

# **Patientens smärtupplevelser vid vård av kroniska sår**

## **En litteraturstudie**

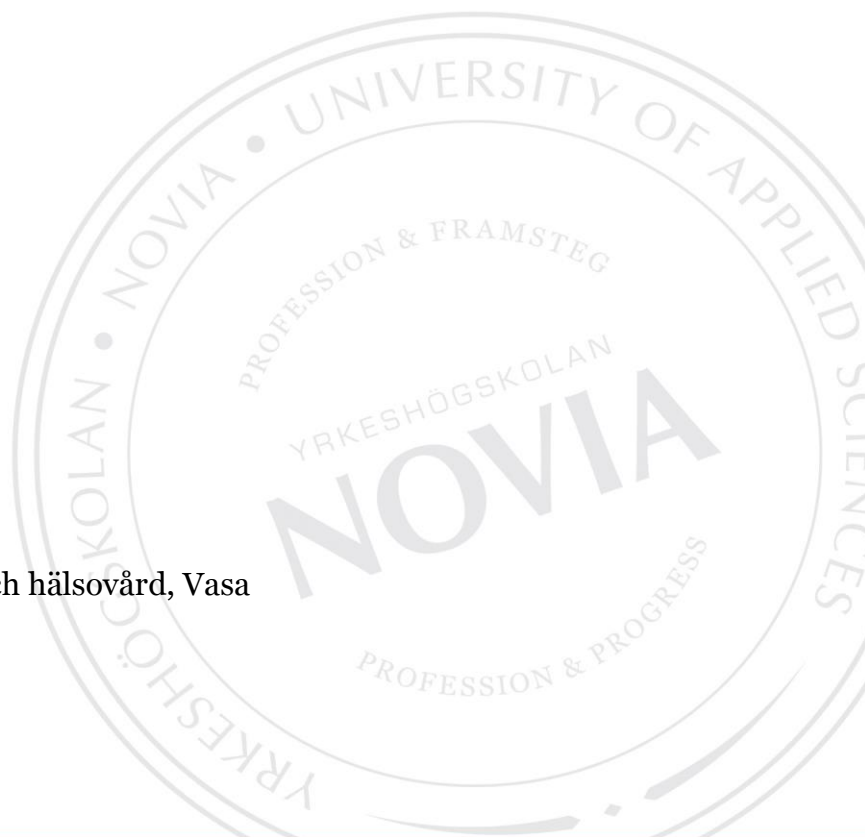
Ronja Wiik

Anna- Karin Åkers

Examensarbete inom social- och hälsovård, Vasa

Utbildning: Sjukskötare (YH)

Vasa / 2014



## EXAMENSARBETE

Författare: Ronja Wiik & Anna-Karin Åkers  
Utbildning och ort: Sjukskötare, Vasa  
Handledare: Anna-Lena Nieminen

Titel: Patientens smärtupplevelser vid vård av kroniska sår. Litteraturstudie

---

Datum: oktober 2014

Sidantal: 39

Bilagor: 2

---

### Abstrakt

Syftet med detta examensarbete är att genom en litteraturstudie belysa och ge en överblick över smärtupplevelser hos patienter med kroniska sår. Respondenterna vill även ge vetenskaplig information över hur man kan hjälpa och bemöta patienter som lider utav sårsmärta. I den teoretiska bakgrunden har respondenterna valt att fokusera på både smärtan och själva sårets fysiologiska aspekter. Utöver det har respondenterna valt att belysa hur sjukskötare kan lindra smärta och bemöta dessa smärtpåverkade patienter.

Respondenterna har relaterat informationen till vårdteoretikern Katie Erikssons teori gällande Lidandet, och använt författarens verk "Den lidande människan" (1994) som teoretisk utgångspunkt i examensarbetet. Teoridelen består av litteratur som berör ämnet samt vetenskaplig litteratur som har sammanfattats i en resuméartikel. Examensarbetet har analyserats med hjälp av en kvalitativ innehållsanalys.

I resultatredovisningen framkommer det hur viktigt det är för sjukskötare att besitta rikligt med kunskap om både sårvård och hur man hanterar patientens emotionella behov. Detta belyses under rubriker som behandlar utmaningar inom smärtvården, sjukskötarens vårdkunskaper och patientens smärtupplevelser vid kroniska sår, samt följder av patientens livsstilsval inom smärtbehandling. Resultatet framhäver en fungerande vårdrelation och hur den uppnås på bästa sätt.

---

Språk: Svenska

Nyckelord: Sårsmärta, kroniska sår, patientupplevelser

---

## **OPINNÄYTETYÖ**

Tekijä: Ronja Wiik & Anna- Karin Åkers  
Koulutusohjelma ja paikkakunta: Sairaanhoidtaja, Vaasa  
Ohjaaja: Anna-Lena Nieminen

Nimike: Potilaan kipukokemuksia kroonisten haavojen hoidossa. Kirjallisuustutkielma

---

Päivämäärä: Lokakuu 2014

Sivumäärä: 39

Liitteet: 2

---

### **Tiivistelmä**

Tämän opinnäytön tarkoituksena on kirjallisuustutkimuksella selvittää ja antaa yleiskatsauksen kiputilanteista potilaiden kroonisissa haavoissa. Haluamme myös antaa tieteellistä tietoa millä tavalla voidaan auttaa ja kohdella potilaita jotka kärsivät haavankivuista. Teoreettisessa taustassa tekijät ovat päättäneet keskittyä sekä kipuun että haavan fysiologiseen näkökulmaan. Sen lisäksi tekijät ovat halunneet selvittää millä tavalla sairaanhoidtaja voi lievittää kipua ja kuinka hän voi kohdella kivun vaikutuksen alaisena potilaita.

Tekijät ovat yhdistäneet tiedon hoitotiedeteoreetikon Katie Erikssonin teoriaan mikä käsittelee kärsimystä ja käyttäneet kirjailijan työ ”Den lidande människan” (1994) teoreettisena lähtökohtana opinnäytetyössä. Teoriaosassa käytetään kirjallisuutta mikä käsittelee ainetta ja tieteellistä kirjallisuutta mikä on esitetty lyhyesti resumeartikkeleissa. Opinnäyte on analysoitu laadullisella sisältöanalyysillä.

Tulosselvityksessä tulee esille kuinka tärkeätä se on että hoitajalla on riittävää tietoa haavanhoidoista ja kuinka hän kohtelee potilaan tunneperäistä tarvetta. Tämä selvitetään otsikoiden alla, jotka käsittelevät haastetta kipuhoidossa, hoitajan hoitotietoa, potilaan kipukokemus kroonisissa haavoissa sekä kuinka potilaan elämäntapavalinta vaikuttaa kipuhoidossa. Tulos valaistaa kuinka tärkeä se on että hoitajalla on riittävää tietoa toimivassa hoitosuhteessa ja millä tavalla sitä saavutetaan parhaimmalla tavalla.

---

Kieli: Ruotsi

Avainsanat: haavankipu, krooninen haava, potilaan kokemukset

---

## **BACHELOR'S THESIS**

Author: Ronja Wiik & Anna-Karin Åkers  
Education and place: Nurse, Vaasa  
Supervisor: Anna-Lena Nieminen

Title: Patients pain experiences related to chronic wounds. Literature study

---

Date: October 2014

Number of pages: 39

Appendices: 2

---

### **Abstract**

The purpose of this thesis is that through literature studies highlight and give an overview of the experience of pain in patients with chronic wounds and to give scientific information on how to help and respond to patients who suffer of wound pain. In the theoretical background the respondents have chosen to focus on both the pain and the wounds physiological aspects. In addition, the respondents have chosen to illustrate how nurses can relieve pain and treat affected patients.

Respondents have related the information to theory of suffering by caretheorist Katie Erikson, and used the author's work "Den lidande människan" (1994) as a theoretical basis for the thesis. The theoretical part consists of literature relating to the topic and the scientific literature has been summarized in a brief article. The thesis has been analyzed using a qualitative content analysis.

The performance report reveals how important it is for nurses to possess plenty of knowledge regarding both wound care and how to deal with the emotional needs of the patient. This is illustrated by headlines regarding challenges in pain care, nurse's care skills and patient experience of pain in chronic wounds, as well as consequences of the patient's lifestyle choices in pain management. The result highlights the importance of a functioning health care relationship and how it is best achieved.

---

Language: Swedish

Keyword: wound pain, chronic wound patient experiences

---

# Innehållsförteckning

Introduktion .....	1
1. Syfte och frågeställningar .....	2
2. Teoretiska utgångspunkter. ....	2
2.1. Lidandet i vården .....	2
3. Teoretisk bakgrund .....	3
3.1. Hudens uppbyggnad.....	3
3.2. Allmänt om smärta .....	5
3.3. Skillnaden mellan kroniska och akuta sår.....	5
3.4. Sårläkningsprocessens olika stadier .....	6
3.4.1. Inflammationsfasen .....	7
3.4.2. Nybildningsfasen .....	7
3.4.3. Mognadsfasen .....	8
3.5. Smärta och sårläkningsprocessen .....	8
3.6. Smärta vid infektioner.....	9
3.7. Smärtans påverkan på patienten fysiskt och psykiskt .....	10
3.7.1 Näringen och sömnens påverkan .....	13
3.8. Sårbehandlingar och smärta .....	14
3.9 Smärtbedömning.....	15
3.10 Smärtlindringsmetoder.....	18
4. Metod.....	22
4.1 Litteraturstudie.....	22
4.2 Undersökningsmaterial .....	23
4.3 Innehållsanalys .....	23
4.4 Resumé .....	24
5. Resultat.....	25
5.1 Smärtvården en utmaning för sjukskötaren .....	25
5.2 Sjukskötarens vårdkunskap angående sårsmärtan .....	27
5.3. Smärt upplevelser hos patienter med kroniska sår .....	29
5.4. Följder av patientens livsstilsval inom smärtbehandling.....	31
6. Tolkning av resultat.....	32

6.1 Kunskapens och utbildningens följder .....	32
6.2. Vårdandet av det emotionella .....	34
6.3 Utmaningar inom smärtvården .....	35
7. Kritisk granskning .....	36
7.1 Kvalitetssäkring och tillförlitlighet.....	36
7.2 Struktur.....	37
7.3. Heuristiskt värde .....	37
8. Diskussion.....	38

## Källförteckning

## Bilagor

Bilaga 1 Förslag till smärtjournal

Bilaga 2 Artikel resumé

## Introduktion

Det är sjukskötarens uppgift att identifiera de olika faktorer som kan påverka patientens smärtupplevelser och olika smärtuttryck. Sjuksköterskor kan även ha ett stort inflytande på läkaren när det gäller deras ställningstagande till vilket analgetikum som ska ordinerats till patienten. Sjuksköterskor har även en stor uppgift i att förebygga och behandla olika läkemedelsbiverkningar. (Hawthorn 1999 s. 18-19).

Orsaken till att vi har valt att skriva om patientens smärtupplevelser vid vård av kroniska sår är att vi upplever det som ett väldigt intressant ämne och som är rätt så vanligt i vården och gäller både äldre och yngre patienter. Sår relaterad smärta är ett vanligt problem för patienter med sår och studier har visat att det har en negativ effekt på patientens liv.

Sårrelaterad smärta påverkar det fysiska, psykiska och sociala välbefinnandet hos patienten. Smärtan begränsar även patientens fysiska aktivitet, sociala kontakten med andra och den kan även leda till ångest och depression. Smärtan kan orsakas av själva såret (neuropatisk smärta), men smärtan kan även förekomma till exempel vid sårbehandling. (Day 2013, s. 269).

Med arbetet vill respondenterna väcka tankar och ge information om patientens smärtupplevelser och även få sjuksköterskor att få en större förståelse för patientens smärta och hur den påverkar människans liv.

## 1. Syfte och frågeställningar

Med arbetet vill respondenterna ge vetenskaplig information över hur man kan hjälpa och bemöta patienter som lider av smärta vid kroniska sår.

Att behandla patienter med kroniska sår är en utmaning som inte bara ställer höga krav på teknisk skicklighet utan även på kunskap inom sårläkningsprocessen. Sårvården ställer även krav på hurudan omvårdnad vi ska ge patienten för att uppnå optimal sårvård, sårhäkning och minska på lidandet. (Lindholm 2012 s. 427).

I arbetet är respondenternas huvudsakliga syfte att ta reda på patienters upplevelser vid kroniska sår. De frågeställningar som huvudsakligen har fokuserats på är:

1. Hur reagerar patienten på sårsmärta?
2. Hur kan sjuksköterskan bedöma och lindra sårsmärta vid vården av kroniska sår?

## 2. Teoretiska utgångspunkter.

Detta examensarbete utgår från vårdteoretikern Katie Erikssons teori gällande lidande och smärta. Denna vårdteoretiker fäster stor vikt vid lidande och smärta i hennes vårdteori och med det som grund sammankopplas hennes teori med den senaste forskningen gällande smärtupplevelser för patienter med kroniska sår.

### 2.1. Lidandet i vården

Katie Eriksson tar upp i sitt verk Den lidande människan (1994) att sjukdomslidande är det lidande som upplevs av patienten i relation till sjukdom och dess behandling. Ren kroppslig smärta är något vi människor i många århundranden varit medvetna om att uppstår vid vård av sjukdom. Den kroppsliga smärtan tar stort fokus och människans hela uppmärksamhet dras därför lätt till det område smärtan upplevs på och gör det därför svårt för människan att fokusera på att bemästra smärtan och lidandet. Det är därför viktigt att försöka



reducera smärtan, eftersom kroppslig smärta kan vara outhärdlig och leda till att patienten drivs till andlig eller själslig död. Även skam och förnedring är något som förekommer hos patienter som upplever kroppslig smärta (Eriksson 1994, s. 82-85).

