Sygepleje

- teori og metode 3

ANNE VESTERDAL, sygeplejerske 3. udgave

NYT NORDISK FORLAG ARNOLD BUSCK KØBENHAVN 1997

Smerter

Smerte er nok det fænomen, der mest af alle kan hindre søvn og hvile. Smertefrihed eller kontrol af smerte er normalt en forudsætning for, at vi kan finde hvile og sove roligt. I syge­plejen er smertelindring en af de væsentligste opgaver, en kompleks opgave, der ofte må løses tværfagligt og vha. medicin eller anden behand­lingsmæssig indgriben.

Smerte er et uhyre sammensat begreb, der i tidernes løb er søgt forklaret som en guddom­melig straf, et advarselssignal, et fysiologisk fænomen, en subjektiv oplevelse mm. Nogen entydig forklaring og dermed en enkelt behand­lingsmetode er ikke fundet. Ordet smerte må opfattes som en fællesbetegnelse på en række ubehagelige fænomener, der har forskellige år­sager, og som kan behandles på lige så mange måder.

I hverdagen opfatter vi smerter som enten et faresignal eller som tegn på sygdom. I begge til­fælde reagerer vi.

Vi trækker os øjeblikkeligt tilbage fra kom­furet, når der sprutter varmt fedt op fra pan­den, og det gør vi som regel hurtigere, end vi når at registrere, at det gør ondt.

Mærker vi en smerte f.eks. i maven, uden at den kan tilskrives et ydre traume, reagerer vi også. Vi undrer os, søger en forklaring, kan ængstes, måske blive rigtigt bange. Er smerten voldsom, tager vi os til maven, krummer os sammen eller kaster os vildt omkring, måske skrigende. En sådan uforklarlig smerte, vi ikke umiddelbart har mulighed for at få kontrol over, skaber angst.

Smerter indgår i det almindelige biologiske forsvar mod skadelige påvirkninger. Livet ville ikke kunne opretholdes ret længe under nor­male omstændigheder, hvis vi ikke kunne føle smerte.

Smerter behøver dog ikke altid at have en bi­ologisk funktion, omend de somme tider kan forklares patofysiologisk, f.eks. gigtsmerter.

Begrebet smerte

I moderne definitioner lægges vægt på, at smerte er et subjektivt fænomen, en ubehage­lig oplevelse, som altså ikke kan måles og vur­deres af andre.

Smerte er af smerteforskeren Melzack ble­vet defineret som »en perceptuel proces, hvis kvalitet og intensitet er stærkt influeret af den særlige forhistorie, det enkelte individ har, af den mening, han lægger i den smerteproduce-rende situation, og af den sindsstemning, han befinder sig i« (2).

The International Association for the Study of Pain (IASP) definerer smerte som »en ubehagelig sensorisk og emotionel oplevelse forbundet med aktuel eller potentiel vævsbe-skadigelse eller beskrevet, som om en sådan vævsskade forelå« (1, 3).

I studiet af smerter og i pleje og behandling er vi derfor nødt til at acceptere patientens ud­tryk for smerter, hvad enten dette består i et sprogligt udsagn og/eller i en legemlig reaktion. Dette er den vigtigste erkendelse i al smertebe­handling.

Men selv om smerter ikke kan vurderes objektivt af andre, ligger der alligevel fysiologi­ske forhold bag de fleste former for smerte. Den rent psykiske smerte, den altfortærende for­tvivlelse, sorg eller rædsel falder uden for IASPs definition, da denne handler om en ople­velse af vævsbeskadigelse. I virkeligheden kan det dog være svært at dele smerter op efter, om der eksisterer eller foreligger en trussel om le-gemsskade, eller om der er tale om en ren sjæ­lelig smerte, for der ligger både fysiologiske og psykiske faktorer bag de fleste smerteoplevel­ser.

Smerteinddeling

Man skelner ofte mellem tre typer smerter, akutte smerte, kroniske smerter og cancer­smerter, selv om det ikke altid er muligt at skelne skarpt mellem dem.

Akutte smerter opstår ved vævsskade, og de svinder, når vævsskaden heler op. Der er f.eks. tale om akut smerte, når man brænder sig, når man har ondt i halsen pga. halsbetændelse el­ler nylig har gennemgået en operation.

Ved akutte smerter er det sympatiske nerve­system aktiveret, og man vil kunne observere forhøjet blodtryk, takykardi, svedudbrud, pu­pildilatation og bleghed, når smerten er vold­som (1).

Ved den akutte smerte kan man observere tegn på vævsbeskadigelse, og smerten kan være ledsaget af angst.

Den akutte smerte betragter vi som hensigts­mæssig, for den får os til at fjerne os fra den udløsende fare.

Varer smerter mere end tre måneder, vil man karakterisere dem som kroniske smerter. Der er sjældent tegn på sympatisk aktivitet, og det er ikke altid muligt at påvise vævsskade. Smer­terne kan være ledsaget af søvnforstyrrelser, depression, håbløshed og hjælpeløshed. De psy­kiske ledsagesymptomer forstærkes ikke sjæl­dent, fordi omgivelserne er uforstående over for smerterne, hvis der ikke er synlige tegn på vævsskade. Smerterne kan blive affærdiget som psykiske, dvs. at man drager personens sindstilstand og pålidelighed i tvivl, hvilket i sig selv er stigmatiserende. Jo længere smer­ten varer, des større betydning vil de psykiske faktorer få for oplevelsen. Selv om en fysisk smertestimulus findes og fjernes, kan smerten bestå med samme intensitet.

Kroniske smerter kan f.eks. være knyttet til ryggen eller underlivet.

Kroniske smerter kan udvikle sig til kronisk smertesyndrom. Der er her et misforhold mel­lem smerteklager og patientens adfærd. Smer­ten opleves mere diffus, og psykosociale fakto­rer bliver centrale, mens smertens oprindelse fortaber sig i usikkerhed.

Cancersmerter er den særlige type smerter, der dominerer sygdomsbilledet i 70% af cancer­tilfælde med dødelig udgang. Disse typer smer­ter indeholder elementer af akutte såvel som af kroniske smerter (1).

Canscersmerter kan have forskellig oprindel­se. De kan være en direkte følge af cancersyg­dommen, f.eks. fordi svulsten vokser ind i eller trykker på nerver, skaber for højt tryk i kraniet eller lignende. Smerterne kan også skyldes be­handlingen, f.eks. røntgenbestråling, operation eller kemoterapi. Smerten kan være sekundær til cancersygdommen, f.eks. obstipation på grund af morfinindgift, og den kan have en år­sag uden relation til cancersygdommen, som får smerterne til at akkumulere (1).

Smerteoplevelsen

Den smerteudløsende faktor kan være af fysio­logisk såvel som af psykisk oprindelse, men det er tvivlsomt, om man således kan tale om en­ten - eller. De fleste smertetilstande vil have både fysiske og psykiske årsager. En overve­jende fysiologisk udløst smerte vil, jo længere den varer, vedligeholdes eller forstærkes af psy­kiske faktorer. Omvendt kan en psykisk udløst smerte medføre fysiske forandringer, der vedli­geholder eller forstærker smerten. Som ek­sempel kan nævnes, at den statiske muskel­spænding, som psykisk stress kan medføre, og som opleves smertende, kan føre til dårligere blodforsyning i den anspændte muskel, hvilket vil give øget udskillelse af sure stofskiftepro­dukter, en i sig selv smertefremkaldende stimu­lus. Muligvis skyldes smerterne en relativ hyp-oksi, fordi den anspændte muskel har et øget iltbehov, som ikke kan honoreres.

Smertens fysiologi

Fra smertereceptorer (nociceptorer) i hud, slimhinder, led, muskler, knogle og indvolde le­des impulser, udløst ved kemisk, termisk eller mekanisk påvirkning, ind i centralnervesyste­met til substantia gelatinosa i baghornene i me-dulla spinalis.

De impuisiedende fibre inddeles i tynde, umyeliniserede C-fibre og tykke, myeliniserede A-delta-fibre. A-delta-fibrene leder hurtigt, og ved stimulation opleves skarpe smerter. Genta­gen stimulation reducerer følsomheden. C-fi-brene leder impulsen langsomt og vil ved sti­mulation give murrende, dumpe smerter.

Ved gentagen eller langvarig stimulation sker der ændringer i det kemiske miljø, som di­rekte eller indirekte øger nociceptorernes føl­somhed. Der frigøres en række smertefremkal­dende stoffer, algogene substanser, der kan sensibilisere og/eller aktivere nociceptorerne. Sådanne algogene substanser er f.eks. prostag-landiner, histamin og serotonin. Herved afgiver nociceptorerne flere impulser end normalt også på relativt beskedne og mekaniske og kemiske stimuli. Dette kan være en forklaring på, at pa­tienter med inflammatoriske ledlidelser, f.eks. gigt, kan have stærke smerter trods relativt be­skedne, synlige vævsforandringer.

Efter synapsedannelse i substantia gelati­nosa krydser A-delta- og C-fibrene over til mod­satte side. Herfra fører de hurtigt ledende fibre til thalamus, mens de langsomt ledende fører til det retikulære system i hjernestammen, for derefter at sende tråde til thalamus (1, 4). Im­pulsen ender i cortex cerebri, hvor smerten op­fattes og fortolkes under påvirkning af andre områder i cortex.

