3 respektive 4-6 samt *vet ej* presenteras i antal och procent. n=38.