I Erikssons teori gällande smärta och lidande tar hon även fasta på hur smärta kan bli ett livslidande och beröra hela människans livssituation. Det liv patienten vant sig vid kan ändras, och patienten måste i viss utsträckning vänja sig vid en annan sorts vardag eller avstå från sociala uppdrag på grund av den nya situationen. Det kan därför hända i samband med den nya situationen att patienten känner att han eller hon vill ge upp. I situationer som dessa kan det vara svårt som vårdare att veta hur man ska handla, men det är viktigt att komma ihåg att försöka lindra det aktuella och onödiga lidandet efter bästa förmåga. Detta kan man göra genom att skapa en vårdkultur där patienten känner sig välkommen, omhändertagen och respekterad. (Eriksson 1994, s. 93-95).

### **3. Teoretisk bakgrund**

Respondenterna har som teoretisk bakgrund valt att tydliggöra vad smärta är och hur den påverkar patienten med ett kroniskt sår. För att förstå sårhelingsprocessen samt sårsmärta bör man ha förståelse för hur kroppen fungerar när det kommer till sår och smärta.

Respondenterna har valt att fokusera stor del av bakgrunden till att redogöra hudens uppbyggnad, de fysiologiska aspekterna samt klargöra de olika delarna av sårhelingsprocessen. Förutom dessa har det också valts att lägga fokus på hur en smärtbedömning sker och vilka smärtlindringsmetoder som kan tillämpas.

#### **3.1. Hudens uppbyggnad**

Huden eller cutis är kroppens största organ och den utgör ca.10 % av vår totala kroppsvikt. Varje dag utsätts huden för fysiska och mekaniska angrepp, vilka kan även leda till permanenta konsekvenser. Huden är uppbyggd i tre huvudsakliga

lager vilka är epidermis (överhuden) dermis (läderhuden) och subcutis (underhuden). Alla tre lager utgör olika typer av vävnader som har olika funktioner och uppgifter. (Hess 2013 s. 2-3).

Den yttersta delen av huden, epidermis, består av epidermiska celler som helt och hållet byts ut under 4- 6 veckors tid. Hudlagret fungerar som en skyddsbarriär som skyddar kroppen från omgivningen och från mikroorganismer och har även som funktion att sköta hydrationsen. (Hess 2013 s. 3-5). Eftersom överhuden inte innehåller några blodkärl sker nybildningen av hud så att epitelcellerna i det övre hudlagrets basalmembran mognar, för att sedan långsamt fara uppåt mot ytan för att slutligen avstötas. Varje dag byter huden ut sina hudceller, speciellt där huden är som tjockast, som t.ex. på handflator och på fotsulor. ( Anttila 2007 s. 351).

Dermis är ett hudlager på 1-4 mm och är ett tätt lager av bindvävnad som består i största delen av kollagen. I dermis finns även ett tätt kapillärnät och rikligt med nervändar. I den här delen av huden finns även hudens organ såsom svettkörtlar, talgkörtlar, hårsäckar mm. (Anttila 2007 s. 352-353).

Under dermis kommer hudlagret subcutis, som består av fettvävnad och bindvävnad. Hudlagret är väldigt beroende av människans näringsintag och nutritionstillstånd och även människans hormontillstånd kan påverka hudlagret. I det här hudlagret ligger även artärer och vener som sørjer för att huden ska må bra. (Anttila 2007 s. 353).

Huden har många olika funktioner, den håller samman kroppens olika vävnader. Den skyddar oss mot uv- ljus, den skyddar kroppen mot olika mikroorganismer, men även från infektioner och vätskeförluster. Huden spelar också en stor roll i metabolismen. (Anttila 2007 s. 353). Med hjälp av huden har vi även förmågan att kunna uttrycka oss och har även en stor roll när vi ska uttrycka oss med kroppsspråket. Huden utgör även en viktig roll för vårt immunsystem i hudens epidermiska och dermiska lager finns olika typer på immunceller I huden finns även nervändor som ger oss förmågan att känna smärta, tryck, hetta och kyla. Hudens uppgift är även att reglera kroppstemperaturen genom vasodilation, svettning och har även en stor uppgift att göra sig av med slaggämnen ur kroppen såsom elektrolyter och vatten. (Hess 2013 s. 3-5).

### **3.2. Allmänt om smärta**

Smärta är kroppens varningssignal när något inte är som det ska. Smärtan skyddar oss från allvarliga skador som alla människor upplever individuellt. En del personer har en hög smärttröskel medan andra har en lägre. (Imborn 2011 s. 176).

Vävnadsskador aktiverar de nervändor som heter nociceptorer och det är de som förmedlar vidare smärtsignalerna. Det finns olika typer på sårsmärta, exempel på dessa är nociceptiv smärta och neuropatisk smärta. Nociceptiv smärta brukar ge symptom som gnagande, molande, brännande smärta, denna typ av smärta är ofta belägen i själva sårområdet. Neuropatisk smärta däremot kan ge symptom som brännande och skärande smärta och den här typen på smärta beror på nervskada. (Lindholm 2012, s. 346- 347).

Tidigare har man trott att exempelvis venösa bensår inte har varit smärtsamma, men forskning som gjorts under de senaste åren har visat att upp till 91 % av patienterna med venösa bensår lider tidvis eller hela tiden av smärta. Forskning har även visat att problemet med sårsmärta är kraftigt underskattat. Smärtsamma sår läker sämre, det här kan delvis förklaras med att olika stresshormoner påverkar kapillärerna i området runt såret och gör att de drar ihop sig vilket leder till att syre- och näringstillförseln till sårområdet hämmas. Smärta i sin tur leder till att patienten känner sig nedstämd och trött vilket kan leda till att patienten börjar röra på sig mindre samt får en försämrad aptit. Den nedsatta syretransporten till sårområdet ökar även infektionsrisken. Orolighet över att såret inte ska läka har även kunnat leda till ökad smärtupplevelse. I flera fall förmedlar inte patienterna sin smärtupplevelse för på grund av att de är rädda för att en amputation ska bli aktuellt. (Lindholm 2012, s. 350).

### **3.3. Skillnaden mellan kroniska och akuta sår**

Att ha ett sår belastar och begränsar människans vardag, oberoende om det handlar om ett akut sår, ett kroniskt sår eller ett operationssår. Svårsläkta sår som begränsar människans vardag kan bl.a. orsakas av maligna tumörer, diabetes och tryck. (Vårdhandboken 2013).

Det är inte ovanligt med sår och sårbehandling, vilka anses vara de vanligaste vårdåtgärderna idag bland vårdpersonal. Det är viktigt vid bedömning och planering av sårvård att utgå från varje enskilt sår samt se sammanhanget mellan individ – sår – omgivning, för att kunna ge den optimala vården för varje enskilt sår. (Vårdhandboken 2013).

Det finns olika definitioner gällande sår. Det finns vulnus, som är ett primärläkande sår, vilket till exempel kan ett operationssår eller traumatiskt sår. Vulnus såren är utan vävnadsdefekt eftersom sårkanterna vid behandling läggs här emot varandra och sutureras. (Vårdhandboken 2013). Ulcus är den andra definitionen och ett så kallat sekundärläkande sår. Hit hör bensår och trycksår som båda är vävnadsdefekter som vid behandling måste utfyllas för att såret ska kunna läka ihop optimalt. (Vårdhandboken 2013).

De kroniska såren är svårläkta och långsamt läkande på grund av biologiska eller fysiologiska orsaker. Det är viktigt att kroniska sår upptäcks och behandlas i tid. Såren kan t.ex. gälla bensår på grund av ven problem, fot sår hos diabetiker, liggsår eller infekterade sår och alla dessa samtliga kan leda till allvarliga komplikationer. (Kci- medical 2013).

Ett viktigt mål i sårbehandlingen är givetvis att undvika infektioner och få såret att läka. Men förutom själva läkandet är det viktigt att minimera lindandet och underlätta det vardagliga livet hos patienten, till exempel genom att minska sårsektion, smärta och luktproblematik som kan uppstå. (Vårdhandboken 2013).

### **3.4. Sårläkningsprocessens olika stadier**

Sårläkningsprocessen är en komplicerad process. Processen brukar delas in i tre olika stadier: Inflammationsfasen, nybildningsfasen och mognadsfasen. (Hess 2013 s.10). Även om de tre sårläkningsfaserna inte är klart åtskilda från varandra kan de användas som förklaringsmodell och hjälpa att förstå hur läkningsprocessen går till. (Lindholm 2012. 32). Sårläkningsprocessen påbörjas direkt efter att hudskadan har skett. Kroniska sår har en längre läkningsprocess och såren har ofta förmågan att stanna i inflammationsfasen. (Hess 2013 s. 10).

### **3.4.1. Inflammationsfasen**

Inflammationsfasen som även kallas för rengöringsfasen påbörjas direkt efter att hudskadan har skett och då det sker en blödning. Fasen varar i normala fall i 4 till 6 dagar, men eftersom kroniska sår läker långsammare än akuta sår förlängs denna fas och kan ibland stanna i fasen under största delen av sårhelingsförloppet. (Hess 2013 s.10). Orsaken till varför kroniska sår hålls längre i inflammationsstadiet kan bero på massor av olika orsaker. Det kan t.ex. bero på stora mängder vävnadsvätska som kommer från såret, nekrotisk eller försämrad hudvävnad eller hög andel bakterier. (Moffatt 2007 s.183).

Den här fasens namn kommer från att kroppen skickar olika typer celler till det skadade hudområdet. Många av de här cellerna är inflammationsceller såsom leukocyter och macrofager. Blödning som kan ske vid en hudskada tar hemostasen hand om, genom att bilda koagel som består av fibrin och trombocyter. Deras syfte är att stoppa blödningen och skydda från att ytterligare mikrober kommer in i kroppen via såret, samt har även i uppgift att förhindra vätskeförlust. (Hess 2013 s.10).

Makrofagerna har ytterligare till uppgift att förstöra mikrober som kommer i kontakt med såret samt rengöra genom att ersätta sig med leukocyternas bakterier och stimulera att inflammationen uppstår. (Hess 2013 s.10) Inflammationsfasen pågår ända tills hudskadan är rengjord från mikrober. (Lindholm 2012 s.33-38).

Kännetecken på inflammationsfasen är svullnad, värme, rodnad och smärta. Svullnaden beror på att vätska tränger ut från kapillärerna och vätskan lägger sig utanför blodkärlen. Värmskillnaden beror däremot på värmen som frigörs i samband med de metabola processerna som uppstår när ett sår bildats. Rodnaden uppstår när blodkärlen vidgas lokalt när en stor mängd blod strömmar till området. Smärtan beror på att vävnadsvätskan trycker emot nervändor som finns i området. (Lindholm 2012 s. 33-38).

### **3.4.2. Nybildningsfasen**

Nybildningsfasen är även kallad proliferationsfasen, fasen varar vanligtvis i flera veckor. Under den här tiden nybildas vävnad som gått förlorad eller skadats.

Blodkärlen som skadats nybildas och byggs upp igen och sårets yta täcks med epitelceller. (Lindholm 2012 s. 38-42).

En kort tid efter att skadan har skett uppstår det fibroblaster i såret som behövs vid reparationsprocessen. Under den här fasen bildar fibroblasterna t.ex. ämnet kollagen som är ett vävnadsprotein som behövs för sårets draghållfasthet. (Lindholm 2012 s. 38-42). I vanliga fall (vid akuta sår) börjar såret dra ihop sig efter femte dagen efter olyckan, men vid kroniska sår kan den här fasen först komma efter månader eller år. I slutet av fasen ses såret endast som ett ärr på huden. (Hess 2013 s. 10-11).

### **3.4.3. Mognadsfasen**

Denna fas startar i normala fall 1-3 veckor efter att skadan och såret har uppstått, och kan vara upp till flera år. Den här fasen innebär att det sker en mognad av de processer som påbörjats i inflammationsfasen, speciellt fibroblasternas arbete. Kollagen som är byggmaterialet till de bindvävsceller som bildas under nybildningsfasen bildas nu till buntar som i ett senare skede utvecklas till fibrer som skapar en hållfasthet i den nybildade vävnaden. I normala fall så är hållfastheten efter fyra veckor cirka 70 %. När såret är läkt så är huden skörare och det läkta såret når endast en maximal hållfasthet på 80%. (Lindholm 2012 s. 42).

## **3.5. Smärta och sårhelingsprocessen**

Smärta är en stressande situation för patienten. Sårrelaterad smärta kan inverka och förlänga sårhelingsprocessen på olika sätt. Smärta kan t.ex. leda till att glucokortikoider utsöndras i kroppen, vilka kan minska på den inflammatoriska responsen, fasen som är viktig inom sårhelingsprocessen. Smärtan kan även försena kollagen syntesen som är viktig och behövs för sårhelningen. Smärtan kan även orsaka att blodkärlen kontraherar (drar i hop sig) vilket gör att syrehalten till sårområdet minskar. Smärtan kan även påverka patienten psykiskt. (Coutts 2008 s. 42).

För att ett sår ska kunna läka måste läknings hämmande faktorer hittas och avlägsnas. För det första måste man hitta den egentliga orsaken till varför sårläkningen är förlängd. (Lindholm 2012 s. 319). Det finns många olika faktorer som kan påverka läkningsprocessen, vilket gör att man inte kan lägga upp en generell prognos på när såret kommer att vara läkt. Alla sår är olika och läkningsprocessens varaktighet är väldigt varierande från sår till sår. (Vårdhandboken 2013).

Man ska komma ihåg att patienter med sår och smärta kan uppleva smärta på grund av själva såret men även av bakomliggande orsaker som t.ex. en kronisk sjukdom. Man ska även komma ihåg att smärta kan uppstå vid olika moment i sårvården, t.ex. vid lokal sårbehandling och förbandsbyte eller vid andra olika moment och tidsperioder under dygnet. (Nielsen 2010 s. 52).

Det är viktigt att informera patienten och ge en grundkunskap över orsaker till sårets uppkomst, fysiologi och om vilka faktorer som kan påverka läkningsprocessen. När patienten sedan förstår helheten blir det lättare att kunna följa en föreslagen behandling. (Vårdhandboken 2013).