Impulsoverledningen gennem disse afferente nerver har været genstand for forskellige teori­er, hvoraf tre skal resumeres her.

Den specifikke teori

Fig. 200 Figuren viser de afferente sensoriske nerve­trådes forløb og synapser i medulla spinalis og thalamus.

Ifølge denne teori er smertereceptorerne i væ­vene specifikke, dvs. at enhver type smerte (f.eks. stik, tryk) har sin særlige smertefiber og sit særlige forløb til hjernen, hvor smerten op­fattes. Teorien kan forklare mange smertefæ­nomener, men er utilstrækkelig, når man skal forklare, hvorfor en bestemt smertestimulus ikke altid giver samme smerteoplevelse, hver­ken hos forskellige individer eller hos samme individ. Overskæring eller bedøvelse af en



38 Smerter

Fig. 201 Forenklet fremstilling af smerteimpulsens

Hjerne

Smerteopfattelse Smerteerfaring





vej gennem centralnervesystemet. Figuren viser også, hvor hæmning af smerteimpulsen er mulig. I første synapse i baghornet kan impulser fra A-fibre hæmme overledningen. Sort trekant symboliserer en hæmning. Zigzag-pilen symboliserer en hæmmende im­puls. I samme synapse i baghornet kan hæmningen også skyldes en impuls fra hjernestammen. I synapsen i tha­lamus kan neurohormonerne endorfin og enkefalin (og morfin) hæmme impulsoverledningen. I hjernen vil smerteperception og smerteerfaring hæmme impulsoverledningen i sidste synapse.

smertebane skulle ifølge teorien umuliggøre et smerteindtryk, men dette er ikke altid tilfæl­det.

Portteorien (Gate control theory) Teorien søger at forklare nogle af de fænome­ner, som den specifikke teori ikke kan give svar på. Teorien bygger på, at der løber nogle A-fi­bre, der leder varme-, kulde og trykimpulser, i samme nervetråde som C- og A-delta-fibrene, og at de har synapse samme steder. Ved stimula­tion af A-fibre hæmmes impulsoverledningen

gennem C- og A-delta-fibrene i synapsen i bag­hornet, hvor en »port-mekanisme« i substantia gelatinosa lukker for smerteimpulsen.

Portteorien forklarer herved, at det at udøve et tryk i nærheden af det smertende område og brug af f.eks. varmepude (perifer stimulation af A-fibre) nedsætter smerteoplevelsen. Porten kan åbnes for smerteimpulser ved impulser fra hjernen. Det kan være tidligere smerteoplevel­ser, angst, stress og andre emotioner, der akti­verer de impulser, der åbner for porten. Ved nedsættelse af øvrige sanse stimuli kan porten ligeledes åbnes, hvilket kan forklare, at smer­ter ofte opleves værst om natten, når sansesti­mulationen er mindst.

Kritikere af portteorien hævder, at den ikke er bevist fysiologisk, og at effekten skyldes for­ventninger (placebo-effekt), eller at portene be­finder sig andetsteds i centralnervesystemet.

Smerteimpuls

Fig. 202 Princippet i portteorien er her symboliseret med en tovejshane, der åbner og lukker for impulser gen­nem nervefibrene i substantia gelatinosa i baghornet. Fig. a viser, hvordan smerteimpulsen uhindret kan pas­sere gennem A-delta- og C-fibre.

Fig. b viser, hvordan stimulation af A-fibre enten peri­fert eller fra hjernen, lukker porten, så smerteimpulsen ikke når op til hjernen.

Teori om kronisk smerte I C-fibrene er også et stort antal efferente ner­vefibre fra det sympatiske nervesystem.

I visse tilfælde kan de efferente, sympatiske nervefibre overføre impulser direkte til de affe­rente fibre, hvor nervefibrene ligger så tæt, at en kortslutning kan opstå, eller hvor nerverne er blevet læderet. Uden stimulation af de peri­fere smertereceptorer skulle en smerteimpuls således kunne opstå i de afferente baner. En så­dan ond cirkel indebærer muligvis noget af for-klaringen på visse kroniske smerter.

Psykogen smerte

En psykogen smerte er en smerte, hvor legem­lig skade ikke kan påvises eller ikke er af en sådan art, at den kan forklare smerteoplevel­sen, og hvor de udløsende faktorer helt eller overvejende er psykiske. Fænomenet kaldes også en konversionsneurose og kan vise sig som kroniske underlivssmerter, mave-, hoved­eller rygsmerter.

Man formoder, at sådanne smerter er udtryk for en ubevidst, sjælelig konflikt, ofte opstået på et tidligt udviklingstrin. Oplevelsen af fysisk smerte kan således opfattes som en udtryksform, en måde at udtrykke sin ubevidste konflikt på. Patienten simulerer ikke og vil benægte enhver sjælelig konflikt; den er totalt fortrængt (primær sygdomsgevinst, se bind I side 289) (5).

At smerte kan være et kommunikations-middel kendes også fra mennesker i stærk sorg eller hos pårørende til alvorligt syge, der ud­trykker deres frygt og bekymring ved at få smerter svarende til den syges symptomer. Også i disse tilfælde vil den psykiske baggrund være ubevidst.

Sekundærgevinsten består i, at omgivelserne respekterer smerteudtrykkene og viser den syge hensyn af forskellig art. En sådan hensyn­tagen kan f.eks. være lægers og sygeplejerskers indsats for at finde en organisk forMaring på smerten. Også appellen efter sygdomsgevinst er ubevidst. Den syge er overbevist om, at der må være en organisk forMaring. De mennesker, appellen er rettet imod, kan som patienten selv betragtes som ofre (2).

Smerteoplevelse

Et utal af faktorer påvirker smerteoplevelsen: miljømæssige, fysiologiske, psykiske, sociale og kulturelle. Først skal nogle begreber dog kort omtales under fællesbetegnelsen smertetær­skel.

Smertetærskel

Smerteoplevelsestærsklen er den mindste sti­mulus, som en person vil opleve som smertevol­dende. Denne tærskel er stort set ens for alle mennesker. Smerteopfattelsestærsklen kan dog øges eller sænkes ved forskellige neurologi­ske lidelser og ved indgift af kemiske stoffer.

Hyperalgesi er en sygeligt nedsat smerteop-fattelsestærskel, dvs. at mindre stimulus end vanligt forårsager smerter. Stoffer, herunder neurotransmittere, der således øger følsomhe­den for smertestimuli, frigøres ved vævsbeska­digelse fra vævene (prostaglandiner, leukotrie-nery Mstamin, kaliumioner), fra kredsløbet (se-rotonin, bradykinin) og fra de perifere nerver (Substans-P).

Hypoalgesi er en nedsat følsomhed for smer­testimuli, dvs. at smerteopfattelses tærsklen er højere. Neurohormonerne endorfin og enkefa-lin, begge stofifer med morfinlignende virkning, dannes i hjernen. Endorfin og enkefalin bloke­rer synapserne i smertebanen og hindrer der­ved impulserne i at nå centrene for smerteople­velse. .

Smertetolerancetærsklen er det højeste smerteniveau, en person kan udholde. Toleran­cetærsklen er i modsætning til opfattelses-tærsklen overordentlig forskellig ikke blot fra individ til individ, men også hos det enkelte in­divid, afhængigt af de faktorer, der har indfly­delse på smerteoplevelsen.

40 Smerter

Faktorer, der indvirker på smerteoplevelsen



Når man ser på Melzacks definition af smerter (side 35), fremgår det, at en lang række fakto­rer må have indflydelse på, hvordan smerte op­leves. Melzack nævner forhistorien, dvs. socio­kulturelle forhold, meningen, dvs. fortolknin­gen af smerten og den betydning, man tillæg­ger den, samt sindstemningen, dvs. de aktuelle følelser. Fysiologiske forhold spiller dog også ind på smerteoplevelsen, f.eks. hvor smerten sidder, og hvor stærk den er.

Smerteoplevelsen kan siges at være en hel­hedsopfattelse af somatiske smertestimuli, emotioner, motivation og tankevirksomhed. So­ciale og eksistentielle forhold indvirker derfor også på smerteoplevelsen (8), hvilket kan ud­trykkes i en model. Se fig. 203.

Andre modeller udspecificerer flere faktorer, som indvirker på smerteoplevelsen (se fig. 204), men i princippet er det den samme helhedsop­fattelse, der går igen i de fleste modeller for, hvad der har betydning for smerteoplevelsen.

Socio-kulturelle forhold

Fig. 203 Forskellige faktorers indvirken på smerte­oplevelsen (8).

Ved at sammenligne forskellige folkeslags smerteadfærd har man fundet store forskelle i smerteoplevelse og smerteudtryk. Det er van­skeligt at skelne mellem subjektive og objektive



Fig. 204 Forskellige faktorers indvirken på smerte­oplevelsen (3, 9).

fænomener som smerteoplevelse og smertead­færd. I andre samfund, f.eks. islamiske, er vold­somme udtryk som skrig og gråd en adfærd, der er alment accepteret, fordi den menes at være smertedæmpende. Selve smerteoplevelsen be­høver ikke nødvendigvis at være tilsvarende in­tens. Danskere vil ofte betragte sydlændinge som særlig ømskindede og f.eks. grønlændere som meget hårdføre. Forventninger og for­domme indvirker uden tvivl på sådanne opfat­telser, hvilket dog ikke udelukker, at oplevel­serne er forskellige.

Der er ikke blot forskel mellem etniske grup­pers smerteoplevelse, men også forskel mellem subkulturer og familier. Også kønnene imellem kan der påvises forskelle i smerteoplevelse og smerteadfærd, forskelle som ikke kan forklares biologisk, men som hidrører fra forskelle i op­dragelse, mands- og kvindekultur.

Indgriben i de socio-kulturelle forhold for at mindske smerteoplevelsen må anses for ureali­stisk.

Det fysiske miljø

En smerte vil opleves som voldsommere, hvis man samtidigt påvirkes aflys, støj, kulde eller varme. Fænomenet er alment kendt. De fleste

har f.eks. erfaring med, at hovedpine forværres på en urolig arbejdsplads, men mildnes, når man trækker sig tilbage til rolige, mørke omgi­velser.

Understimulering af sanserne har en tilsva­rende virkning. Isolation fra andre mennesker og berøvelse af øvrige sansestimuli vil for­stærke oplevelsen af en smerte.

Fysiologiske forhold

Træthed, udmattelse, iltmangel, forstoppelse, kløe, feber, kvalme mm. vil forstærke smerte­oplevelsen.

Stor aktivitetsudvidelse nedsætter smerteop­levelsen. Ved voldsom fysisk aktivitet udskilles øgede mængder endorfiner til blodet, hvilket kan forklare, at f.eks. løberen ikke mærker, hvordan skoen slider hul på hælen, mens han løber, men først oplever smerten, når løbet er forbi. Kondiløbere kan opleve en tilvænning til denne hormonpåvirkning i en sådan grad, at de får abstinenser, dvs. føler rastløshed og fysisk ubehag, hvis de forhindres i den daglige, fysi­ske udfoldelse.

Smertens kvalitet, lokalisation og intensitet

Smerter i vitale organer f.eks. i hjerte, lunger og mave vil ofte være sværere at tolerere end smerter i f.eks. ekstremiteterne. Varighed, styrke og hvor pludseligt eller gradvist, smer­ten sætter ind, har også indflydelse på oplevel­sen. En pludselig opstået smerte vil ofte ople­ves som værre end en, der gradvis sætter ind. Dette forhold kan ikke adskilles fra den symbo­lik og betydning, man tillægger smerten på bag­grund af tidligere erfaringer. Smerteoplevelsen afhænger også af, om påvirkningen er tilta­gende eller aftagende. En smerte, der opleves med stigende intensitet, opleves værre, end hvis den er faldende.

Kognitive processer

Tidligere erfaringer og viden om smertens år­sag og betydning spiller en stor rolle for ople­velsen. Netop ved at påvirke de kognitive pro­cesser har behandleren mulighed for at mind­ske smerteoplevelsen. Gennem information om og forklaring af smertens patofysiologi kan smerten ofte lettere forstås og accepteres af pa­tienten. Dette hænger i høj grad sammen med angstbegrebet, idet smerte af ukendt oprin­delse og betydning er angstfremkaldende, og angst forstærker smerteoplevelsen. Angst, uvi­denhed og smerte vil indgå i en ond cirkel.

Man kan dog ikke være sikker på, at oplys­ning altid vil reducere smerteoplevelsen. Men­neskene har forskellig måde at håndtere smerte på, forskellig mestringsstrategier.

Nogle reducerer smerteoplevelsen ved at se smerten i øjnene og bearbejde den intellektu­elt. Andre kan håndtere smerten ved at undgå konfrontation med dens årsag og betydning, smerten så at sige isoleres fra bevidstheden. Denne viden om forskelle i måden at håndtere smerte på viser, at oplysning om f.eks. forven­tede smerter ved undersøgelse og behandling ikke altid er hensigtsmæssig. Konklusionen må være, at detaljeret oplysning om smerter ikke skal gennemføres som rutinehandling, men må afpasses efter, hvad patienten giver udtryk for. Man må altså være åben for, om patienten op­lever ubehag og ængstes, når der tales om smer­ter. Forventninger om, at noget vil medføre smerter, kan forårsage angst og forøge smerter­ne.

Sindsstemning

Angst, sorg, frygt o. lign. vil forøge smerteople­velsen. Glæde og forventning vil mindske den. Den ubehagelige smerteoplevelse kan desuden være kombineret med lystfølelse. Svære fød-selssmerter kan opleves som lystbetonede sam­tidig. De symboliserer det ventede barn og af­slutningen af svangerskabet. Ved f.eks. tatove­ring, der er absolut smertevoldende, er smer­ten ønsket, en del af ritualet omkring udsmyk­ningen.

Motivation

En patient, der gennem længere tid har følt smerter, og som kan loves smertefrihed efter f.eks. en operation, vil ofte være motiveret for at gennemgå operationen og udholde opera­tionssmerter, fordi gevinsten på den anden side er smertefrihed.

Jo mere relevant man oplever en undersøgel­se, der forudgår en behandling, des mindre kan smerten opleves. En indsprøjtning, en kanyle til blodprøvetagning eller lignende opleves næppe som smertevoldende, fordi patienten ved, det gælder hans tarv. Stik med nåle af til­svarende kaliber i dagligdagen vil forårsage en helt anden og voldsommere smerteoplevelse og smertereaktion.

Omgivelsernes holdning

Det er ikke ualmindeligt, at læger og sygeple­jersker med tiden sløves over for patienternes smerter. Nye sygeplejestuderende og pårørende vil ofte påvirkes stærkt følelsesmæssigt, når de er vidne til en patients smerteudtryk. Disse fø­lelser dæmpes efterhånden; sandsynligvis er det en forsvarsmekanisme, som tjener til at be­skytte behandleren. Denne følelsesafmatning og det aftagende engagement kan forstærke pa­tientens smerteoplevelse: »Jeg er alene, ingen forstår, hvor slemt jeg har det.« På den anden side kan en professionel ro, såfremt den udtryk­ker, at personalet har kontrol over situationen og ved, hvordan smerterne skal dæmpes, virke tillidvækkende og nedsættende på smerteople­velsen. Det stærke følelsesmæssige engage­ment, som den uerfarne oplever, er ofte ud­sprunget af magtesløshed over for smerten og kan i sig selv øge patientens smerteoplevelse. En professionel holdning og adfærd, hvis formål er at dæmpe smerteoplevelsen hos patienten, indebærer ikke manglende engagement, men forståelse og respekt for patientens smerteople­velse samt viden og kunnen til at mindske smerteoplevelsen.

Rolle

En patient, der har smerter, vil ofte føle sig helt i lommen på andre, underkastet andres forgodt­befindende. Følelsen har rod i virkeligheden. Hvis personalets holdning er, at der skal spares på medicinen, vil patienten ikke kunne stille meget op. Patienten tvinges ind i en ydmygen­de, tiggende og passiv rolle. Måske må han overspille for at få hjælp, hvilket vil opleves endnu mere ydmygende. Den, der har smerter, er et offer, der må undgælde for medicinmisbru­geres og simulanters indvirkning på samfun­dets holdning til brug af smertestillende medi­cin.

Jo mere magtesløs, man føler sig, des mindre kontrol man har over sine smerter, des stær­kere bliver smerteoplevelsen.

Personlighedsstruktur

Personlighedsstrukturen er af stor betydning for smerteoplevelsen. Personhghedsstrukturen og den socio-kulturelle baggrund hænger tæt sammen og er stort set lige utilgængelige for på­virkninger.

Personlighedsstrukturen fastlægges i løbet af den tidlige udvikling. Tillid, skyldfølelse, temperament, intellekt, følelsesmæssig svin-gen, modenhed mm. har betydning for smerte­oplevelse og smerteudtryk. Selv om behandle­ren ikke har mulighed for at påvirke sådanne karaktertræk, er det af betydning at kende dem og acceptere dem, da personlighedstrækkene kan være vejledende for, hvilken smertebe­handling patienten vil være bedst tjent med.

Smertereaktioner

En pludselig, intens smerte, dvs. akut smerte, fremkalder en reaktion, som den kendes fra ad­renalinpåvirkning, når det sympatiske nerve­system aktiveres (se side 36). En sådan alarm­reaktion er hensigtsmæssig og bereder indivi­det på at undgå eller flygte fra den smertefrem-kaldende stimulus. Se også under stress, side 241 i bind I.

Når smerten ophører, afløses den sympatiske reaktion af en modstandsreaktion, hvor det pa-rasympatiske nervesystem dominerer. I denne fase kan puls og blodtryk falde, i visse tilfælde til faretruende lave værdier. I forbindelse med eksempelvis færdselsulykker må man være me­get opmærksom på at forebygge denne mod­standsreaktion, som har vist sig at kunne føre til dødsfald.

Vedvarer smerten, foregår der en udmatning, en fysiologisk tilpasning, præget af manglende reaktioner. Langvarige, kroniske smerter forår­sager legemlige reaktioner, som de kendes fra glukokortikoider, dvs. at blandt andet protein­nedbrydningen fører til degenerative forandrin­ger og nedsat resistens.

De psykiske reaktioner vil være præget af angst og usikkerhed. Angst fremkalder fysiolo­giske reaktioner, der tilsvarer de reaktioner, som smerten fremkalder. I praksis cr det derfor ikke muligt at skelne mellem reaktioner frem­kaldt af angst og/eller smerter.