### **3.6. Smärta vid infektioner**

Kroniska sår har ofta en gul smetig beläggning i sig, det här tolkas lätt som en infektion men stämmer inte alltid. Den gula beläggningen som finns i såret består av ämnet fibrin, vita blodkroppar och även andra avstötta celler. Man ska komma ihåg att den gula beläggningen i såret inte är samma sak som var, som är tecken på infektion. Tecken på infektion kan t.ex. vara illaluktande sekret från såret, men även smärta som inte upplevts tidigare i såret kan vara ett tecken på infektion. (Lindholm 2003, s. 175-178).

De flesta sår infekteras inte, eftersom kroppens immunförsvar ofta gör så att de vanliga sårbakterierna oskadliggörs. Risken för infektioner är ofta störst hos patienter som har brännskadesår. Det har påvisats att om huden är över 40 % skadad, infekteras såren nästan alltid under den andra behandlingsveckan. Förhöjda värden av leukocyter och CRP tyder på infektion. Misstanke om infektion väcks senast efter att såret börjat avge ett tjockt illaluktande sekret.

Infektionsrisken i ett sår påverkas av sårets djup, mängden död hud i eller runt såret, främmande föremål i såret och även av kontaminering t.ex. av sand, jord eller även av smutsiga föremål. En sårinfektion kan vara antingen ytlig, vilket gör att infektionen är begränsad till den övre delen av huden (dermis), samt kan gå ner till de understa delarna av hudlagren (subcutis), eller så kan infektionen vara djup vilket gör att infektionen går ända ner till fascian eller muskeln. (Anttila 2007, s. 371- 372).

Om patienten visar tecken på infektion är det viktigt att ta reda på vad för sorts infektion det är frågan om, vilket görs genom att ta en bakterieodling från såret. Efter bakterieodlingen då man vet vad det rör sig om för infektion eller bakterie kan det eventuellt påbörjas en antibiotikabehandling. (Lindholm 2003 s. 175-178).

I en studie där syftet var att undersöka naturen på smärta och ändringar i smärtnaturen vid infektioner visade det sig att det finns en tydlig relation mellan sårinfektion och uppkomsten av smärta. Studien visade att klara tecken på infektion som hade med smärta att göra var: En klar ökning av smärta i sårområdet, oväntad smärta kring sårområdet, eller uppkomst av smärta i ett tidigare smärtfritt sår. I studien kunde man däremot inte klarlägga varför smärta uppstår vid en sårinfektion. Studien visade även att patienter med infekterade sår upplever oftast mera sårsmärta än patienter med icke- infekterade sår. I studien tog man också upp om förband och frågade om experterna ansåg att sårförbandsbyte orsakade smärta och om det fanns en skillnad på smärta vid förbandsbyte med olika typer på förband. Experterna ansåg i studien att typen och materialet på förbandet hade en stor inverkan på smärtnivån, material som gasväv och tyll ansåg experterna hade en inverkan på att smärtnivån vid förbandsbyte kunde vara högre. (Cutting 2012, 81-83).

### **3.7. Smärtans påverkan på patienten fysiskt och psykiskt**

All smärta upplevs olika av patienter och påverkar i olika grad patienten. Det är viktigt att därför vara medveten om att smärta är en subjektiv upplevelse och kan lätt hamna i skuggan av det dramatiska signalerande såret. Som vårdare är det



viktigt att lyssna på patienten och respondera på den smärta patienten uttrycker. (Lindholm 2003, s. 185).

Man kan konstatera att smärta har negativa effekter på patienten och dess sårhelingsprocess, eftersom inflammationer och vävnadsskador ökar känsligheten i de nerver som förmedlar smärtsignaler. Som vårdare är det därför viktigt att besitta kunskap om smärtans fysiologi och vara lyhörd för patientens signaler, eftersom sjuksköterskan är en nyckelroll i patientens smärtbehandling och sårvård. (Lindholm 2003, s. 185). Den psykosociala situationen kan också ha en betydelse för sårhelningen. Brist på social kontakt och depression har visat sig kunna ge upphov till en förlängd sårhelingsprocess. (Vårdhandboken 2013).

Personer med bensår har visats ha begränsningar i sitt sociala nätverk. Det har framkommit att personer med bensår har mindre social kontakt i form av kontakter med anhöriga, vänner och grannar än de personer som inte har bensår. Det här tror man kan bero på att personer med bensår anser att såren luktar och att de tycker att de har svårt att röra sig. Det har även visat sig att personer med god kontakt med anhöriga har ett gott socialt liv och har en snabbare sårhelingsprocess. (Lindholm 2012, s. 337).

Sömnstörningar, oro, depression och smärta hör intimt tillsammans. Dessa har visat sig påverka immunförsvaret och kärnfunktionen genom neuroindokrin påverkan. Forskning har visat att det finns ett samband mellan depression och ångest och förlängd sårhelingsprocess. Olika sorts sårinfektioner kan ge patienten ångest och oro. Genom att man tidigt upptäcker psykosociala faktorer och försöker hitta lösningar på de problem som orsakar oro och ångest kan man möjliggöra så att sårhelningen förbättras. (Lindholm 2012, s. 337-338).

Patienter med trycksår upplever såren som allvarliga och som en onödig komplikation i vården. Trycksår kan även påverka hela personen både fysiskt och psykosocialt. Även anhöriga till patienter med trycksår anser att sårvården kan vara väldigt påfrestande, vilket i flera fall leder till att patienter som sköts inom hemsjukvården flyttas för vård på institution. Det är viktigt att komma ihåg att stöda även de anhöriga och förklara även för dem hur trycksår uppstår och sårens relation till patientens sjukdomsanamnes och medicinska tillstånd. Många patienter känner både ångest och oro när ett trycksår uppstår. Många oroar sig för

att såren ska bli värre eller för att såren ska utvecklas till cancer. Det finns fall där patienten måste inta obekväma ställningar för att såret ska kunna läka bättre. Även lukt och sårsekret kan ge patienter obehag. Sår lukter kan ibland göra att anhöriga tycker det är besvärligt att besöka patienten p.g.a. den obehagliga lukten. Det här kan leda till att patienten isoleras socialt. Patienter med trycksår kan även uppleva att de är fångslade och känner sig ofria i sin situation. (Lindholm 2012, s. 223).

Alla patienter borde bedömas med tanke på den psykosociala situationen. De faktorer som påverkar kan ha en stor betydelse för patientens sårvårdsbehandling. Det finns många olika faktorer som rekommenderas att ska finnas i en psykosocial bedömning, dit hör: Patientens mentala status, sociala stöd, psykologiska aspekter, övermedicinering, fysiska faktorer, alkohol-, eller drogmissbruk och eventuellt olika arbetsrelaterade faktorer. (Lindholm 2012, s. 225).

Smärtsamma sår läker sämre eftersom stresshormoner (katekolaminer) påverkar kapillärerna i sårets yta så att de i sin tur drar ihop sig, vilket leder till att syre samt näringstillförseln till området runt såret minskar. Minskning i syre och näringstillförsel ökar smärtan så att det påverkar sömnen negativt, om sömnen inte redan blivit lidande hos patienten. Minskning i syresättningen kan även resultera i vävnads hypoxi. På grund av syreminskningen till området kring såret är det viktigt att belysa smärtlindringen för att stresspåtaget skall lindras och därmed mobilisera djupandningen som i sin tur syresätter vävnaderna bättre igen. (Lindholm 2003, s. 185-186).

Smärtans intensitet går inte alltid att utredas helt eftersom en del patienter upplever en oro och skräck att föra fram smärtintensiteten till en sjukskötare, då rädslan för amputation är större än själva smärtan. (Lindholm 2003, s. 185).

Inflammation i vävnaden leder till ökad känslighet i vävnaden på grund av sänkt smärtröskel, så kallad hyperalgesi, som beror på den "inflammatoriska soppan" av makrofager, lymfocyter, histamin, serotonin, bradykinin, substans P, prostaglandiner och cytokiner som frigörs i den skadade vävnaden, var efter känsligheten ökar i olika fibrer som förmedlar signalen genom en ny "soppa" av kemiska mediatore, och vidare till hjärnan. (Lindholm 2003, s.186).

När det gäller svårläkta sår kan orsaken till smärtan och mekanismerna bakom vara delvis okända. För att uppnå en god smärtlindring måste även de psykosociala faktorerna beaktas. Så som smärtans karaktär, lokalisering och intensitet. Sårets smärta påverkar nämligen mera än enbart kroppen. Det sociala livet kan bli lidande och sårsmärta gör att patienten lätt känner sig trött och ledsen vilket resulterar i sämre aptit och hur patienten rör på sig. (Lindholm 2003, s. 185).

### **3.7.1 Näringen och sömnens påverkan**

Hos sjuka personer överlag är energi- och näringsbehovet förändrat. För sårvårdspatienter är det viktigt att de får i sig en fullständig och mångsidig kost. De flesta effekterna som malnutrition (undernäring) kan göra är att sårhelingsprocessen blir långsammare och då minskar även effekten av väl beprövade metoder och sårvårdsmaterial. Man ska komma ihåg att då kroppens förluster ökar som t.ex. när en patient har ett vätskande sår ökar även energibehovet. Dessutom är en större del av patienterna som utsätts av kroniska sår äldre, vilket i sig redan ökar risken för att bli undernärd. (Örebros landsting 2010).

De två huvudsakligt viktiga vitaminerna som en sårvårdspatient behöver är vitamin A och C. A-vitamin har betydelse för kroppens försvarsmekanismer och är därför viktig för immunförsvaret. Vitamin A behövs även för sekretproduktionen i slemhinnor, epitelvävnadens stabilitet och för att fibrinet ska bildas på sårytan vid sårhelningen. Vitamin A ökar även på ärrvävnadens styrka och hållbarhet. (Örebros landsting 2010).

Vitamin C däremot deltar i kollagenbildningen. (Örebros landsting 2010). Det har visat sig att tillskott av c-vitamin påverkar macrofagernas förmåga och rörlighet i cellodlingen, vilket visar att intag av extra c- vitamin vid sår är till sin fördel. Så kallat skört kollagen bildas i såret vid brist på c- vitamin, det här leder till bristningar och skörhet i blodkärlen och kan ge bristningar i själva såret vid läkningen. (Lindholm 2012, s. 331). Vitaminet har även en antiinflammatorisk effekt. Patienter med trycksår behöver extra tillskott av vitamin- c då det vid brist fördröjer sårhelningsprocessen. (Örebros landsting 2010).

De mineraler som är viktiga är speciellt zink och järn. Zink behövs för omsättningen av vitamin A och även för kollagennybildningen i sår. Zinkbrist förekommer vid protein- och energimalnutrition. Även brist på zink förlänger läkningsprocessen. Järn däremot behövs för syretransporten till såret och vid nybildningen av cellerna. Järnbrist ger dålig syresatt vävnad vilket ökar risken för att sår bildas. (Örebros landsting 2010).

Kolhydrater, fetter och proteiner är även viktiga delar som patienten behöver i sin kost. De är ämnen som behövs under hela sårbehandlingsprocessen. Vid sår som vätskar mycket finns risk för proteinläckage. Ett lågt intag av proteiner kan öka risken för trycksår. (Örebros landsting 2010).

Vila är kroppens naturliga reaktion på smärta, men vid vila syresätts vävnaderna dock sämre. Det är därför inte ovanligt att sömnproblem uppstår hos patienter med kroniska sår. (Lindholm 2003, s 193).

Det är viktigt att göra alla ansträngningar som går att göras för att underlätta för patienten att återgå till vanlig sömnrhythm, eftersom det påvisats att sömnproblem påverkar den normala dygnsrytmen. I vaket tillstånd sker ett tillstånd av katabolism då hormoner som katekolaminer och kortisol frigörs. Dessa i sin tur stimulerar en nedbrytning av vävnad för att skapa energi. Insöndringen av katabola hormoner minskar och kan upphöra under sömnen. Under sömnen sker istället ett tillstånd av anabolism med vävnadsreparation som initieras av hormoner som somatotropin, testosteron och prolaktin. Om denna rytm störs uppstår en kontinuerlig destruktiv process som kan leda till försämrade betingelserna för sårbehandlingen och läkningen försämras. (Lindholm 2003, s.192-194).

### **3.8. Sårbehandlingar och smärta**

Idag finns det en uppsjö med olika metoder inom sårvården och varje år kommer det flera olika material som lämpar sig för olika typer av sår på marknaden. Gemensamt för alla sårvårdsprodukter är att när det kommer till lokal sårbehandling gäller det att vara noga med rengöringen av såret, eftersom i bensår, trycksår osv. är kontamineringen av bakterier större och sårvården bör hållas så ren som möjligt. (Lindholm 2003, s. 195-202).

Gemensamma mål för lokal sårbehandling är att kunna ge snabb och kosmetisk acceptabel sårsläkning. Revidering bör ske kontinuerligt inom sårvården och det innebär att man rensar upp såret och avlägsnar nekrotisk vävnad och sekret. På detta sätt minskas småningom smärtan och patientens obehag för förbandsbytena. Smärta vid sårbehandlingar uppstår ofta p.g.a. att själva såret är infekterat eller så kallade sår-”komplikationer” uppstått, så som sekret i såret och lukt. Vid all revidering av sår bör patienten vara väl informerad och om smärta uppstår bör smärtlindring ske innan rengöringen. (Lindholm 2003, s. 201-212).

Det är inte ovanligt att det upplevs smärta vid såromläggning av kroniska sår. Smärtan orsakas av infektionen och inflammationen i såret då sårsekret, nekros, var samt lukt kan ha uppstått, men det gäller att försöka lindra smärtan. Utöver själva sårförbanden kan man lindra smärtan vid såromläggningen genom farmakologisk smärtbehandling., elektrisk nervstimulering via huden, men utöver ovan nämnda finns det även läkemedel som ger smärtstillande effekt lokalt.(Vårdhandboken 2013).