Smerter udløser også sociale reaktioner, men der kan være stor forskel på, hvordan de ytrer sig. Anvender patienten megen energi på at ud­holde eller beherske smerter, vil der være min­dre energi til samspil med omgivelserne. Andre vil bevidst eller ubevidst anvende smerten som et bindeled til omgivelserne, dvs. kommunikere med smerten. I begge tilfælde vil smerten på­virke samspillet med omgivelserne; der bliver mindre overskud til at interessere sig for andre mennesker og andre begivenheder. Smerten bli­ver det centrale.

Vurdering af smerter

For sygeplejersker er det en dagligdags forete­else at skulle vurdere en patients smerter, men det er ikke af den grund den letteste opgave. Patientens oplevelse, smertereaktion og udtryk for smerte indgår i vurderingen, dvs. at noget subjektivt, noget objektivt registrerbart og en måde at kommunikere på skal inddrages i en samlet vurdering, der igen skal afføde konkret handling for at lindre smerten. Dette komplice­res desuden af, at sygeplejerskens personlige holdning til smerter og patienter med smerter spiller ind på vurderingen af smertens styrke.

Nøglen til denne vanskelige vurdering er, at sygeplejersken søger at udforske smerterne fra patientens position, og at hun eller han er me­get lydhør over for patientens reaktioner og ud­tryk.

Der er også forskel på, hvordan man vil søge at udrede stærke, akutte smerter, og på hvor­dan man skal udspørge en patient med kroni­ske smerter eller cancersmerter.

Ved akutte smerter vil man især skulle lægge vægt på smertens lokalisation, styrke og kvali­tet, og hvilke følelser og reaktioner, der ledsa­ger smerten. Den akutte smerte kræver en hur­tig indgriben, og smertelindringen skal ikke af­vente en gennemgribende dataindsamling, analyse og fortolkning.

Ved kroniske smerter, hvor langt flere fakto­rer spiller ind på smerteoplevelsen, er det der­imod på sin plads også at rette opmærksomhe­den på forhistorien, tidligere erfaringer med smerteprovokation og -lindring, funktionsni­veau m.v.

I dataindsamlingen indgår tre væsentlige områder, der får betydning for valg af smerte­behandling: Hvordan smerten opleves, hvilken årsag smerten har, og hvad patienten selv me­ner, vil indvirke på smerterne, herunder evalu­ering af smertelindrende behandling. Metoden i dataindsamlingen vil være forskellig inden for de tre områder.

Subjektive data

Når patienten skal meddele sig om sine smer­teoplevelser, vil det ofte indebære, at han skal åbne for sine følelser og udtale sig om sin frygt og sine forhåbninger. På forhånd ved sygepie­jersken ikke, hvad patienten kan eller vil ud­trykke. En samtale, hvor det forventes, at pa­tienten åbner sig, kræver, at der opstår tillid mellem parterne, at sygeplejersken engagerer sig og lytter med øjne og ører. Ydre forhold er af stor betydning. Ingen vil føle trang til at åbne sig, hvis sygeplejersken står op og tripper utål­modigt, hvis hvert ord noteres ned, eller hvis uvedkommende lytter med eller forstyrrer.

Åbningsspørgsmål kan f.eks. være af den ud­forskende type (se side 253): »Fortæl om dine smerter« og/eller af den affektive type: »Du har det slemt med dine smerter?« Sygeplejerskens evne til at lytte og finde ind til patienten er af­gørende for, hvordan samtalen forløber.

At lytte med øjnene vil sige, at sygeplejer­sken dels viser sin interesse, dels observerer patientens udtryk. Man kan komme ud for, at patienten siger ét, men udtrykker noget andet. Måske udtrykker patienten verbalt sig tapper, mens kroppen udtrykker ængstelse. Hvis syge­plejersken skal bryde en sådan dobbeltkommu­nikation, kan hun konfrontere patienten med sine iagttagelser: »Jeg synes, du ser meget æng­stelig ud.« Det modsatte kan også forekomme: Patienten udtrykker med ord, at smerten er uli­delig, mens mimik, tonefald og øvrige adfærd viser, at han er upåvirket.

Man kan ikke generelt sige, at et smertein­terview skal indledes med åbne spørgsmål. Må­ske reagerer patienten, så sygeplejersken må skifte spørgeteknik, måske er situationen af en sådan art, at man vælger at spørge mere kon­kret. De fleste ville nok finde det underligt, hvis f.eks. tandlægen indledte en konsultation ved at sætte sig ned og sige: »Fortæl om dine smer­ter.« Her ville man nok forvente, at man straks fik lejlighed til at udpege den syge tand. Situa­tionsfornemmelse er uundværligt i smertein­terviewet.

Patientens villighed til at udtrykke sig

Man skal ikke forvente, at en patient uhæm­met redegør for sin oplevelse af smerter. Smer­teudtrykket er meget afhængigt af kultur og samspillet med omgivelserne.

I en amerikansk undersøgelse blev en række patienter spurgt om, hvorvidt de kunne lide at tale om deres smerter, og såfremt de svarede benægtende, skulle de angive årsagen. Over en trediedel af patienterne angav, at de ikke brød sig om at diskutere deres smerter med andre.

Patienterne gav hyppigst udtryk for, at grun­den til, at de ikke diskuterede deres smerter med andre, var, at de ikke mente, at folk i al­mindelighed var interesseret i at høre om an­dres smerter (8).

Resultaterne, der er angivet i fig. 205, kan dog ikke uden videre overføres til patientens udtryk over for den læge eller sygeplejerske, der spørger direkte, og som har en professionel interesse i at høre om smerter. Men man kan udlede af resultaterne, at det ikke nødvendig­vis er den patient, der udtaler sig spontant, der har flest smerter, og at mange mennesker er til­bageholdende med at indvi andre i deres smer­teoplevelser.

Sprog

Hverken i IASPs eller Melzacks definition på smerter (se side 35), skelnes mellem smerte og andet ubehag. Det er dog sædvanligt, at man skelner mellem smerte og ubehag i dagligda­gen, og vi har hver vor måde at karakterisere kropssensationerne på.

200 patienter i alderen 16-82 blev spurgt, om de havde erfaringer med forskellige tilstande eller begivenheder, som man ofte forbinder med smerter. Spørgsmålet lød f.eks.: »Har du prøvet at få klemt en finger i en dør?« Af de 129, der havde prøvet dette, angav de 96%, at det voldte smerter, 4% angav, at det var ubehageligt. Kløe havde 148 patienter erfaringer med, og 80% fandt det ubehageligt, 7% kaldte det smerter, mens 13% hverken kaldte det smertevoldende

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Bryder De Dem om at tale om Deres smerter?

|  |
| --- |
| Hvorfor bryder De Dem ikke om at tale om Deres smerter? |
|  | Akut smerte Kroniske smerter Smerter, der forværres(27 patienter) (20 patienter) (30 patienter) |
| Ønsker ikke sympatiAndre har deres egne problemer eller er ikke interesseret i mineSocialt stemplende (stigmatiserende) at beklage sig Andre svar | 11,1% 16,7% 11,8%44,4% 41,6% 23,5% 0 8,3% 35,3% 44,4% 33,3% 29,4% |

Fig. 205 Resultaterne fra Jacox\* undersøgelse af patienters tilbøjelighed til at tale med andre om deres smerter (8). |
|  |  | Akut smerte | Kroniske smerter | Smerter, der forværres |
|  |  | (27 patienter) | (20 patienter) | (30 patienter) |
| Nej |  | 39% | 45% | 33% |
| Ja |  | 30% | 25% | 27% |
| Ved ikke |  | 31% | 30% | 40% |

eller ubehageligt (8). I fig. 206 er resultaterne vist.

Man kan konkludere, at ordvalget i et inter­view kan være afgørende for, hvilket svar man får, og at en benægtelse af smerter ikke er ens­betydende med, at patienten har det godt. Nogle mennesker anvender kun ordet smerte om akut opståede, skarpe eller dunkende kropssensationer. På samme måde falder det heller ikke naturligt at benytte ordet ubehag om psyko-sociale begivenheder f.eks. ventetid og uvenligt personale.

Vi taler ikke samme sprog, når smerter og ubehag skal beskrives.

Måling af smerte

Smerter kan ikke måles objektivt, men det er i nogen grad muligt at måle patientens udtryk for sin oplevelse vha. forskellige skemaer, så re­sultaterne bliver rimeligt gyldige og pålidelige (10).

En af de enkleste metoder er at få patienten til at vælge ét af en række standardudtryk for at angive smertens (eller ubehagets) intensitet. Smerten kan f.eks. beskrive som: eller man kan bede patienten om at indtegne, hvor på en ret linie af en given længde, han op­lever styrken af smerten. En sådan skala kal­des VAS, en forkortelse af »Visual Analog Sca-le«. Linien kan evt. gradueres (fig. 207).

En sådan måling af smerteoplevelsen siger ikke nødvendigvis sygeplejersken noget i første omgang, men når en smertestillende behand­ling skal evalueres, er det af største betydning, at man kan sammenligne patientens oplevelser før og efter en given smertebehandling. Af samme grund har det også betydning, at alle, der deltager i patientens pleje, anvender samme målemetode, og at alle kan anvende den. Ofte vil man foretrække den enkleste me­tode og forbeholde mere komplicerede metoder til patienter, hvis smerter er vanskelige at be­handle.

Måling af smerteintensitet vha. sådanne ska­laer kan anvendes ved vurderingen af akutte smerter og en del cancertilstande, men skal ta­ges med et vist forbehold ved kroniske ikke-ma-ligne smertetilstande, hvor der ofte kan være uoverensstemmelse mellem patientens adfærd og hans smerteangivelser (9).

Ingen - let - moderat - svær - uudholdelig

46 Smerter

SMERTE

UBEHAG

Tilstand eller

begivenhed

96

75 71 70

66 64

56

Antal der % der kaldte havde erta- det smerte­ringer hermed voldende

Smække en dør i på en 129
finger

Dunkende hovedpine 135

Skarp følelse i brystet 98

Vending de første dage 127
efter operation

Muskelkramper 155

Hoste de første dage efter 124
operation

Komme ud og ind ad sen- 126
gen de første dage
efter en operation

Tilstand eller

begivenhed

Kløe

Ligge i samme stilling gennem længere tid

Nedlæggelse af sonde gennem næse

Følelse af udspilet abdomen

Kvalme og opkastning

Manglende venlighed og omtanke hos pleje­personale

Åndenød

Muskelsmerter

Sonde ført op i rectum

Begrænsning i fysisk aktivitet

Ondt i halsen

Vente på undersøgelse eller behandling

Antal der havde erfa­ringer hermed

148 157

83

144

174 75

107 107 96 179

169 173

% der kaldte det ube­hageligt

80 78

77

72

70 64

63 63 57 55

55 51

Fig. 206 Oplevelser, der karakteriseres som

der de færreste gange er angivet som værende

smertevoldende eller ubehagelige er rangordnet, så de begivenheder, smertevoldende, står nederst (8).



Ingen Uudholdelige smerter smerter

Fig. 207 Skala, hvor patienten kan indtegne, hvor in­tenst han oplever sin smerte.

Den 10 cm lange skala kaldes en Visual Analog Scale (VAS).

Karakteristika ved smerten

Når årsagen til smerten skal indkredses, må en

nøjere beskrivelse af smerten foretages.

I interview og observation må derfor også indgå spørgsmål og iagttagelser, der er direkte og styrende. Her er kognitive og konfronterende spørgsmål formålstjenlige (se side 253).

Lokalisation

Hvor sidder smerten? Hvortil udstråler smer­ten?

Det er dog ikke altid så lige til for en patient at angive, hvor en smerte sidder, især ikke hvis den er diffus. Det kan evt. hjælpe patienten at få lejlighed til at tegne smerten ind på et kort over kroppen (body chart).

Man skal også bemærke, hvordan patienten udpeger smertens sæde, om han peger på et be­stemt punkt med en finger, eller om det foregår med en flad hånd, der kører rundt over et om­råde. Små børn angiver meget ofte maven som sæde for smerter, også selv om det kan være ho­vedet eller ørerne, der er lidende.

Smerters lokalisation er dog ikke altid sæde for vævspåvirkningen. Hjertekramper (angina pectoris) projiceres f.eks. ofte ud i venstre arm, abdominale lidelser kan give skuldersmerter, og efter amputation lider nogle mennesker af smerter i den amputerede legemsdel (fantom­smerter).

Smerters lokalisation kan desuden angives som:

* Overfladiske eller kutane smerter. Det fo­rekommer f.eks. ved forbrændinger, skader på huden og hudsygdomme, men neurogene smerter kan også projiceres ud på huden, svarende til den lidende nerves udbrednings-område i huden (1).
* Dybe, viscerale smerter. Smerter fra indvol­dene kan være svære at lokalisere, da de in- > deholder forholdsvis få nociceptorer. Smer­terne vil ofte føles som dybe, borende, dum­pe, evt. kolikagtige, og de kan også projiceres til andre organer f.eks. til hud og muskler. Viscerale smerter ledsages ofte af kvalme, opkastning, sveden, ændret hudfarve og pi-loerektion, dvs. at hårene rejser sig på et hudområde (1)
* Muskuloskeletale smerter. Muskler, led, se­ner, periost og spongiøst knoglevæv har mange nociceptorer. Smerten beskrives ofte som dump eller borende, og smerten kan være projiceret ud til huden. Ved inflamma­tion i led, sener og seneskeder øges nocicep­torerne følsomhed, og vævet bliver hyperal-gesisk, så der kun skal ringe bevægelse eller berøring til, før der udløses smerter.
* Neurogene smerter. Neurogene smerter fo­rekommer, når der opstår skader i det senso­riske nervesystem, og de opstår uafhængigt af, hvad der har forårsaget læsionen. Neuro­gene smerter er som regel lokaliseret til den påvirkede sensitive Tierves udbredelsesområ­de. Det er f.eks. karakteristisk ved sygdom­men helvedesild (herpes zoster), en virussyg­dom, som angriber spinalgangUerne, og som giver svære smerter i de påvirkede nervers udbredelsesområde. Neurogene smerter kan opstå efter amputation (fantomsmerter), ved cancer, ved kompression af de sensitive ner­ver i de bageste rødder af spinalnerverne (ra-dikulære smerter ved f.eks. diskosprolaps), ved en særlig type ansigtssmerter, som strå­ler ud i nervus trigeminiområdet {trigemi-nusneuralgi), og ved apopleksi, diabetes mel-litus og alkoholisme.

Ved neurogene smerter er der ikke nødvendig­vis en påviselig vævsskade, og smerterne kan være forsinkede, så de først opstår uger til må­neder efter den oprindelige vævsskade. Smer­tenkan være brændende og sviende, jagende el­ler elektrisk. Den kan være ledsaget af sensibi­litetstab, mens der ofte kun skal ganske små stimuli til at udløse den, og gentagen stimula­tion kan forværre smerten voldsomt og give an­ledning til eftersmerter (1).

Provokation

Hvad provokerer smerten? Særlige bevægelser, legemsstillinger, anstrengelser, fødemidler, træthed, stress eller andet?

Det er også væsentligt at få oplyst, om der er noget bestemt, der lindrer smerten.

Varighed og rytme

Er smerterne konstante, turevise, periodiske? Hvornår begyndte smerterne, hvor længe har de varet?

Kvalitet

Smerters kvalitet kan angives som:

1. Diffuse, dybe, borende smerter.
2. Overfladiske, brændende, sviende, stik­kende smerter (dysæstesier).
3. Jagende smerter (neuralgier).
4. Kramper i tværstribet muskulatur eller i glat muskulatur (tenesmi, kolik).

Beskrivelse af smerters kvalitet kan bl.a. være vejledende for, hvilken type smertestillendde medicin, der vil have effekt (9).

Intensitet

Kan smerten karakteriseres som let, moderat, svær, uudholdelig? Hertil kan anvendes en skala som vist i fig. 207.

Ledsagesymptomer

Ledsagesymptomer kan ofte forklares med ak­tivering af enten det sympatiske eller det para-sympatiske nervesystem, f.eks. hovedpine, svimmelhed, kvalme, opkastning, obstipation, diaré eller sveden. Ledsagesymptomer kan også være provokeret direkte af den samme vævsskade, som forårsager smerterne, eller de kan hænge sammen med de følelser, smerterne udløser. Det kan f.eks. være dyspnø, følelsesløs­hed, søvnforstyrrelser, kraftnedsættelse, funk­tionsindskrænkning, træthed, angst mm.

Objektive tegn på smerter En person med smerter udtrykker sig ikke kun med ord. Smerter kan også give sig udtryk i for­skellige reaktioner, f.eks. med lyde, ansigtsud­tryk, i kropssprog og socialt.

Nogle patienter er ude af stand til at ud­trykke sig sprogligt, og her er en nøje observa­tion og vurdering af eventuelle kropsreaktioner altafgørende for, om patienten får tilstrækkelig smertebehandling. Det gælder børn, der endnu ikke kan tale. Det kan være døende patienter, det kan være lammede, patienter i respirator, patienter med afasi m.fl. Selv patienter i fuld bedøvelse kan have smerter, fordi man som re­gel vil anvende så ringe en mængde narkose­midler som muligt a.h.t. disse stoffers giftvirk­ning, hvorved en fuld narkose ofte må supple­res med smertestillende midler, som bl.a. dose­res under observation af tegn på smerter.

Stående over for en patient, der angiver at have smerter, vil man forvente overensstem­melse mellem de verbale og de nonverbale smertereaktioner. Det er der ikke altid, og hvis der er tvivl, må man som hovedregel forlade sig på det udtryk, der klarest angiver smerter, hvad enten det så er, hvad patienten siger, eller det er kropssproget.

Foruden reaktioner fra det sympatiske og pa-rasympatiske nervesystem (se side 36), kan smerter udløse anden adfærd:

Patienten kan give lyd fra sig iform af klyn­ken, gråd, skrig, gisp, grynten o. lign. Det kan være uvilkårlige udbrud, eller det kan være en bevidst måde at tiltrække sig opmærksomhed på. Småbørn har som regel kun gråden som ver­bal udtryksform.

Ansigtsmimikken er hos mennesket næsten Uge så karakteristisk som verbale udtryk for smerter. Hos den smertepåvirkede kan man se grimasseren, sanimenbidte tænder, panderyn­ken, biden i læberne, stramme kæbemuskler, sammenknebne eller vidt åbne læber eller øjne.