### **3.9 Smärtbedömning**

Vid smärta kontraheras musklerna och blodkärl i sårområdet, vilket gör att blodförsörjningen till sårområdet försämras. Sjukskötaren bör därför tillsammans med patienten ta reda på orsaken till smärtan, smärtgraden och smärttidpunkten så att en ordentlig målinriktad behandling kan utföras. (Nielsen 2010, s. 52). Genom att se, lyssna till och respektera den enskilda patienten och genom att skapa en känsla av gemensamt ansvarstagande för behandlingens resultat, ökar även möjligheterna till ett bättre resultat. (Lindholm 2012, s. 431- 432). Sårrelaterad smärta kan orsaka minskad kvalitet för patientens liv. Kronisk smärta är en långvarig smärta som påverkar även patientens välmående. (Rodén 2009, s. 53-56).

För att man ska kunna behandla patientens smärta måste man först bedöma den. (Day 2013, s.269-274). Smärtbedömning behövs för att man ska kunna ge patienten en ordentlig behandling. Det är vanligt att skattningar av smärtintensiteten skiljer sig mellan olika patienter och även beroende på vem i

vårdpersonalen som utför smärtbedömningen. Olika faktorer hos vårdaren kan påverka bedömningen av smärtintensiteten hos patienten, vilka kan vara beroende på vårdarens kliniska erfarenhet, kulturella ursprung och även personligheten kan påverka bedömningens resultat. Även patientens ålder, kulturella ursprung och hur patienten uttrycker smärta kan påverka bedömningen av smärtan. (Jakobsson 2007 s. 57).

Den stora frågan är ofta, att hur ska smärtan utvärderas? Man ska komma ihåg att smärtan är subjektiv, att när en person säger att han eller hon har smärta, betyder det även att personen har smärta fast det inte passar ihop med det kliniska tillståndet. Med tanke på detta är patienternas rapport om smärtan den viktigaste när det gäller utvärderingen av smärtan. (Woo 2008, s. 147). Bedömningen av sårsmärta borde alltid börjas med tre enkla principer som utvärdering av den grundläggande orsaken till såret, följd av att utvärdera orsaken av sårsmärtan och avsluta utvärderingen med en optimal behandling av smärtan. (Coutts 2008, s. 45).

Det finns olika sätt att bedöma och mäta smärtintensiteten, bland annat genom att använda sig av olika smärtskattningsskalor och olika smärtinstrument. (Jakobsson 2007, s. 57- 59). Visuellt analog skala (VAS), numerisk rangskala (NRS), Verbalt deskriptiva skalor (VDS) och Bieris ansiktsskala är exempel på olika skalor som kan användas vid bedömning av smärtan. (Nielsen 2010, s. 34-35).

Ett stort problem inom den moderna medicinen är den kontinuerliga, ordentligt utförda bedömningen samt behandlingen av smärta. Patienter med smärta vid kroniska sår har alla en individualiserad upplevelse av smärtan. Bedömningen av smärta borde innehålla delar såsom: Patientens rapportering av smärtan borde fås i både siffror och i en beskrivning med ord, lokaliseringen, intensiteten och varaktigheten av smärtan borde fås fram, men även patientens kvalitet på livet samt rätta analgetiska preparat borde tas upp i fråga. (Rodén 2009, s. 53).

De olika smärtskalorna finns för att hjälpa patienter att identifiera och beskriva smärtans lokalisering, intensitet, och varaktigheten av smärtan. Den visuella analogiska skalan (VAS) använder en numerisk skala med en skala från noll till tio, var noll betyder ingen smärta och tio betyder värsta tänkbara smärtan. VAS är lätt att använda, men den ger ingen beskrivning på själva naturen av smärtan. Därför

ska man även använda sig av andra metoder för att få så mycket viktig information om smärtan som möjligt. (Roden 2009, s.53).

Den verbala deskriptiva skalan (VDS) innehåller en lista på olika beskrivningar som hjälper patienten att kunna beskriva smärtintensiteten. Ord som vanligen används i skalan är ingen smärta, medelsvår smärta, svår smärta och outhärdlig smärta. Den här skalan är lätt att förstå, men skalan saknar den exakta rankningen av smärta från noll till tio och kan även kännas konfunderande för patienten som kanske tidigare har använt sig av VAS när han eller hon velat uttrycka sig om sin smärta. (Roden 2009, s.53).

De här båda skalorna kan ge viktig och användbar information om patientens smärta. Bedömning av smärtan behöver fortsätta och användas vid olika tidpunkter för att se hur smärtintensiteten ändras, men även för att kunna se hur smärtintensiteten ändras under dygnet. (Roden 2009, s.53). VAS skalan är lätt att ha med sig som vårdare, det går snabbt att bedöma patientens smärta och det är även relativt lätt för patienten att förstå smärtskalan och förstå hur den fungerar. (Jakobsson 2007, s. 57-59). Många äldre kan ha svårt att förstå den så kallade visuella analogskalan (VAS), men om den kan användas kan den ge en mycket viktig information om patientens smärtintensitet. Med smärtskalorna är det viktigt att man använder sig av rätt skala med rätt patient så att patienten förstår hur skalan fungerar. (Lindholm 2012 s. 350-351).

Bedömningen av sårsmärtan borde även innehålla bedömning av hur sårsmärtan påverkar kvaliteten på patientens liv. Bedömningen av sårsmärta borde vara en pågående process så att man kan bedöma förändringarna i smärtan och på samma gång göra förändringar i smärtmedicineringen. (Day 2013, s.269-274). All smärtbedömning borde noggrant dokumenteras för att underlätta så att kontinuerlig smärtbedömning kan genomföras. Tyvärr finns det i de flesta vårdinstitutioner idag bristfälliga dokumenteringar angående smärtbedömning. (Woo 2008, s.147). Det finns flera olika exempel på smärtjournaler där man kan skriva upp och bedöma patientens smärta, skriva upp vilka analgetika som används och hur smärtbehandlingen har resulterats. (Se bilaga 1). (Lindholm 2012 s. 350- 352).

Patienterna bör uppmanas att tala om sin smärta och beskriva den med egna ord. Tydliga mål för smärtbehandling ska finnas för alla som behandlar patienter med sårsmärta. Förutom frågor som handlar om själva smärtans intensitet kan man ställa frågor såsom: När uppstod smärtan? Var är smärtan belägen? Hur är smärtmönstret under dygnet? Finns det skillnader i smärtintensiteten eller smärtans uppkomst vid vila, rörelse och/eller låg- högläge av sårområdet? Finns det nattliga smärtor? Störs nattsömnen? Vilka smärtlindringsmetoder har effekt? Hur påverkar smärtan ditt dagliga liv? Hur hanterar du din smärta mm. (Lindholm 2012 s 350-352). Bedömning av smärta måste få ta tid för att smärtan har en så stor inverkan på patientens livskvalitet och även på sårhäkningen. Man ska även komma ihåg att alla människor har olika förmågor till att hantera smärtan. (Lindholm 2012 s. 350- 352).

### **3.10 Smärtlindringsmetoder**

Vårdare som vårdar patienter med kroniska sår är medvetna om att smärtan är ett stort problem i omvårdnaden, men ändå talas det för lite om den bland både patienter och vårdare. Det finns många utmaningar för anställda inom vården, för att kunna nå en optimal smärtvård för patienten. Under det senaste årtiondet har forskning visat att smärta är ett problem hos 60- 80% av fallen där patienter lider av kroniska sår. Smärtvård har ansetts vara den högsta vårdprioriteten för patienter med kroniska sår. (Coutts 2008, s. 42).

Den farmakologiska behandlingen av sårrelaterad smärta baserar sig på Världshälsoorganisationens (WHO) tre stegs smärtlindrings trappa som är egentligen gjord för cancer smärtlindring men som används inom behandlingen av sårrelaterad smärta. (Roden 2009 s 58). Trappan är uppbyggd i tre olika steg, på det första trappsteget finns de icke opioid preparat såsom aspirin, NSAID- preparat samt paracetamol preparat. De här preparaten ska användas vid milda symptom av smärta. På det andra trappsteget finns svaga opiater såsom olika kodein preparat, de här preparaten ska användas vid medelsvår smärta medan preparaten på tredje steget som är opiater såsom olika morfin preparat, ska användas vid svår eller outhärdlig smärta. (Woo 2008, s. 152).



Inom analgetiska preparat finns det massor av olika produkter som kan användas vid smärta, de sträcker sig från enkla analgetika såsom paracetamol och NSAID-preparat till olika opiater i olika format. De här olika läkemedlen spelar en stor roll när det gäller behandling av sårrelaterad smärta. Det rekommenderas att den sort av analgetika som används borde ha en snabbverkande effekt och ge så lite biverkningar som möjligt. (Hollinworth 2005, s. 72).



Bild 1. Världshälsoorganisationens (WHO:s) tre-stegs smärtlindrings trappa.

Det är även bevisat att multilärt farmakologisk behandling är bättre än att patienten endast behandlas med ett smärtlindrande läkemedel. Man ska komma ihåg att olika analgetika har olika verkningsmekanismen. Det slutgiltiga beslutet över vilket analgetikum som ska ges till patienten borde bestämmas enligt patientens bakgrund och smärtintensitet. Analgetika borde alltid ges före sårvården utförs för att minska framkallningen av smärta. Till exempel så borde Paracetamol och NSAID preparat ges 1- 2 timmar före sårvården (per oralt), för att det är då preparaten har sin maximala effekt. (Hollinworth 2005, s.72). Morfin preparat däremot, som ges oralt borde ges åtminstone 30 minuter före sårvården. (Roden 2009, s. 60-62).

Paracetamol är kanske den mest säkra bas- smärtmedicineringen som ges vid nociceptiv smärta. Både Paracetamol och NSAID- läkemedel är analgetika som kan ges i samband med opiat behandling. (Coulling, 2007 s. 8).

Alla patienter borde få information över vilka biverkningar de smärtstillande läkemedlen som används kan åstadkomma. Opiater som används under en kortare period kan åstadkomma biverkningar såsom illamående, uppkastning, trötthet, och förstoppning. Opiater som används under en längre tid kan ge biverkande effekter såsom tolerans och beroendeframkallning. Patientens opiatbehandling ska observeras samt dokumenteras. (Coulling, 2007 s. 8).

När det gäller smärtvården borde man även som vårdare uppmuntra patienten att ta tillräcklig smärtlindring, så att patienten ska uppleva mindre smärta efter sårvården. (Hollinworth 2005, s.72). Användningen av smärtstillande och effektiviteten av den borde grundligt bli dokumenterad och följas med för att se till att patienten blir erbjuden den maximala lättnaden från sårsmärtan. (Day 2013, s. 269- 270). Svår smärta som kommer plötsligt åt patienten borde behandlas direkt med en högre variant av analgetika och som sedan kan trappas ner i takt med att smärtan lättar. Analgetika valet borde alltid väljas enligt den mest passande läkemedlet för just den enskilde patientens smärtnivå. (Coulling 2007, s.6).

I många fall kan skötaren se patienten tio minuter åt gången, vilket begränsar potentialen till att kunna bedöma patientens sårsmärta ordentligt, inte nog med det, i dagens läge arbetar många skötare halv- tid vilket gör att patienten inte ser skötaren kontinuerligt, samt gör att den viktiga kontinuiteten i vården förloras och sårsmärtbedömning utförs inte till fullo. (Day 2013, s. 269- 270).

Patienter med smärta kan använda sig av olika mekanismer för att kontrollera smärtan, som exempel: Kognitiva, affektiva och fysiologiska metoder. Smärtbehandlingsresultatet påverkas även av relationen mellan patienten och sjukskötaren, men även av relationen mellan patienten och hans eller hennes anhöriga. Det finns inte några exakta recept på standardiserade metoder för hur man kan nå ett bra resultat och en professionell smärtbehandling. För att en vårdare ska kunna ha en professionell relation mellan patient och vårdare kräver det vissa kompetenser som till exempel: Yrkeskunskap angående smärta, insikt i patientens liv, förmåga till empati, ödmjukhet och att ha förmågan att kommunicera

på ett professionellt sätt. Dessa egenskaper minskar risken för att patienten ska förlora tilliten till behandlingen och behandlingssamarbetet, risken för att patienten ska känna att han eller hon inte tas på allvar minskar och orealistiska förväntningar på behandlingen och de inblandade vårdarna minskar. (Nielsen 2010, s. 36-38).

Det är viktigt att man noterar vid sårvården patientens sårlokalisering, hur såret ser ut, tidigare smärterfarenhet, bristande smärt bedömning, har det hänt något trauma till såret, användning av kalla instrument vid sårvården och hur vårdarens teknik är, eftersom de här olika delarna även kan ha en stor roll inom hur patienten upplever smärtan. (Rodén 2009, s. 56-58).

När det gäller sårvården finns det evidens- baserade strategier för att minska på sårsmärta och minska på ökad risk för hudtrauma. Det har visat sig genom att man använder sig av uppvärmda vätskor och instrument kan man minska på obehag och även smärtan vid sårvården. Man kan även genom att skydda huden runt såret vid sårvården minska risken för att övrig hud skadas, och på samma gång minska att onödigt smärta uppstår. Man kan även använda sig av produkter som inte innehåller antiseptiska-, och konserveringsmedel för att minska risken för allergiska reaktioner hos patienten. Genom att använda sig av sårförband som inte fastnar i såret vid sårvården kan man även minska på smärta och minska risken för att mer hud skadas. Hud infektioner borde även identifieras snabbt och skötas så att inte såret förvärras. (Hollinworth 2005, s. 72-73). Bensår och fot sår kan smärt lindras med EMLA eller xylocaingel innan sårvården, om patienten upplever sårvården som smärtsam. (Lindholm 2012, s. 352- 353).

Det finns även olika behandlingar mot smärta utöver läkemedelsbehandling, ett exempel på dem är den så kallade TENS som är en transkutan elektrisk nervstimulering. Denna behandling kan även i vissa fall utföras i hemmet. Behandlingen anses vara speciellt effektiv vid behandling av nociceptiva smärtor. (Lindholm 2012, s. 354).