Den øvrige del af kroppen kan somme tider i sit bevægemønster give et fingerpeg om, hvor­fra smerterne stammer. Det kan være arme og hænder, der griber til et bestemt område af kroppen. Den sammenkrummede fosterstilling indtages ofte ved smerter i abdomen. En pa­tient med angina pektorisanfald vil forholde sig i fuldstændig ro, en patient med akut myokar-dieinfarkt kan ses gribe sig til brystet eller hal­sen. Smerter i muskler, led og knogler fører til immobilisering af legemsdelen. Ved svære ab-dominalsmerter kan abdominalmusklerne blive bræthårde, og ved smerter i brystregionen bliver respirationen overfladisk, og hostereflek­serne undertrykkes. Muskelanspændthed, hvi­leløshed, bevægelser med hænder og fingre, rokken frem og tilbage, rytmiske eller gnidende bevægelser er andre kropsbevægelser, der kan tyde på smerter.

Nogle gange vil den smertepåvirkede undgå social kontakt, undgå tale og samtale, koncen­trationsbesvær, tabe interesse og opmærksom­hed over omgivelserne og måske kun interes­sere sig for aktiviteter, der giver smertelindring.

Patienter med aldersdemens og deraf føl­gende kognitivt svigt kan have svært ved at give udtryk for såvel komplicerede følelser som smertende fysiske tilstande. Det kan både re­sultere i, at en aldersdement giver udtryk for ikke-eksisterende smerter som en måde at kommunikere på og opnå kontakt på. Men det kan også være, at en smertefuld tilstand kun giver sig udtryk i ændret adfærd. Derfor er ob-



Sygepleje - teori og metode iii 4

50 Smerter

servation af adfærden og tolkning af nonverbal adfærd overordentlig vigtig hos gamle med de­mens, i særdeleshed fordi alderdommen følges af mange smertefulde sygdomme, især muskel-, led- og knoglesygdomme (15).

Erfaringer med smertebehandling Evaluering af smertebehandling kan kun fo­regå sammen med patienten.

I evalueringen indgår, at man forhører sig om, hvordan patienten selv har imødekommet sine smerter. Heri ligger også en vurdering af patientens ressourcer og mestringsstrategier. Hvilke reaktioner afføder smerten hos patien­ten? Trodser han smerten, eller indskrænker han sine udfoldelser? Indtager han særlige le-gemsstillinger, eller manipulerer han med led eller muskler?

Hvilken virkning har behandling haft? Har medicinsk, fysiurgisk, kirurgisk eller alterna­tiv behandling været virkningsfuld?

Det menneske, der oplever smerten, kan somme tider være den bedste til at foreslå smer­testillende handlinger. Her tænkes ikke på ki­rurgiske indgreb eller medikamentel behand­ling, som patienten ikke har erfaring med, men mere på enkle forhold som f.eks., at patienten foreslår, at han går i seng, får en varmepude, at

gardinerne rulles ned, at en ekstremitet flyttes, understøttes, eleveres, masseres eller lignende, at han bliver lejret anderledes osv.

I vurderingen indgår også, at behandleren overvejer, hvilken gevinst patienten får på smerte og behandling. Emnet kan være ømtå­leligt, da mekanismerne bag appellen om ge­vinst ofte er ubevidste. Patienten vil sandsyn­ligvis reagere med modstand, hvis han konfron­teres med overvejelserne.

Et begreb som f.eks. nedslidthed eksisterer bogstavelig talt ikke, hvis en person trænger til arbejdsmæssig aflastning. Kun anerkendte dia­gnoser fører til tilkendelse af pension og lignen­de. Den psykiske faktor i smerteoplevelsen kan være altdominerende, bestå efter behandling eller tiltage, jo længere smerterne varer. Det kan ikke i længden være i patientens tarv at skjule sine overvejelser, da hjælp til beher­skelse af smerterne ad psykologisk vej indebæ­rer, at patienten erkender, at den fysiologiske årsag til smerterne er af mindre betydning el­ler betydningsløs.

Holdninger til smerter Alene det at interessere sig for patienten og hendes eller hans smerter, at tage dem alvor­ligt og engagere sig, er smertelindrende. Da-



Fig. 208 Eksempel på, hvordan patientens måling eller beskrivelse af smertens styrke anvendes i planlægning og evaluering af plejen.

taindsamlingen kan altså virke terapeutisk. Forklaringen er sandsynligvis, at et helhedssyn på patienten og formidlingen af det budskab, at patienten ikke er alene med sine smerter, vir­ker dæmpende på smerteoplevelsen. Om tilli­den kan bevares, afhænger af, om sygeplejer­sken fortsat har mulighed for og ønske om at anvende sin viden om smerter og smertebe­handling.

Modstand hos patienten mod at blive kon­fronteret med psykiske faktorers indflydelse på smerteoplevelsen har været nævnt. Årsagen hertil er ikke blot, at de psykiske mekanismer er ubevidste, men måske i endnu højere grad, at vort samfund stempler mennesker med psy­kogene smerter, så det tangerer noget mindre­værdigt.

Hvis man skal gøre sig forhåbninger om at påvirke patienten ad psykisk vej, må behand­lernes negative holdninger først og fremmest revideres.

I en undersøgelse fra 1980 (11), hvor en række sygeplejersker blev præsenteret for en beskrivelse af en patient med symptomer på akutte smerter (kort varighed, objektive tegn på legemlig sygdom, ingen tegn på depression) og en tilsvarende beskrivelse af en patient med kroniske smerter (lang varighed, ingen objek­tive tegn på legemlig sygdom, symptomer på depression), angav sygeplejerskerne, at patien­ten med den akutte smerte havde flest smerter, og de var mere villige til at iværksætte smerte-lindrende handlinger end over for patienten med den kroniske smerte, specielt hvis denne var ung. Sygeplejerskerne var tilbøjelige til at kalde den akutte smerte for organisk og den kroniske smerte for psykogen (eller hysterisk).

På baggrund af denne undersøgelse fik 268 sygeplejersker i alle aldre, forskelligt uddannel­sesniveau og fra forskellige afdelinger præsen­teret en kort sygehistorie, hvor smertens varig­hed, lokalisation, symptomer på depression og tilstedeværelse eller fravær af fysiske sympto­mer var indføjet i forskellige variationer. Visse oplysninger var konstante, f.eks. lød patientens udsagn i alle sygehistorierne: »Jeg har svære smerter.«

Formålet med undersøgelsen (11) var at se, hvilke oplysninger sygeplejerskerne tillagde størst vægt, når de skulle vurdere, hvor stærke patientens smerter var, og hvilken behandling de ville vælge. Desuden skulle de tillægge pa­tienten en række personlige og adfærdsmæs­sige egenskaber.

Det viste sig, at fravær af fysiske symptomer samt angivelse af, at smerten havde varet læn­ge, fik sygeplejerskerne til at vurdere, at smer­ten var mindre intens.

Der blev foreslået færre sygeplejeaktiviteter, hvis patienten havde ondt i hovedet eller i led eller havde symptomer på depression. Ved læn­desmerter blev der foreslået flere sygeplejeak­tiviteter hos den depressive patient end hos den ikke-depressi ve.

Patienter med lændesmerter fik tillagt de mest negative egenskaber, hvis de samtidig havde symptomer på depression. Patienter med akut hovedpine uden symptomer på depression fik tillagt de mest positive egenskaber.

At tilstedeværelse af fysiske symptomer har så stor indflydelse på sygeplejerskers vurdering af en patients smerter og den iværksatte be­handling, viser, at den biologisk-medicinske sygdomsmodel stadig er fremherskende blandt sygeplejersker.

Det er også ret interessant, at sygeplejersker vurderer smerter, der har varet længe, til at være svagere end smerter, der kun har varet i kort tid.

Undersøgelsen viser også, at sygeplejerskers opfattelse af patienternes personlighed er un­der indflydelse af, hvilken sygehistorie patien­ten kommer med.

Når det drejer sig om børn, er der en tendens til, at voksne undervurderer intensiteten af barnets smerter (12), hvilket kan have den be­klagelige følge, at børn får for lidt smertestil­lende medicin, når de har ondt.

Sygepleje

Fig. 209 Modellen viser, hvilke aspekter der kan have indflydelse på smerteoplevelse og smerteadfærd i følge en helhedsopfattelse (13).

Der er fire vigtige principper i smertebehand­ling:

1. Diagnosticering af smerten, dvs. finde årsa­gen til den.
2. Behandling af årsagen (kausal behandling) eller behandling af symptomerne.
3. Påvirkning af faktorer, der har indflydelse på smerteoplevelsen.
4. Forebyggelse af smerte.

Diagnosticering af smerte

Når de indsamlede oplysninger er analyseret, skulle man gerne nå frem til en præcis beskri­velse af patientens smerter samt en sandsynlig forklaring på, hvorfor de er opstået. En sådan diagnose eller problemformulering kunne lyde: »Svære, skærende smerter ved afføring pga. fis­sur ved anus« eller »lurevise, moderate, bo­rende smerter i abdomen uden kendt årsag 2-6 gange ugentlig gennem IV2 år.«

Det er dog ikke altid så enkelt at stille en smertediagnose, og somme tider må mange flere aspekter inddrages. En model, der bygger på et helhedssyn er vist i fig. 209. Se også fig. 203 og 204.

Fordi man finder en alvorlig legemlig lidelse, udelukker det ikke, at der er komplicerede psy­kiske mekanismer i smerten, lige som der bag iøjnefaldende psykiske grunde til smerten kan skjule sig alvorlig legemlig sygdom (13).

Lige som man kan lyve om smerter, kan man også benægte at have smerter. Mon ikke de fle­ste på et tidspunkt har prøvet at lyve sig en ho­ved- eller mavepine til for at kunne slippe hjem fra skole i utide eller for at undgå noget selska­belighed, man absolut ikke har lyst til? Om­vendt kan man være så engageret i at deltage i en eller anden begivenhed, at man benægter smerter for at komme med. Det er en svær ba­lancegang, hvis man som sygeplejerske fornem­mer, at en smerteangivelse måske ikke er helt i overensstemmelse med virkeligheden, men vi må som hovedregel stole på patienten. Trods alt må man hellere komme til at behandle nogle ikke-eksisterende smerter end at undlade at lindre smerter hos en, der vitterlig har smerter.

Kausal behandling

Hvis en smertende byld skæres op, letter tryk­ket, og smerten aftager for siden at svinde helt, når såret er lægt.

Men jo flere faktorer, der indvirker på smer­teoplevelsen, jævnfør fig. 209, des mere kompli­ceret vil en årsagsrettet behandling blive. Kau­sal smertebehandling vil dog som regel hænge sammen med eller være synonym med behand­ling af en bestemt sygdom, hvilket falder uden for beskrivelsen af den grundlæggende sygepie-

je. Kausal behandling kan også indebære, at patienten skal have psykoterapi eller anden form for psykologisk behandling, hvilket kan være problematisk, dels pga. modstand i pa­tienten, dels fordi det er sværere at få bevilget psykologisk behandling end at få behandling af en somatisk lidelse.

Symptombehandling med analgetika

Lindrende behandling ved uhelbredelige smer­ter må siges at være en af de største medicin­ske landvindinger overhovedet, men også selv om smerten kan angribes ved rødderne, vil symptomatisk behandling som regel være nød­vendig i en periode, enten indtil den årsagsret-tede behandling har virket eller for at bryde en ond cirkel, hvor smerteadfærden virker for­stærkende på smerteoplevelsen, og/eller angst for smerte får smerten til at forværres.

Hvor den kausale behandling ofte er lægens gebet, er symptombehandlingen i høj grad sy­geplejerskens ansvar, idet hendes observatio­ner får indflydelse på ordinationerne, og smer­testillende medicin ofte administreres af syge­plejersken.

Princippet om, at smerte skal forebygges bygger på den erfaring, at hvis en smerte får lov at nå sit højdepunkt, skal der betydeligt større doser medicin til, før smerten lindres. Angst og følelse af magtesløshed øges voldsomt, mens patienten venter og oplever den stigende smerte. Får patienten derimod analgetika, mens smerten endnu er beskeden, opnås en tryghed og sikkerhed, der dæmper smerteople­velsen.

Man skelner mellem centralt virkende anal­getika, der binder sig til opiatreceptorerne i centralnervesystemet og virker ved at dæmpe smerteoplevelsen, og perifert virkende analge­tika, der virker perifert i vævene ved at hæmme syntesen og frigørelsen af prostaglandiner, der øger nociceptorernes følsomhed. De centralt virkende analgetika er virksomme over for me­get stærke smerter, men rummer også en risiko for tilvænning, hvis de gives over længere tid. Centralt virkende analgetika (opioider) virker ikke på dysæstesier og neuralgier (se side 47) (9). De perifert virkende midler har en noget svagere virkning, men ved visse typer smerter er de meget virksomme, f.eks. ved tandpine, ho­vedpine og ledsmerter.

Man kan ofte med held kombinere centralt og perifert virkende midler ved svære smerter.

Der henvises i øvrigt til lærebogen Lægemid­dellære og akutte forgiftninger (14).

Dosis og hyppighed afpasses efter smertens styrke og midlets virkningstid og styrke. De mængdeangivelser og tidsangivelser, der anfø­res i lærebøger og lægemiddelkataloger er vej­ledende for, hvor meget og hvor tit midlerne skal gives, men kun en evaluering sammen med patienten kan fortælle, om dosis og interval er valgt rigtigt.

Hjælpestoffer er midler, der virker på ledsa­gesymptomer, f.eks. kvalme og angst og/eller bi­virkninger fra anvendte analgetika f.eks. obs­tipation og kvalme.

Indgiftsmåden afhænger af, hvilken virk­ning man ønsker at opnå, om midlet skal virke med det samme og med stor effekt, eller om man ønsker en jævn virkning over længere tid. I første tilfælde kan midlet indgives intravenøst eller intramuskulært, i sidste tilfælde subku­tant, peroralt eller rektalt. De perifert virkende midler kan dog kun gives peroralt evt. per rec-tum. Sidstnævnte metode giver en noget hurti­gere effekt. Patientens tilstand er også afgø­rende for, hvilken indgiftsmåde der vælges. Ved f.eks. shock er cirkulationen så ringe, at injek­tioner i subcutis ingen effekt får. Morfin kan indgives i epiduralrummet gennem et perma­nent anlagt kateter, hvorved stor smertelin-drende effekt kan opnås med ganske små doser morfin og uden de kendte bivirkninger som f.eks. kvalme og sløvhed.

Aktivering af det smertehæmmende system

Smertelindrende behandling kan også gives ved aktivering af organismens naturlige smertehæmmende system. Det er det forskel­lige mekanismer, der ligger bag den smertestil­lende effekt, selv om handlingerne, der fører til målet smertefrihed, ofte er de samme eller nært beslægtede.

Ved elektrostimulation (TNS = transkutan nervestimulation) har man opdaget to principi­elt forskellige mekanismer, som kan anvendes terapeutisk. Ved højfrekvent (100 Herz) stimu­lation stimuleres A-fibrene, der kommer fra hud, muskler, sener og fascier, og der opstår en kraftig men kortvarig hæmning af smerteim­pulser fra samme område. Højfrekvent TNS virker især på neurogene smerter, og behand­lingen kan gives kontinuerligt (9). Der er ikke tale om en generel smertestillende effekt, og virkningen ophører, hvis området lokalbedøves. Dette fænomen understøtter portteorien. TNS udført med små batteridrevne apparater og akupunktur, der i nogle tilfælde har samme virkningsmekanisme, udføres endnu i begræn­set omfang. Behandlingen udføres bl. a. af fy­sioterapeuter.

Berøring, tryk, varmebehandling og massage »lukker porten« for smerteimpulser fra samme område. En sådan smertebehandling er ikke blot helt uden bivirkninger, den er også dæm­pende på smerteoplevelsen, idet den indebærer menneskelig kontakt. Patienten er ikke alene med sine smerter.

En humoral mekanisme træder i kraft ved stimulation med lavfrekvent strøm (2 Herz), der især virker på smerter i muskler og knogler (9). Her forårsager stimulationen imidlertid en-dorfinfrigørelse, hvilket viser sig ved, at den smertestillende effekt ophører ved indgift af stoffer, der ophæver morfins virkning (morfi­nantagonist: Naloxone). Akupunktur i be­stemte punkter kan have samme virkning. En­dorfin virkningen er generel og varer i timevis.

Endorfinfrigørelse kan opnås ad anden vej, idet der frigøres endorfiner ved fysisk aktivitet. Træning og bevægelsesterapi har derfor både en behandlende og en smertestillende effekt. Træning skal dog formentlig udføres i en sådan grad, at patientens stemningsleje løftes (eufo­ri), før en smertestillende effekt opnås. Under alle omstændigheder virker bevægelsesterapi gunstigt ved, at musklerne varmes op, og blod­gennemstrømningen øges. Den afledning og den koncentration, træning medfører, kan også vha. portteorien forklare den smertestillende virkning.

Elektrostimulation har vist sig at frigøre et stof fra nerveenderne, som betegnes vasoactive intestinal polypeptide = VIP. VIP frigøres ved lavfrekvent stimulation og har en generel kar-dilaterende effekt. Nogen praktisk betydning synes endnu ikke at være kendt.

Påvirkning af faktorer, der har betydning for smerteoplevelsen Som understøttelse for en mere specifik smer­tebehandling kan sygeplejersken dæmpe smer­teoplevelsen hos patienten ad flere veje.

Det fysiske miljø

Sansepåvirkningen fra det omgivende miljø må afpasses. Overstimulation såvel som understi­mulation forværrer smerteoplevelsen.

På et sygehus kan f.eks. skarpt lys og støj fra træsko eller aktivitet hos medpatienter ned­sætte smertetolerancetærsklen hos en smerte­påvirket patient. Kropsligt ubehag pga. sved, snavs, inaktivitet og dårlig lejring nedsætter li­geledes smertetolerancetærsklen. Sengeliggen­de, inaktive og smertepåvirkede patienter og har derfor ofte et større behov for hygiejne, sen­geredning og lejring end under normale om­stændigheder. Hvile og tilstrækkelig søvn ind­går i al smertebehandling.

Stimulation af sanserne gennem fjernsyn, ra­dio, ergoterapi, udsmykning, læsestof, håndar­bejde, besøg, god mad og berøring kan ligeledes være væsentlige elementer i smertebehandlin­gen.

Fysiologiske forhold

Almene symptomer, hvad enten de er udløst af smerten eller af en tilstødende sygdom, må be­handles samtidig. Kvalmestillende midler, lak-santia, kløestillende midler mv. kan bevirke, at smerteoplevelsen aftager.