Genom att ta korta pauser under sårvården kan patienten återhämta sig innan sårvården fortsätter. Man borde även involvera patienten i vården som till exempel erbjuda patienten att själv få ta bort förbanden vid förbandsbyte. Även olika distraktioner är bra att använda sig av under sårvården. Det har även bevisats att

olika terapier under sårvården kan hjälpa mot smärtan, såsom musik och olika aromterapi. (Hollinworth 2005, s.72).

## **4. Metod**

Detta examensarbete är en kvalitativ litteraturstudie som är uppbyggd på olika dokument angående smärta, smärta hos patienten och smärta vid kroniska sår. Vid användning av kvalitativ design behöver respondenten vara flexibel och anpassningsbenägen och ha ett öppet förhållningssätt till forskningsområdet. (Henricson 2012, s. 132).

I detta kapitel förklaras det vad en litteraturstudie är och vad den innehåller. Även undersökningsmaterialet, innehållsanalysen och resumén presenteras och förklaras vad de är och varför de använts i arbetet.

### **4.1 Litteraturstudie**

Examensarbete är ett självständigt arbete där respondenten ska fördjupa sina kunskaper inom ett enskilt område och utveckla sina vetenskapliga förmågor. En litteraturstudie är en genomgång av litteratur inom ett område. Litteraturen ska vara vetenskaplig och framför allt i form av olika original artiklar publicerade i olika internationella tidskrifter. (Thorvald u.å.).

Litteraturgenomgången behöver inte vara heltäckande, men borde omfatta de mest centrala referenserna inom ämnet. Respondenten skall kunna redogöra för hur studien är uppbyggd i form av syfte/frågeställning, design, datainsamlingsmetod, resultat och slutsatser, samt försöka värdera studiernas kvalitet i form av att bidra till ny kunskap inom området. (Thorvald u.å.). Orsaken till varför respondenterna har valt att göra en kvalitativ litteraturstudie är för att metoden är passande för att få svar på de framförda frågeställningarna.

## 4.2 Undersökningsmaterial

Arbetet är en kvalitativ forskning med en datainsamlingsmetod bestående av olika böcker, vetenskapliga artiklar och tillförlitliga internet källor angående smärta.

En vetenskaplig artikel redovisar kunskap angående den senaste forskningen inom ett ämne. (Friberg 2006, s. 37). Varje vetenskapligt arbete ska vara sakligt beskrivande och väl strukturerat. Arbetets upplägg och använda metoder är hjälpmedel för att uppnå detta. Med sakligt avses att arbetet ska vara byggd på sanning och även vara tillförlitligt. (Ejvegård 2007, s. 17).

De vetenskapliga artiklarna är sökta inom ebsco's Academic Search Elite, Cinahl och Nelliportalen. Alla artiklarna som sökts har varit i fulltext. Sökorden som användes vid sökandet av artiklarna var: nurse, wound, treatment, chronic wound, patient, pain assessment, pain management, dressings, none healing leg ulcers och nurse- patient. Sökresultaten varierade beroende på vilka av sökorden som användes. Alla vetenskapliga artiklar som använts i arbetet besvarar respondenternas syfte och frågeställning. Respondenterna har satt tidsgränsen från 2007 och framåt, för att få arbetet att bli tidsmässigt tillförlitligt. Respondenterna har även eftersträvat att få den nyaste vetenskapliga informationen angående ämnet i arbetet.

Examensarbetet är ett beställningsarbete till Korsholms kommun, hemsjukvården/HVC/akuten. Respondenterna har fått fria händer angående innehållet inom ämnet smärta vid kroniska sår i arbetet.

## 4.3 Innehållsanalys

Innehållsanalys är en metod som hjälper forskaren att analysera innehållet i olika dokument. Genom att man gör en innehållsanalys kan man avslöja många gömda sidor av det som diskuteras i ett skrivet dokument. (Denscombe, 2010 s. 307-308). Kvalitativ innehållsanalys är den process som skapar ordning och reda och bygger upp en struktur i det insamlade materialet. Det är även i denna process som man tolkar det insamlade materialet. (Denscombe 2010, s. 387).

Den kvalitativa innehållsanalysen finns i olika utföranden. Den kan ha en induktiv eller deduktiv variant. Induktiv innebär att respondenten gör slutsatser och bygger resultatet på erfarenheter medan deduktiv betyder att man gör slutsatser från olika teorier. (Henricson 2012, s. 133). Respondenterna har i arbetet använt sig av den induktiva varianten. Denna variant på analys utgår från materialet, den kan beskrivas som en förenklande och grupperande av materialet som hittats och som kommer att användas. När respondenterna delar upp materialet i kategorier, sätter de ihop de saker ur det förenklade materialet som verkar höra ihop med varandra. (Berts 2009, s. 77- 78). Majoriteten av artiklarna som använts i detta arbete är kvalitativa, men även några kvantitativa artiklar har använts för att få ett bredare resultat angående ämnet. Det vetenskapliga materialet har varit på engelska förutom en artikel som var skriven på svenska. Genom en genomgång av abstraktet avgjorde valet av artiklarna.

#### **4.4 Resumé**

I detta arbete har respondenterna använt sig av en resumé för att ge läsaren en enkel och ordentlig översikt över vilka artiklar som använts i arbetet. Resumén ger en förklaring över innehållet och en överskådlig presentation av de artiklar som använts. I detta arbete hittas resumén som bilaga 2, där alla vetenskapliga artiklar som använts i arbetet presenteras.

I resumén tas det upp artiklarnas författare, året de är skrivna, artiklarnas titlar och deras syfte. Även metoden och resultatet som kommit fram i de olika artiklarna som använts presenteras kort. I resumén ska artiklarna förklaras kort och enkelt och beskrivas i sin helhet. Resumén ger även läsaren chansen att få ta ett beslut över vilka artiklar som vill läsas i sin helhet. (Forsberg 2013, s. 164-165).

## 5. Resultat

I arbetet har artiklar som går att anknyta till respondenternas frågeställningar använts. De olika kategorierna som växte fram under innehållsanalysen av artiklarna anses vara viktiga för att få en förståelse över varför vården av smärtpåverkade patienter ser ut som den gör.

De olika kategorierna som utformades var kategorier som handlar om varför vården av smärtpåverkade patienter ser ut som den gör idag, sjukskötarens kunskap och hur den påverkar patientens smärtvård, hur patienten upplever smärtor samt hur patientens egen livsstil kan påverka smärtvården.

Dessa kategorier har sedan utvecklats och resulterat i följande rubriker: Smärtvården en utmaning för sjukskötaren, sjukskötarens vårdkunskap angående sårsmärtan, smärtupplevelser hos patienter med kroniska sår och följder av patientens livsstilsval inom smärtbehandling.

### 5.1 Smärtvården en utmaning för sjukskötaren

Kroniska sår är en växande utmaning inom den professionella vården. Bördan för de utsatta patienterna är stor, dels på grund av smärtan men även på grund av långa vårdtider, sårbehandlingar och beroendet av olika varianter av vård. (Stremitzer 2007, s. 156).

Studier har visat att det är en väldigt stor utmaning för sjukskötaren att utföra en ordentlig, fullgjord smärtbehandling. Smärtbehandling innehåller många olika delmoment vilka behöver utföras för att en fullständig sårbehandling ska kunna uppnås. I studier har det visats att det är utmanande för sjukskötaren att vårda smärtpåverkade patienter. Det har även framkommit att sjukskötaren har en stor vilja för att vårda patienter med smärta. De största utmaningarna har visat sig vara att kunna läsa patienterna och utvärdera smärtan, kunna vårda de inre konflikterna och de moraliska dilemman som smärtan utvecklar. Det har även framkommit att det ofta finns svårigheter med att utvärdera patientens behov av värkmedicin och hur mycket värkmedicin som i fallet ska ges. Studier har även visat att en del sjuksköterskor tycker att de smärtpåverkade patienter kan vara krävande,

frustrerande och även en del vårdare anser att man ibland kan känna rädsla i smärtpåverkade patienters närvaro. I de fall där sjukskötaren kan känna rädsla, är t.ex. vid fall där patienten inte får den värkmedicin den vill ha. (Blondal 2009, s. 2897- 2902).

Det har även bevisats att det inte alltid är rädslan för att patienterna skulle bli beroende av värkmedicinerna som finns, utan att det ofta finns rädsla för att patienterna skulle få respiratoriska bekymmer, speciellt vid analgetika-behandling hos äldre patienter. Även minskad kontakt med läkare har visat sig göra sjukskötaren mera osäker på smärtbehandlingen och även på sig själv som vårdare inom smärtvården. (Blondal 2009, s. 2897- 2902).

Studierna har gemensamt visat att det inom vårdsektorn finns många områden där det förekommer brister inom utvärdering av sårsmärtan men även vid utvärdering av det själva kroniska såret. Detta beror ofta på brister av kunskap inom området.

Sjukskötaren spelar en stor roll inom smärtbehandlingen och har en professionell skyldighet för smärtbedömning och för givandet av olika smärtmediciner till patienten. (Blondal 2009, s. 2897). För att en sjukskötare ska kunna ge ordentlig och fullständig vård åt patienten måste vårdaren även förstå patientens smärta och utvärdera smärtan. Efter det borde vårdaren ta ett beslut över vilken vård som behövs, sedan utföra behandlingen och till sist slutföra med att utvärdera effekten av den utförda behandlingen. (Sandh 2012, s.44).

I flera studier visas det att sjukskötarens motiverande faktorer såsom moralen, kunskapen, personliga erfarenheter, självförtroendet och den personliga övertygelsen spelar en stor roll när det gäller resultatet på patientens smärtlindring. Även en viktig del i sjukskötarens uppgifter är vid kommunikationen med läkare ge förslag på vilket läkemedel som kanske skulle vara lämpligt för patienten. Det är läkarens uppgift att ta beslutet om vilket analgetika patienten får inta och inte får inta, medan sjukskötarens uppgift är att uppfylla eventuella önskemål från patientens sida och även föreslå läkemedel som sjukskötaren anser lämpliga för patientens behandling, eftersom det i många fall är sjukskötaren som känner både patienten och vården av patienten bättre än läkaren. (Blondal 2009, s. 2903).



När det kommer till utvärdering av både smärtan och av själva såret har det visats att det finns skillnader mellan sjukskötarens och läkarens bedömning av patientens smärta och sårets utseende. När det kommer till utvärderingen av själva såret visar det sig att sjukskötarens utvärdering ofta är mera relevant och stämmer bättre överens med sårets verkliga utseende än läkarens. Det här kan dels bero på att läkaren ofta delegerar behandling av kroniska sår till vårdaren och kan även bero på att läkaren ofta har begränsade praktiska erfarenheter av moderna metoder gällande vården av kroniska sår. Det här visas i en studie där både sjukskötare och läkare deltog i en forskning där syftet var att ta reda på hur bra utvärderingen av kroniska sår är hos olika parter inom vårdpersonalen. (Stremitzer 2007, s. 158). Även att göra ett beslut över vilken behandling som är passande för patientens sår är även en utmaning för vårdprofessionella och även det stora urvalet av sårförband kan vara förvirrande. (Hollinworth 2009, s. 30)

## **5.2 Sjukskötarens vårdkunskap angående sårsmärtan**

Eftersom det är sjukskötaren som har mest kontinuerlig kontakt med patienten av alla vårdprofessionella betyder det även att tidiga insatser är nödvändiga gällande behandling och vård. Även om sjukskötarens kunskaper ökar med hjälp av utbildning så har vårdverksamhetens redan fastställda rutiner och strategier stort inflytande på vården. Det kan innebära att om sjukskötaren inte tycker sig ha makt och möjlighet att ta självständiga beslut för att genomföra förändringar använder hon inte sin kunskap som stöd i vården av patienten med smärta. (Sandh 2012, s. 44).

Det har i studier gemensamt visats att sjukskötaren inte alltid använder sig av smärtbehandlingsstrategier och att långa väntetider på behandling för patienten påverkar kvaliteten på behandlingen. Sjukskötaren är som sagt ansvarig för genomförandet av vårdprocessen och sjuksköterskans korrekta agerande är därför en förutsättning för god smärtbehandling. Resultat från flera studier har visat, att sjukskötarens bedömning av patientens smärta är bristfällig. Det har även framkommit att en orsak till detta är t.ex. bristfällig tillgång till olika smärtbedömningsinstrument. Genom att använda sig av smärtbedömningsinstrument ger det patienten och sjukskötaren ett gemensamt

språk, vilket kan förbättra kommunikationen i diskussionen om patientens smärta vilket därmed kan göra att patienten får en individuell anpassad behandling. (Sandh 2012, s. 45-47).

Uppdaterad utbildning gällande sårvården och god kommunikation behövs för att förbättra smärtvården. Effektiv kommunikation av alla inblandade i patientens smärtvård är viktig, för att uppnå en lämplig smärtbehandling. I kommunikationen mellan vårdprofessionella behövs även patientens individuella behov beaktas. Välutbildade vårdteam behövs vid smärtbehandlingen och för att behandlingen ska kunna uppnå smärtfrihet för patienten. (Gropelli 2013, s. 381).

Det har visats att det finns positiv attityd bland sjuksköterskor vid användning av evidensbaserad sårvård, men att det inte ändå betyder att sjukskötaren använder sig av kunskapen i praktiken. Det har även framkommit att sjuksköterskor som har mera skolning inom smärtvården även har en positivare attityd till att använda sig av evidensbaserad kunskap inom smärtvården än de sjuksköterna med grund utbildning och mindre kunskap inom smärtvården. (Dugdall 2009, s. 1446- 1447).

Rengöring av såret är bland de viktigaste delarna av sårvården då det här elimineras möjligheter för infektioner i såret, vilket betyder att detta är ett skede som bör göras rätt för att uppnå önskvärda resultat, men om kunskapen inte finns, kan det leda till mycket smärta hos patienten och svåra infektioner. (Hollinworth 2008, s. 30).