Træning må afpasses og tilrettelægges, så patienten ikke udmattes, og der skal være mu­lighed for hvil, inden træthed og smerter sæt­ter ind. Hvis tilstrækkelig søvn ikke kan opnås ad naturlig vej, kan sovemidler være indiceret i perioder.

Miljøterapi

Økonomiske, familiære og arbejdsmæssige pro­blemer forstærker smerteoplevelsen. I smerte­behandling indgår også, at der sættes ind på at løse sociale problemer.

Information

Smerter, der kommer uventet i forbindelse med undersøgelse eller behandling, og smerter, hvis årsag patienten ikke kender, kan forårsage angst, hvorved smerterne forværres.

Information og undervisning i de mekanis­mer, der indgår i smerteoplevelsen, er en del af smertebehandlingen.

Bearbejdning af følelser

Hvis negative sindsstemninger er medvirkende til at øge smerteoplevelsen, må patienten have lejlighed til at udtrykke sine følelser og få dem bearbejdet gennem samtale med andre.

Årsagen til den negative sindsstemning kan ligge uden for rækkevidde. Hvis f.eks. sorg skyl­des tab af en pårørende, kan vi ikke ændre på dette forhold, kun hjælpe patienten med at gen­nemleve sin sorg. Angstdæmpende og beroli­gende midler kan hjælpe patienten over en akut fase, hvis hans sindsstemning hindrer ham i at opnå tilstrækkelig hvile.

Støtte positive reaktioner

Det er almindeligt, at patienter med smerter får en masse opmærksomhed, når de f.eks. er indlagt. De får smertestillende medicin, men­neskelig kontakt og trøst, når de udtrykker de­res smerter, og man er opmærksom på depres­sive symptomer. Smerten giver gevinst og kan derved forstærkes.

Det er vigtigt, at det ikke kun er smertead­færden, der belønnes. Man kan bryde dette mønster ved at sørge for, at der bliver givet menneskelig kontakt, opmærksomhed, varme og ømhed i mindst samme omfang, når patien­ten ikke udtrykker smerter, og man må vise pa­tienten, at man også oplever andre sider hos ham end de depressive (16).

Mestring

Følelse af at være alene, at være magtesløs og passiv forstærker smerteoplevelsen. For at undgå dette kan der sættes ind på to måder: patienten skal erfare, at han kan kontrollere sine smerter, og han skal mærke, at han har indflydelse på smertebehandlingen. I begge til­fælde er der tale om aktivering af patienten.

Kontrol af smerteoplevelsen kan opnås gennem forskellige psykologiske teknikker. Princippet i en af metoderne skal kort gengi­ves.

Patienten lærer sig at slappe af fuldstændigt. Herefter koncentrerer han sin opmærksomhed om selve smerten. Patienten skal lære at fore­stille sig (visualisere) sin smerte, så han kan se størrelse, facon, farve og lokalisation. Smerten gøres på denne måde tilgængelig for beher­skelse og kontrol, den er ikke længere diffus og angstfremkaldende. Man kan lære at gøre den således visualiserede smerte mindre og efter­hånden få bugt med den. Metoden læres bedst under vejledning, dvs. at en anden person f.eks. sygeplejersken instruerer patienten i at slappe af og leder patientens tanker, når smerten vi­sualiseres. Når patienten har lært teknikken, kan den udføres på egen hånd. En sådan auto-gen træning har vist sig gavnlig for patienter med kroniske smerter og cancersmerter.

Indflydelse på smertebehandlingen kan op­nås på mange måder. Selvadministration af analgetika gør patienten uafhængig af perso­nalet, og erfaringerne viser, at forbruget af me­dicin falder hos mange, fordi de oplever, at de selv kan kontrollere deres smerte.

Hvis selvadministration ikke er en egnet me­tode pga. særlige forhold, kan en nøje planlæg­ning af smertebehandling i samarbejde med pa­tienten også føre til gode resultater. Nogle ste­der har man arbejdet med skemaer, hvorpå pa­tienten nedskriver sine smerteoplevelser døg­net igennem (17). Formålet med et (afkryds-nings-)skema er, at det skal danne udgangs­punkt for samtale med sygeplejersken og sam­menligning med den givne medicin for at se, om der har været effekt.

Evaluering

Der findes næppe sygeplejersker, der ikke an­ser smertelindring som et overordentligt vigtigt mål for sygeplejen. Alligevel kan der være ue­nighed i praksis, når handlingerne til opfyl­delse af målet skal effektueres, og når man skal vurdere, om målet er nået.

En af årsagerne er, at patientens smerter ikke direkte kan måles, og at sygeplejerskerne benytter forskellige kriterier for, om målet er nået. De kriterier, den enkelte sygeplejerske vil lægge vægt på, når smerter skal vurderes, og smertebehandling evalueres, vil være væsens­forskellige, afhængigt af hvilken reference­ramme sygeplejersken benytter sig af.

Inden for en hermeneutisk referenceramme vil sygeplejersken f.eks. kunne sætte følgende kriterium for, om målet er nået:

»Patienten skal tilkendegive, at hans smer­ter er aftaget til et for ham acceptabelt ni­veau.«

Inden for en naturvidenskabelig reference­ramme vil sygeplejersken iagttage patientens smerteadfærd og bruge denne som et indirekte mål for, i hvilken grad patientens smerter er lindret. Et kriterium for smertelindring efter en operation i thorax eller abdomen kunne f.eks. være:

»Patienten skal være smertefri i en sådan grad, at hans respiration er dyb og regelmæs­sig, at begge thoraxhalvdele inddrages, og at han selv kan hoste sekret op.«

I praksis har det betydning at kunne udtrykke sig på begge måder. Benyttes et kriterium, der udelukkende lægger op til, at patienten selv an­giver, at smertelindring er opnået, kunne smer­telindringen jo være opnået ved, at patienten trak vejret overfladisk for at undgå smerter. Man må også være klar over, at patientens svar påvirkes af, hvem han taler med, og hvordan kommunikationen forløber. Mærker patienten eksempelvis travlhed eller let anklagende mi­ner, når han fortæller, at han har smerter, vil han sandsynligvis være mindre tilbøjelig til at fortælle, hvordan han har det.

Benyttes udelukkende et objektivt kriterium, dvs. måler man kun smerteadfærden, kunne smerterne være uudholdelige på trods af den dybe vejrtrækning og hosten, fordi patienten bi­der tænderne sammen. På den anden side har et objektivt målbart kriterium den fordel, at det klart udtrykker sammenhængen mellem smer­terne og det livsvigtige åndedræt.

Skal patienten sikres smertelindring, har det derfor betydning, at man kan opstille mere end ét kriterium for, hvornår målet er nået, og at man er i stand til at bevæge sig inden for mere end én referenceramme.

Ved at inddrage patienten i sine overvejelser, når man vurderer, om en smertelindrende be­handling har haft effekt, vil man også fremme en større bevidsthed hos patienten om, hvilke faktorer, der har indflydelse på hans smerter.

Referencer

1. Stengaard-Pedersen, Kristian og Troels Staehelin Jensen: Smerter og smertebehandling. Fra: Loren­zen, Ib, Gunnar Bendixen og Niels Ebbe Hansen (red.): Medicinsk Kompendium Bind I. Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, København 1994.
2. Metze, Erno: Psykologisk hjælp til patienter med kroniske smerter. Sygeplejersken nr. 28,1983.
3. Potter, Patricia and Anne G. Perry: Basic Nursing -Theory and Practice. The CV. Mosby Company, St. Louis 1993.
4. Christensen, Finn Redke: Smertefysiologi. Måneds­skrift for praktisk lægegerning, juli 1983.
5. Weiner, Joseph red.: Psykiatri. F.A.D.L.S Forlag, København 1980.
6. Tønnesen, Tor Inge: Smerter og andre symptomer hos kreftpasienter, 2. udgave. Universitetsforlaget, Oslo 1987.
7. Gil, K.: Psychologic aspects of acute pain. Aneste-siol. Report 2:246, 1990.
8. Jacox, Ada K.: Assessing Pain. American Journal of Nursing, May 1979.
9. Eriksen, Jørgen og Niels-Henrik Jensen: Praktisk klinisk smertebehandling, 2. udgave. Smerteklinik­ken, Bispebjerg Hospital, København 1990.
10. McGuire, Deborah: The Measurement of Clinical Pain. Nursing Research, May/June 1984.
11. Taylor, Ann Gill, James A. Skelton and Jen Butcher: Duration ofPain Condition and Physical pathology as Determinants of Nurses' assessments of Patients in Pain. Nursing Research, January/February 1984.
12. Lindemann, Tove: Barn og smerter. Tano, Norge 1986.
13. Smed, Annelise: En psykologisk indfaldsvinkel til smertebehandling. Månedsskrift for praktisk læge­gerning, juli 1983.
14. Lumholtz, Ib Bo m. fl.: Lægemiddellære og akutte forgiftninger. DSR/Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, København 1993.
15. Heggdal, Håvard: Somatiske sykdomstilstanders innvirkning på atferd. Fra Rokstad, Anne Marie Mork: Hjelp, han slår. Sosialdepartementets utvik-lingsprogram om aldersdemens. Rapport nr. 9. IN-FO-banken 1993.
16. Zierau, Finn: Patienten med den kroniske »benigne« smerte. Månedsskrift for praktisk lægegerning, juli 1983.
17. Drumm, Peter: Kun patienten kan fortælle os, hvad smerter er. Sygeplejersken nr. 12, 1980.