Det som verkar vara ett av problemen gällande smärtnivån under sårvården är att den som utför sårvården har mycket lite förståelse hur det är att leva med ett sår och smärta. Det bör därför höras till rutinen att ge patienten smärtmedicinering innan omvårdnaden av såret för att underlätta behandlingen för patienten. (Hollinworth 2008, s. 30). Sjukskötare som inte besitter full kunskap gällande sårvård har en tendens att förvänta sig utav patienten att vara tacksam gentemot vården samt lyda föreskrifter som ges. Utgående från detta förekommer det att sjukskötare beskyller patienten för att sårvården inte fungerar, och såret inte läks ifall patienten inte fullföljer föreskrifterna som givits. Det är även lätt hänt att sjukskötaren ser enbart såret som sådant och inte hela patienten, vilket även bidrar till att den känslomässiga delen i omvårdnaden av patienten faller i skymundan, då sjukskötaren inte ger akt på detta. (Morgan 2008, s. 335-337).

Det har dessvärre visat sig att sjukskötare har för lite kunskap för att ha full förståelse för sårvården och vad som lämpar sig mest optimalt för olika typer av sår. Därför bör det arrangeras utbildningar och kurser för detta ändamål, då detta visat sig ha positiv inverkan på sårvården eftersom sjukskötare då kan använda sig av evidensbaserad kunskap inom sitt agerande. (Hollinworth 2008, s. 32). Förutom kunskapsbrist har det bevisats att sjukskötare kan agera defensivt, då känslor och ageranden som ångest, stress, beskyllande, distansering, framkommer vid omvårdnad av patienter med kroniska illa läkande sår. (Morgan 2008, s. 338).

Det är därför viktigt att komma ihåg som sjukskötare, att trots alla inbesparingar ska man försöka behålla den goda omvårdnaden av patienten. Som sjukskötare ska man ändå kunna vårda patienten utan fördomar och visa förståelse för patienten även om det ibland kan kännas hopplöst. (Morgan 2008, s. 339).

### **5.3. Smärt upplevelser hos patienter med kroniska sår**

Patienter som lever med kroniska sår blir påverkade på många plan av både smärtan och själva såret. Vardagslivet blir begränsat eftersom patienten begränsar vardaglig aktivitet, upplever sömnproblem och patienten drar sig ofta bort från sociala sammanhang och isolerar sig. Smärtan under natten kan vara så outhärdlig att patienten vaknar upp och har även svårt att somna. Studier har gjorts var det framkommer många negativa aspekter på hur smärta påverkar livskvaliteten hos patienter med kroniska sår, då det för andra kanske kan vara självklara saker att gå i trappor, arbeta, cykla och stå undviks detta av patienter med sår eftersom detta orsakar förvärrad smärta. (Mudge 2008, s. 19-24).

Känslor som ofta uppstår hos patienter som lever en längre tid med kroniska sår är ångest, förtvivlan, oro, ilska, desperation, hopplöshet m.m. I forskning har det framkommit att patienter upplever att smärta vid kroniska sår begränsar deras vardagsliv eftersom den minskar på självförtroendet för att klara av vardagssysslor. För många patienter kan isoleringen bero på att faktumet är att patienten inte klarar av att köra bil, eftersom smärtan i benet kan bli överväldigande eller känslan i benet försvinner helt under bilfärden. Detta kan leda

till en ofrivillig isolering från sociala sammanhang. Smärtan i såret har en tendens att bli väldigt intensiv och därför är fungerande smärtlindring viktig för att försöka upprätthålla den vardag som patienten är van vid, och göra så att inte patienten behöver anpassa sig efter såret i några större utsträckningar. (Mudge 2008, s. 22). Det har även framkommit att patienter med sårsmärta gärna håller förtvivlan och andra känslor inom sig, eftersom många patienter varken vill klaga eller ge bild av att må så dåligt som de i själva verket gör. (Mudge 2008, s. 24). Självfallet finns det skillnader i smärtgrad gällande vilket typ av sår det gäller. T.ex. venösa och arteriella sår, sår orsakade av diabetes, tryck sår, trauma sår osv. Det alla har gemensamt är att patienten upplever att själva såret är det mest smärtsamma. (Price 2008, s. 163).

Det har framkommit i forskningar att misstro på sjukvårdssystemet förekommer hos en del patienter, eftersom förståelsen för kroniska sår och smärtan som där tillkommer ibland är mycket bristfällig. Detta är på grund av otillräcklig information, oregelbundna revideringar av sår och missförstånd gällande smärtklassificeringen. (Mudge 2008, s. 24).

Många patienter upplever som tidigare nämnts stor ångest inför byten av sårförband, och det är inte ovanligt att de tar smärtmedicin före sårbehandlingen, eller dämpar sin ångest samt smärta med alkoholhaltiga drycker. (Mudge 2008, s. 26). Det händer att patienter inte upplever någon effekt av sin smärtmedicinering, och de patienter som konsumerar smärtmedicin mest är de som lider utav brännskador, arteriella och andra sår. (Price 2008, s. 166). Den återkommande ångesten och rädslan för infektioner oberoende kulturell bakgrund ligger ofta som grund i valet att ta till alkoholhaltiga drycker. (Mudge 2008, s. 26).

Det har framkommit i flera undersökningar att bytet av sårvårdsmaterial upplevs mycket smärtsamt för patienten, och ångesten och rädslan som uppstår vid bytet av förbanden är inte angenäma då patienten på detta sätt påminns om det smärtsamma såret på ett annat plan. Men även i en del fall kan detta skede när förbanden byts vara det enda positiva upplevelsen för en del patienter med kroniska sår, eftersom detta kan vara den enda sociala kontakten de kan ha på en dag, samt att de får möjlighet till fotbad samt duschmöjligheter, vilket för många patienter inte är möjligt annars. (Mudge 2008, s. 24).

Det är inte ovanligt att patienten börjar förknippa sjukskötaren med smärta, eftersom denne ingår i vården av såret och genom revidering orsakar smärta. På grund av denna förknippning är det viktigt att sjukskötaren upprätthåller en professionell attityd vid bemötande av patienten, eftersom patienten upplever en smärta som inte går att förstå om den inte upplevs, vilket patienten är mycket väl medveten om och har därför lätt att känna negativa känslor emot sjukskötaren. Det gäller då som sjukskötare att visa sig sakkunnig för att inge förtroende, visa intresse för patientens situation, samt respektera patientens åsikter och önskemål gällande vården. (Morgan 2008, s 340-346).

Patienten lever länge med sitt kroniska sår, och under denna tid lär sig patienten mer och mer om hur såret ska behandlas och vilka metoder som fungerat och inte fungerat, detta kan därför leda till konflikter mellan sjukskötare och patient om dessa parter blir oense om fortsatt vård. Man bör som sjukskötare lyssna på patienten och visa förståelse och omsorg för att uppvisa professionalitet i frågan samt framhålla kunskap gällande området för att kunna ge bästa möjliga omvårdnad. (Morgan 2008, s 340-346).

Det är omöjligt för patienten att glömma situationen gällande deras kroniska sår, eftersom hela deras vardagsliv kretsar kring detta tillstånd. Känslor av skam begränsar patienten och han eller hon behöver mycket stöd och hjälp för att klara situationen. (Mudge 2008, s. 28). Forskningar påvisar att sjukskötare bör använda sitt hjärta i sitt vårdande för att kunna ge bästa möjliga omvårdnad och behålla en god relation till patienten och inge förtroende och förståelse. (Morgan 2008, s 347). Smärta bör aldrig underskattas och vårdaren bör minnas att det är en mycket individuell upplevelse hos patienten. (Mudge 2008, s. 28).

#### **5.4. Följder av patientens livsstilsval inom smärtbehandling**

Studier har visat att sjukskötares omdöme gällande patientens smärtbehandling påverkas av patientens livsstilsval då de lätt stereotypiseras. Jämförs två patienter med olika livssituationer och livsstilsval med varandra, påverkar detta hur sjukskötaren bemöter patienten samt behandlar patientens smärta. Specialiserade sjukskötare har visat en tendens att kunna bortse från livsstilsvalen och se

patienten samt utgå från hans/hennes behov och behandla smärtan bättre än generella sjukskötare. (Wilson 2008, s. 402-407).

Detta betyder inte att sårbehandlingen endast ifrågasätts och tänks över enbart på grund av livsstilsval. Både specialiserade och generella sjukskötare tänker på patienten när det kommer till respiration, psykologiska aspekter, okänslighet samt tolerans för att minimera framkallat beroende av smärtmedicinering. Detta har visat sig resultera i att patienter i sin tur lider utav onödig smärta p.g.a. underskattade smärtupplevelser. (Wilson 2008, s. 403).

Sjukskötare kan ställas inför svåra situationer gällande smärtbehandlingen, och det kan orsaka ångest och känsla av att inte räcka till och vara hjälplös när smärtbehandlingen inte räcker till för patienten i situationer när nästan alla former är beprövade. (Wilson 2008, s. 404-406).

## **6. Tolkning av resultat**

I detta kapitel kommer respondenterna tolka resultatet som angivits i kapitel 5. Från det kommer paralleller dras mellan resultatet och vårdteoretikern Katie Eriksson som respondenterna valt att använda. Vårdteoretikern Katie Eriksson och hennes verk "Den lidande människan" (1994) ligger alltså som grund tillsammans med resultatet för respondenternas tolkning av denna studie.

### **6.1 Kunskapens och utbildningens följder**

Att besitta stor kunskap gällande behandlingen av sår och smärta är avgörande. Kunskapen har stor betydelse för att effektivisera vårdandet av patienter med smärtsamma och dåligt läkande sår. (Morgan 2008, s. 335-337). Det är därför viktigt att sjukskötaren har förståelse och omfattande kunskap gällande sårvården och dess alla skeden för att kunna effektivisera vården samt förse patienten med det han eller hon behöver. Skolningar gällande ämnet bör därför arrangeras med

jämna mellanrum för att upprätthålla kunskapsnivån gällande sår och smärtreducering.

Det har även visat sig att sjukskötare med mera skolning har haft positivare attityd till att använda evidensbaserad kunskap än sjukskötare som besitter mindre kunskap. (Dugdall 2009, s. 1446-1447). Detta visar att det finns behov av ytterligare skolningar gällande den smärtpåverkade patientens behov för att eliminera smärtan på bästa möjliga sätt. Det är ett faktum att välutbildat vårdteam behövs vid smärtbehandlingen enligt Gropellis (2013, s. 381).

Kunskapsbrist är återkommande i många aspekter inom vårdandet av smärt och sårpatienter. Kunskapsbrist bidrar även till en försämrad relation mellan sjukskötare och patient. Det har visat sig att många patienter inte känner sig sedda eller hörda av sjukskötaren inom vårdandet av sår och smärta. Sjukskötare även har visat tendens på att enbart se och vårda såret istället för att se hela patienten och vårda helheten. (Morgan 2008, s. 32). Enligt Sandh (2012) behöver det dock inte alltid bero på sjukskötarens okunskap gällande smärtbedömning. Vårdanstalten kan ha opassande smärtskattningsskalor eller bristande kommunikation mellan sjukskötarna på anstalten. Därför bör det evalueras vilken smärtbedömningsmetod som lämpar sig bäst efter patientens behov.

Attityd problem har uppkommit sig finnas hos en del sjukskötare gent emot sår och smärtpatienter. Förväntningar att patienten skall visa tacksamhet samt lydnad gällande sårvårdsföreskrifter är inte ovanligt. (Morgan 2008, s. 335-337). Att leva med kroniskt illaläkande sår är tungt för många patienter och sjukskötarens roll är betydande i många fall, då sjukskötaren kan underlätta på flera plan än enbart det konkreta sårvårdandet. De betingande känslorna som lätt uppstår hos patienten kan lätt reduceras av en sakkunnig och varmhjärtad sjukskötare och på detta sätt underlätta mycket lidande och smärtsamma känslor hos patienten. Visar sjukskötaren medkänsla och professionalismitet får patienten lättare förtroende för sjukskötaren, patienten vågar då även prata om sina tankar, åsikter och känslor gällande vården vilket i en del fall förbättrar och effektiviserar vårdprocessen.

## 6.2. Vårdandet av det emotionella

Många patienter upplever att de inte får det emotionella stödet av sjukskötare som de skulle vara i behov av. Sjukskötare kan däremot uppleva det utmanande att hantera det emotionella behovet hos patienten på grund av osäkerhet och kunskapsbrist. (Blondal 2009, s. 2897).

Katie Eriksson skriver att det emotionella behovet hos patienten bör vårdas, och man efter bästa förmåga ska försöka lindra det aktuella och onödiga lidandet. (Eriksson 1994, s. 93-95). Största delen av patientens vardag består av smärtor och mycket kretsar kring såret. Studier har visat att vårda det emotionella har betydelse för patienten och dess sår. Sjukskötaren bör därför vara medveten om dess betydelse inom sårvården, samt vårda hela patienten som helhet och inte enbart såret. (Hollinworth 2008, s. 30). Sjukskötaren bör därför vara beredd att ge mera av sig själv i vårdandet av patienten. Att använda sitt hjärta enligt Mudge (2008) inom vårdandet har visat sig ge bäst resultat gällande att behålla en bra relation till patienten, vilket i sin tur leder till förtroende och förståelse mellan parterna.

Den ofrivilliga isoleringen som sker för en del patienter kan vara oundviklig. (Mudge 2008, s. 22). Detta belyser åter en gång vikten i att sjukskötaren ser hela patienten samt hur vårdare behöver vidare skolningar i hur man hanterar den emotionella smärtan för att effektivisera vården. Sjukskötaren kan lätt förknippas med smärtan (Morgan 2008, s. 340-341) och detta styrker därför påståendet att förbättra relationerna mellan patient och sjukskötare för att förbättra smärtbehandlingen.

Egna motiverande faktorer hos sjukskötaren så som moral, kunskap, personliga erfarenheter, självförtroende och personlig övertygelse har också visat sig spela stor roll på resultatet i smärtlindningen. (Blondal 2008, s. 2903). Detta visar hur de mänskliga faktorerna spelar roll i vårdandet, samt hur betydelsefullt det är för patienten att vårdas personligt, hjärtligt och på ett professionellt sätt. Men trots detta kan sjukskötaren ändå uppleva det vara svårt att veta hur man ska handla. Det är därför viktigt att belysa vikten i att alltid försöka lindra det aktuella och onödiga lidande efter bästa förmåga. Att upprätthålla samtal under sårvården kan lindra en del smärta utan att behöva tillta smärtstillande läkemedel. Detta kan man



göra genom att även i vårdandet av det emotionella ha i åtanke Katie Erikssons vårdteori gällande att skapa en vårdkultur var patienten känner sig välkommen och omhändertagen och respekterad. (Eriksson 1994, s. 93-95).

### **6.3 Utmaningar inom smärtvården**

Patienter som lider utav kroniska sår är en växande utmaning för vårdprofessionella. Det är även en börda för patienterna som har kroniska sår och smärta då kön till vård ofta är lång. En utmaning för sjukskötarna är även alla inbesparingar på arbetsplatsen och färre personal.

Återkommande är att sjukskötaren bör besitta mycket kunskap. Men inte enbart för smärtvården, utan även för att sjukskötaren inte skall låta sig påverkas av patientens livsstilsval. (Wilson 2008, s. 402-407). Det har nämligen visat sig att detta påverkar sjukskötarens bedömning av smärta och dess behandling. Detta kan väcka frågor om det alla gånger är nödvändigt som sjukskötare att veta hela livshistorien om patienten, då det visat sig påverka patientens smärtbehandling negativt.

Även här belyses i studien av Wilson (2008) hur kunskap ger mera säkerhet hos sjukskötare angående smärtbehandling. Sjukskötare med mindre kunskap inom smärtbehandling har lättare att underskatta smärta hos patienter och de upplever onödig smärta. (Wilson 2008, s. 403). Alla patienter är olika, lika så sjukskötarna vilket belyser konflikten som uppstår när den mänskliga faktorn spelar in inom smärtvården. Det är självfallet viktigt att beakta alla fysiologiska aspekter gällande smärtbehandling. Men det har även lett till att många patienter är underskattade gällande sina smärtupplevelser och upplever onödig smärta. (Wilson 2008, s. 403). Det är därför viktigt att komma ihåg att alla smärtupplevelser är individuella, och smärtans grad är precis så hög som patienten uppger den att vara.

## 7. Kritisk granskning

I ett examensarbete bör kraven för vetenskaplig kvalitet uppfyllas. I detta kapitel har respondenterna därför valt att utgå från Henricsons (2012) och Nybergs (2012) kvalitetskriterier för kvalitativa studier. Henricsons och Nybergs kriterier för kritiskgranskning skall hjälpa respondenterna att se kritiskt på studien och det insamlade material som blivit använt, samt se styrkor och svagheter i studien. Respondenterna har valt att fokusera på studiens kvaliteter i framställningen som helhet och delar in dem i tre underrubriker: kvalitetssäkring och tillförlitlighet, struktur samt perspektivmedvetenhet.

### 7.1 Kvalitetssäkring och tillförlitlighet

Kvalitetssäkring är en process som går ut på att säkerställa att det som skapas är uppvisar goda egenskaper eller kvaliteter. Vetenskapen är en process som genom systematiska och metodiska tillvägagångsätt skapar ny kunskap. För att uppnå ny kunskap bör det redan i begynnande stadie finnas planering hur kvaliteten ska säkerställas. Att kvalitetssäkra ett litteraturbaserat arbete bör vara självklart från början. Även säkerställandet av vetenskaplig kvalitet bör ske både inför, under och efter arbetets slutförande. (Henricson 2012, s. 182-184).

Validitet handlar om giltighet dvs. att det som påstås sig studeras verkligen studeras. Reliabilitet handlar om själva mätinstrumentets förmåga att visa samma resultat gång på gång, det vill säga dess pålitlighet. (Henricson 2012, s. 486).

Litteraturens och artiklarnas validitet och reliabilitet som respondenterna valt att använda sig av har kritiserats och valts ut noggrant, så att enbart det material som tillämpats i arbetet uppnår indikationerna på god kvalitet i en studie. Respondenterna har från början varit noga med sina val gällande litterära källor, och sett till att de artiklar som valts har varit vetenskapliga och tillförlitliga, samt kunna sammankopplas till studiens syfte och frågeställningar. Verkens utgivningsår har granskats för att inte överstiga 10 år, så att studien på detta sätt kan upprätthålla en aktuell och inte föråldrad information gällande ämnet.

## 7.2 Struktur

När en studie skall göras bör det finnas en struktur på hur det hela ska se ut. Planering är väsentlig och bör ske redan från början och vara genomgående för hela studien. (Henricson 2012, s. 333).

Respondenterna har i detta fall redan från början planerat sin studie och gjort en noggrann planering som följts samt gjort små förändringar vid behov, så som ändring på formulering av frågeställningar för att kunna fokusera studien på ett mera precist område.

En del rubriker utformades i tidigt skede efter att respondenterna valt inriktning på studien, samt haft en genomgående tanke och information som bakgrund för att läsaren skall få en bättre förståelse när resultatdelen presenteras. Språket i studien har hållits enkelt och sakligt för att göra materialet lätt att förstå. Respondenterna har valt att använda sig av medicinsk terminologi i studien, eftersom ändamålet har varit att ge ny information till sjukskötare och sjukskötarstuderande gällande sårsmärta.

Kvalitativ innehållsanalys användes vid genomgången av litteratur för att få en fullständig och kvalitativ studie. För att klargöra resultatdelen strukturerades resultatet upp i olika grupperingar för att underlätta för läsaren att på ett så enkelt och överskådligt sätt förstår resultatet av studien.

## 7.3. Heuristiskt värde

Larsson (2005, s. 18-19) presenterar fem olika slag på kvalitetskriterier som man kan ställa på kvalitativa studier. En av dem är heuristiskt värde som är ytterst väsentligt vid en kvalitativ studie. Respondenter som använder sig av kvalitativ metod är övertygade om att så länge de använder sig av metoden kommer de alltid att hitta något nytt. Vid utförandet av en kvalitativ studie måste man få ett nytt resultat för att studien ska kunna anses lyckad. Om inte nytt resultat fås fram kan studien konstateras misslyckad. En lyckad studie resulterar i ett nytt sätt att tänka på eller ett nytt begrepp osv. Ett lyckat resultat gör ett begrepp mera lättförståeligt än det tidigare varit.

Studien har blivit uppbyggd med en omfattad teoretisk bakgrund för att ge läsaren en bred och omfattande grund att stå på, så att resultatet skall vara lättförståeligt för läsaren. Respondenternas ändamål med studien är att de med resultatet vill ge nya infallsvinklar och bygga vidare på sjukskötarens tidigare kunskaper inom vårdandet av patienter med smärtsamma kroniska sår.

## 8. Diskussion

Syftet med arbetet var att ge en uppfattning över hur det är för en patient att leva med smärta, samt ge en bild över hur sårsmärtan påverkar patientens sociala liv och dess vardag. Med arbetet ville man även få fram vilka möjligheter det finns för att bemöta och vårda patienten på ett korrekt sätt.

Respondenterna valde detta ämne eftersom det är ett intressant ämne som även är ett stort problem inom vården. Smärta är en obehaglig sinnesupplevelse som alla människor har erfarenhet av och kommer att uppleva flera gånger i livet. Smärtbehandling och stöd för den smärtpåverkade patienten borde vara en av de första prioriteringarna inom vården, eftersom smärtan påverkar både patientens psykiska och fysiska mående.

I arbetet kommer det fram hur sjukskötarens bemötande kan inverka negativt och positivt på patientens smärtupplevelser. I arbetet har det under flera tillfällen framkommit att vårdandet av smärtpåverkade patienter är en utmanande process för sjukskötaren, eftersom den innehåller många olika delmoment som kan vara en tidskrävande process.

För att uppnå en optimal smärtbehandling behövs tid, vilket det inte alltid finns i dagens vårdarbete. Det har framkommit att vården av det emotionella behovet hos den smärtpåverkade patienten är viktigt, vilket påverkas av tidsbristen.

Det är lätt att patientens vård idag påverkas av den rådande tidsbristen som sjukskötare lider utav. Detta leder till att sjukskötaren använder sig allt mer utav rutiner, som i sin tur gör att patientens individuella vård faller lättare bort.

Med arbetet ville respondenterna ge sjukskötaren en tankeställare. Men även ge förståelse i innebörden av att vårda den smärtpåverkade patienten genom omsorgsfull smärtbehandling, gott bemötande samt ge patienten tid.

Forskningsfrågan har enligt respondenterna besvarats. Respondenterna har enligt planen fått fram vetenskaplig och viktig information när det gäller bemötandet, vården samt hur livet kan se ut för en patient med smärta vid kroniska sår. Med arbetet har respondenterna själva fått en bredare bild över hur det är att leva med smärtsamma sår och smärta överlag.

## Källförteckning

Anttila, K. Hirvelä, M. Jaatinen, T. Polviander, M. Puska, E-L. (2007) *Sjukvård och omsorg*. Keuruu: Utbildningsstyrelsen.

Berts, C. Ek, S. Forsblom, T. (2009) *Skolan som arbetsmiljö- En kvalitativ studie inom KLUCK – projektet*. Lärdomsprov för hälsovårdsexamen. Yrkeshögskolan Novia. Utbildningsprogrammet för hälsovård, Vasa.

<http://www.novia.fi/kluck/assets/Rapporter/Skolan-som-arbetsmilj.pdf> (Hämtad: 08.10.2014).

Blondal, K. Halldorsdottir, S. (2009) *The challenge of caring for patients in pain: from the nurse's perspective*. Journal of clinical nursing, s.2897- 2905.

Coulling, S. (2007) *Fundamentals of pain management in wound care*. British Journal of Nursing, s.4-6, 8, 10.

Cutting, KF. White, RJ. Mahoney, P. (2012) *Wound infection, dressings and pain, is there a relationship in the chronic wound?* International Wound Journal, s .79-85.

Day, J. (2013) *Minimizing pain in wound management*. Clinical focus wound care. S. 269-274.

Descombe, M. (2010) *Forskningshandboken- För småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna*. Sverige: Studentlitteratur.

Dugdall, H. Watson, R. (2009) *What is the relationship between nurses' attitude to evidence based practice and the selection of wound care procedures?* Journal of clinical nursing, s. 1442-1449.

Ejvegård, R. (2003) *Vetenskaplig metod*. Sverige: Studentlitteratur.

Forsberg, C. Wengström, Y. (2013) *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur & Kultur

Friberg, F. (2006) *Dags för uppsats – Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Danmark: Studentlitteratur.

Gropelli, T. Sharer, J.(2013) *Nurses' Perceptions of Pain Management in Older Adults*. Research for practice, s. 375-381.

Henricson, M. (2012) *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad*. Polen: Studentlitteratur.

Hess, C. (2013) *Clinical guide to skin and wound care*. China: Lippincott Williams & Wilkins.

Hollinworth, H. (2009) *Wound related pain: evaluating the impact of education on nursing practice*. EWMA journal , s. 5-8.

Hollinworth, H. Taylor, D. Dyble, T. (2008) *An educational partnership to enhance evidence-based wound care*. British Journal of Nursing, s. 25-33.

Imborn, M. Åsbrink, B. (2011) *Vård- och omsorgsarbete 1*. Lettland: Bonniers.

Isaksson, J. (u.å.). *Kvalitativ innehållsanalys*. Institutionen för Socialt arbete. Umeå universitet, Umeå, Sverige.

[http://www.google.fi/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CCkQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww8.stat.umu.se%2Fkursweb%2Fvt010%2Fstaasocsmom1%2F%3Fdownload%3DKvalitativ%2520inneh%25E5llsanalys.pdf&ei=ikl1VLS\\_O6XVygPs6oKwDw&usg=AFQjCNH5WrLFRycFNG5BbFWoDEgznaCwAQ](http://www.google.fi/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CCkQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww8.stat.umu.se%2Fkursweb%2Fvt010%2Fstaasocsmom1%2F%3Fdownload%3DKvalitativ%2520inneh%25E5llsanalys.pdf&ei=ikl1VLS_O6XVygPs6oKwDw&usg=AFQjCNH5WrLFRycFNG5BbFWoDEgznaCwAQ) . (Hämtad: 08.10.2014).

Larsson, S. (2005). *Om kvalitet i kvalitativa studier*. Linköping: Nordisk pedagogik.

Lindholm, C. (2003). *Sår*. Danmark: Studentlitteratur.

Lindholm, C. (2012). *Sår*. Polen: Studentlitteratur.

Moffatt, C. Martin, R. Smithdale, R. (2007). *Leg ulcer management*. Singapore: Blackwell Publishing.

Morgan, P. Moffat, C. (2008). *Non healing leg ulcers and the nurse-patient relationship. Part 1: the patient's perspective*. International Wound Journal, s. 340-348.

Morgan, P. Moffat, C. (2008). *Non healing leg ulcers and the nurse-patient relationship. Part 2: the nurse's perspective*. International Wound Journal, s. 332-339.

Mudge, E. (2008). *Patients' experience of wound-related pain: an international perspective*. EWMA Journal, s. 19-20, 22, 24.

Nyberg, R. Tidström, A. (2012). *Skriv vetenskapliga uppsatser, examensarbeten och avhandlingar*. Spanien: Studentlitteratur.

Price, P. Fagervik-Morton, H. Mudge, E. Beele, H. Ruiz, J-C. Nystrom, T-H. Lindholm, C. Maume. Melby-Ostergaard, B. Peter, Y. Romanelli, M. Seppänen, S. Serena, B. Sibbald, G. Soriano, J. White, W. Wollina, U. Woo, K. Wyndham-White, C. Harding, K. (2008). *Dressing-related pain in patients with chronic wounds: an international patient perspective*. International Wound Journal, s.159-71.

Sandh, M. Boström, B. (2012). *Sjuksköterskors uppfattning om smärtbehandling och användning av riktlinjer*. Vård i nordn, s. 10-15.

Stremitzer, S. Wild, T. Hoelzenbein, T. (2007). *How precise is the evaluation of chronic wounds by health care professionals?* International wound journal, s. 156-161.

Stenberg, B. (2010). *Kärlkirurgi vid kroniska bensår*. Örebro läns landsting <http://www.orebroll.se/> (Hämtad: 16.2.2014).

Thorvald, P.(U.å.) *Rapportskrivning- En lathund för studenter*. Skövde, Sverige.

Van Hecke, A. Grypdnock, M. Beele, H. Vanderwee, K. Defloor, T. (2011). *Adherence to leg ulcer lifestyle advice: qualitative and quantitative outcomes associated with a nurse-led intervention*. Journal of Clinical Nursing. s.429-443.

Vårdhandboken (2013) *Sårbehandling*

<http://www.varhandboken.se/Texter/Sarbehandling/Oversikt/> (Hämtad: 18.02.2014).

Vårdhandboken (2013) *Översikt Sårbehandling*.

<http://www.varhandboken.se/Texter/Sarbehandling/Oversikt/> (Hämtad: 10.2.2014).

Wilson, B. (2007) *Nurses' knowledge of pain*. Journal of clinical nursing, s. 1955-1956.

Wilson, B. (2008). *Can patient lifestyle influence the management of pain?* Journal of Clinical Nursing s. 399-408.



Örebro läns landsting (2010) *Kost och sårhäkning*

<http://www.orebroll.se/sv/Halsa-och-varld/For->

[vardgivare/Sarvardsboken/Metoder/Nutrition/Kost-och-sarlakning/](http://www.orebroll.se/sv/Halsa-och-varld/For-) (Hämtad:

18.02.2014)

## BILAGA 1

### Förslag till smärtjournal (anpassas efter sårtyp)

Patient nr \_\_\_\_\_ Sjukhus/Vårdcentral/Övrigt \_\_\_\_\_  
Kön M K Ålder.....år \_\_\_\_\_  
Sår/typ: Etiologi/Diagnos \_\_\_\_\_  
ABPI (vid bensår) \_\_\_\_\_ Diabetes \_\_\_\_\_  
Cirkulationsutredning \_\_\_\_\_  
Övriga sjukdomstillstånd \_\_\_\_\_  
Läkemedelsbehandling \_\_\_\_\_  
Sårsmärta \_\_\_\_\_ Smärta som inte orsakas av såret \_\_\_\_\_  
Smärtlindrande läkemedel Preparat \_\_\_\_\_ Ordination \_\_\_\_\_  
Hur ofta tar patienten smärtlindrande läkemedel? \_\_\_\_\_

#### Nattsömn

Antal timmar \_\_\_\_\_  
Vaknar på grund av smärta   
Vaknar av annan anledning

#### Sårsmärta

Lokalisation \_\_\_\_\_  
Karaktär (beskrivning) \_\_\_\_\_  
Kontinuerlig   
Av och till   
Smärtans intensitet (VAS) när den är som värst \_\_\_\_\_  
Smärtan förvärras av \_\_\_\_\_  
Smärtan lindras av \_\_\_\_\_  
Beskriv smärtan med egna ord: \_\_\_\_\_  
Hur ofta på ett dygn upplever du den mest intensiva smärtan? \_\_\_\_\_

Visuell analogskala eller verbal smärtskattningsskala kan användas för att registrera smärtans intensitet.

#### Såret

Duration \_\_\_\_\_ mån. Lokalbehandling: \_\_\_\_\_  
Storlek \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ Tecken på infektion \_\_\_\_\_ Lukt \_\_\_\_\_ Kraftig sekretion \_\_\_\_\_

Läker \_\_\_\_\_  
Oförändrat   
Försämras

## BILAGA 2

Författare, årtal	Titel	Syfte, frågeställning	Metod	Resultat
Blondal, K. Halldorsdottir, S. (2009)	The challenge of caring for patients in pain: from the nurses perspective	Öka förståelsen för hur det är för en sjukskötare att vårda patienter med smärta.	Fenomenologisk studie uppbyggd på konversationer.	Krävande arbete för sjuksköterskor. Mer krävande för sjuksköterskor med mindre erfarenhet. Största utmaningarna är att kunna läsa patienten och utvärdera hur mycket värdemedicin som behöver ges till patienten.  Nedsatt förmåga till kontakt till läkaren ökade sjukskötarens osäkerhet.
Can Hecke, A. Grypdonck, M. Hilde Beele, K. Defloor, T. (2011)	Adherence to leg ulcer lifestyle advice: qualitative and quantitative outcomes associated with a nurse-led intervention	Undersöka upplevda förändringar gällande sjukskötarens ingripande till att förbättra rådgivningen till att leva med bensår.	26 patienter med venösa bensår deltog och data samlades in genom intervjuer och iakttagelser.	Kunskap gällande rådgivning vid bensår ökade, samt råden som gavs följdes bättre.  Patienten såg ofta situationen från ett annat perspektiv och gjorde övningar för att stimulera benet efter besöken.  Flera patienter blev mer självständiga och lärde sig hur de skulle sköta vården av bensåret.
Cutting, KF. White, RJ. Mahoney, P. (2012)	Wound infection, dressings and pain, is there a relationship in the chronic wound?	Undersöka naturen på smärta, ändringar i smärtnaturen och om smärta har ett samband med infektioner.	Delphi metoden.  Frågeformulär användes som var uppbyggd på frågor angående patienter med smärtor vid infekterade sår.	Tydlig relation mellan sårinfektion och uppkomsten av smärta. Patienter med infekterade sår upplever smärta oftare än patienter utan infektion.

<p>Dugdall, H. Watson, R.  (2009)</p>	<p>What is the relationship between nurses' attitude, to evidence based practice and the selection of wound care procedures?</p>	<p>Undersöka sjuksköterskors attityder till evidens baserad kunskap och dess påverkning vid valet av sårvårds material.</p>	<p>Kvantitativ enkätstudie</p>	<p>En statistisk skillnad hittades mellan sjuksköterskor. De med mera kunskap angående sårvård hade även en positivare bild till att använda sig av evidens- baserad kunskap vid valet av sårvårdsmaterial och sårvårds-behandling.</p>
<p>Gropelli, T. Sharer, J.  (2013)</p>	<p>Nurses' perceptions of pain management in older adults</p>	<p>Undersöka hur vårdarnas attityd och uppfattning gällande smärtbehandling hos äldre i långtidsvården.</p>	<p>Kvalitativ studie  Uppbyggd på tidigare studier samt på en intervju gjord med 16 vårdaren på en omvårdnads anläggning i USA.</p>	<p>Vårdarna ansåg att bristande kunskap på effektiv smärtbehandling kan påverka den äldres livskvalitet, samt oroade sig för att äldre med smärta inte lider av både fysisk-, och psykisk smärta.  Det fanns möjligheter till vidare utbildning inom sårvård, men intresset för medverkande var lågt.  Kommunikationen gällande den äldres smärta var bristfällig.</p>
<p>Hollinworth, H. Taylor, D. Dyble, R.  (2008)</p>	<p>An educational partnership to enhance evidence-based wound care</p>	<p>Beskriver en undervisande initiativ ämnat för att öka kunskapen för sjukskötare vid ett sjukhus var de anställda inte besatt tillräcklig kunskap gällande sårvård.</p>	<p>Fallstudie  Förberedd intervju innan undersökningen samt 4 månader efter den undervisande workshopen.</p>	<p>Personal hade bristfällig kunskap gällande revidering av sår, symtom vid infektion samt ingen sårbedömning fanns, trots smärtbehandling innan sårvård.  Kunskaperna förbättrades efter workshopen. Men fyra månader konstaterades var en för kort tid för att utvärdera helt och hållet om endast en workshop kan göra stora skillnader inom sårvården.</p>

<p>Morgan, P. Moffat, C.  (2008)</p>	<p>Non healing leg ulcers and the nurse-patient relationship. Part 1: the patient's perspective</p>	<p>Undersöker relationen mellan patient med icke läkande bensår och hur sjukskötarna ger vård.</p>	<p>Kvalitativ datainsamling genom semi-strukturerade intervjuer.</p>	<p>Sjukskötaren hade lite förståelse för patientens situation, samt att sjukskötarna hade lite intresse för patienternas bensår.  Det finns behov att utveckla och uppnå ett förtroende mellan patient och sjukskötare, samt ge patienten känsla av att denne förstås, är viktig och en unik individ.</p>
<p>Morgan, P. Moffat, C.  (2008)</p>	<p>Non healing leg ulcers and the nurse-patient relationship. Part 2: the nurse's perspective</p>	<p>Undersöka hur sjukskötare tog emot och behandlade patienter med icke läkande bensår i 4 fokusgrupper.</p>	<p>Fallstudie  Fyra fokus grupper som övervakades hur de tog beslut gällande patienter med bensår.  Diskussions-tillfällen för sjukskötarna att diskutera gällande beslut.</p>	<p>Patienterna förväntades lyda föreskrifter och rekommendationer samt vara tacksam mot vården de gavs, annars beskyllde sjukskötaren patienten för att deras sår inte läkte.  Ett hårdare bemötande mot patienter förekom som en försvarsmekanism hos sjukskötarna för att slippa handskas med jobbiga känslor av att inte räcka till.</p>
<p>Mudge, E. Meaume, S. Woo, K. Sibbald, G. Price, P.  (2008)</p>	<p>Patients' experience of wound-related pain</p>	<p>Involvera patienter med olika kulturell bakgrund att prata om deras sårrelaterade smärt-upplevelser och sedan utveckla frågeformulär baserat på upplevelserna.</p>	<p>15 länder deltog i en kvalitativ studie.</p>	<p>En del liknande problem uppstod i alla länder för patienter. Kulturella skillnader kännetecknades.  Den franska gruppen uttryckte extra bekymmer gällande kroppsbilden, den Brittiska gruppen bekymrade sig över medicinering. Canadensarna var extra ångestfyllda gällande finansiella förluster och oro för vårdssystemet.</p>

<p>Price, P. Fagervik-Morton, H. Mudge, E. Beele, H. Ruiz, J. Nystrom, T. Lindholm, C. Maume, S. Melby-Ostergaard, B. Peter, Y. Romanelli, M. Seppänen, S. Serena, T. Sibbald, G. Verdú Soriano, J. White, W. Wollina, U. Woo, K. Wyndham-White, C. Harding, K.</p> <p>(2008)</p>	<p>Dressing-related pain in patients with chronic wounds: an international patient perspective</p>	<p>En två delad studie var man studerat förståelsen för patienters upplevelser, relaterade till att leva med ett smärtsam kroniskt sår och sårförbands byten.</p>	<p>En enkät som användes i 15 länder, och patienter med kroniska sår fyllde i.</p>	<p>Det finns skillnader mellan olika sårtyper gällande upplevd smärta, ex. mellan venösa och arteriella sårtyper.</p> <p>Såret i sig själv upplevdes ändå som det mest smärtsamma i hela processen gällande bytet av förband.</p>
<p>Sandh, M. Boström, B.</p> <p>(2012)</p>	<p>Sjuksköterskors uppfattning om smärtbehandling och användning av riktlinjer</p>	<p>Identifiera hur sjuksköterskor uppfattar utförandet av smärtbedömning, smärtbehandling och användandet av riktlinjer för smärtvården.</p>	<p>Kvantitativ metod. Frågeformulär byggt på relevanta frågor angående smärtbehandling och riktlinjer användes.</p>	<p>Vårdaren som använde riktlinjer gav oftare rätt mängd smärtstillande till patienten, än de vårdarna som inte använde sig av riktlinjer.</p> <p>Smärtutvärdering fullförs inte alltid.</p> <p>Sjuksköterna förstod det viktiga innebörden med att använda riktlinjer.</p>
<p>Stremitzer, S. Wild, T. Hoelzenbein, T.</p> <p>(2007)</p>	<p>How precise is the evaluation of chronic wounds by health care professionals ?</p>	<p>Forska över variationen i utvärderingen av kroniska sår bland olika parter inom vårdpersonalen på ett sjukhus.</p>	<p>Fallstudie. Frågeformulär där parterna fick fylla i frågor angående kroniska sår. Studien utfördes under ett vanligt arbetspass på en vårdavdelning.</p>	<p>Stora variationer mellan läkarnas och sjuksköternas utvärdering av såret.</p> <p>Sjukskötarens dokumentering angående sårets utseende överensstämde bättre med sårets egentliga utseende.</p>

Wilson, B. (2007)	Nurse's knowledge of pain	Se om sjukskötarens utbildning och praktiska erfarenhet påverkar deras inflytande gällande kunskapen av smärta.	Kvantitativ studie 100 frågeformulär skickades ut. Innehållande av 20 slutna frågor.	Specialist sjukskötarna hade mer grund erfarenhet och kunskap angående smärta än de allmänna sjukskötarna, men det visade sig att deras kunskaper inte var relaterade till deras erfarenheter i mängden av år inom sjukvårdaryrket.
Wilson, B. (2008)	Can patient lifestyle influence the management of pain?	Undersöka om patientens livsstil influerar sjukskötarens smärtbedömning och hantering av beslut.	100 sårbehandlings frågeformulär med två påhittade patienter sändes ut. Varav 86 formulär kom tillbaka.	Både specialsjuvskötare och sjuvskötare skiljde på smärtbehandlingen baserat på patienternas livsstilar. Båda blev undermedicinerade.  Man kunde konstatera att livsstilen påverkar skötarens val av smärtbehandling.