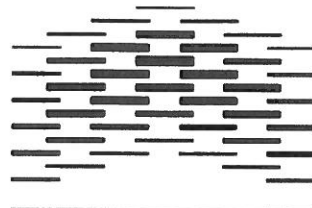


MASTEROPPGAVE
Mastergradsstudium i intensivsykepleie, kull 2014
Mai 2016

**Barns opplevelse av postoperativ smerte
og smertebehandling**

Lill Røisland Nybro

**Fakultet for helsefag
Institutt for Sykepleie
og helsefremmende arbeide**



**HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS**

Forord

Det har vært meget lærerikt og spennende å gjennomføre dette mastergradsstudiet. Jeg fikk en unik mulighet ved å takke ja til å intervju barn om deres opplevelse av postoperativ smerte og smertebehandling i Anja Hetland Smelands doktorgradsprosjekt. Jeg er meget takknemlig for å bli vist denne tilliten. Det har vært krevende, men mest av alt gøy. Veien ble på mange måter til mens den ble gått, og læringskurven har vært bratt.

Denne studien hadde ikke vært den samme å gjennomføre uten min dyktige samarbeidspartner gjennom dette mastergradsstudiet, Torgun Næss. Tusen takk for alle faglige og engasjerende diskusjoner, refleksjoner og ikke minst masse latter underveis i prosessen.

Vi ble møtt med stor velvilje blant barn, foreldre og ikke minst sykepleiere på begge universitetssykehus. Denne velvilligheten gjorde datainnsamlingen mye lettere. En stor og varm takk til alle de flotte barna som har stilt opp og delt sine opplevelser med oss.

En stor takk rettes også til min hovedveileder Hanne Reinertsen, som har engasjert seg i studien og løftet meg frem hele veien, og til Dag-Gunnar som har tatt seg tid til å gi konstruktive tilbakemeldinger.

Jeg er også så heldig å ha en leder, Lasse Schmidt, som har lagt til rette for at dette skulle la seg gjennomføre og gode kollegaer som har støttet og oppmuntret meg.

Den største takken går til min kjære Stian for stor toleranse, tålmodighet og masse støtte, og til guttene våre som tålmodig har latt mamma jobbe med mastergradsoppgaven.

Oppegård 5. mai 2016

Lill Røisland Nybro

Innhold

1.0 INNLEDNING	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling.....	1
1.2 Hensikt, problemstilling og avgrensing.....	2
2.0 KUNNSKAPSSØK OG KILDEKRITIKK.....	4
2.1 Kunnskapssøk.....	4
2.1.1 Presentasjon av funn	6
2.2 Kritisk vurdering av sentrale artikler.....	7
3.0 TEORI	9
3.1 Definisjon av smerte.....	9
3.2 Postoperativ Smertefysiologi.....	9
3.3 Faktorer som påvirker den postoperative smerteopplevelsen.....	9
3.3.1 Biologiske faktorer.....	10
3.3.2 Psykologiske faktorer.....	11
3.3.3 Sosiale faktorer	11
3.3.4 Postoperative komplikasjoner	11
3.4 Smertevurderingsverktøy.....	11
3.5 Postoperativ smertebehandling.....	12
3.5.1 Medikamentell postoperativ smertebehandling	12
3.5.2 Ikke-medikamentell postoperativ smertebehandling	12
3.6 Intensivsykepleierens funksjons- og ansvarsområde for postoperativ smertebehandling av barn	13
3.6.1 Intensivsykepleierens rehabiliterende funksjon.....	13
3.6.2 Intensivsykepleierens forebyggende funksjon.....	13
3.6.3 Intensivsykepleierens behandlende funksjon.....	14
3.6.4. Intensivsykepleierens lindrende funksjon.....	15
4. 0 METODE	16
4.1 Metode og design.....	16
4.2 Populasjon og utvalg	16
4.3 Rekruttering	18
4.4 Datainnsamling.....	19
4.4.1 Intervjuguide.....	19

4.4.2. Pilottest	20
4.4.3 Gjennomføring av intervjuene	20
4.5 Forskningsetikk	21
4.5.1 Informert samtykke	21
4.5.2 Konfidensialitet	22
4.5.3 Konsekvenser	22
4.5.4 Forskerens rolle	23
4.6 Analyse av data	23
4.6.1 Forberede datamaterialet til analyse	24
4.6.2 Lese igjennom hele materialet	24
4.6.3 Koding av data	24
4.6.4. Beskrive temaer som fremkommer av materialet	25
5.0 RESULTATER	27
5. 1 Barnas opplevelser av postoperativ smerte	27
5.1.1 Barnas beskrivelser av postoperativ smerte	27
5.1.2 Barnas opplevelser av ubehag i postoperativ avdeling	29
5.2 Barnas opplevelser av postoperativ smertelindring	30
5.2.1 Barnas opplevelser knyttet til medisiner	30
5.2.2 Barnas opplevelser av ikke-medikamentell postoperativ smertelindring	31
5.2.3 Barnas opplevelser knyttet til trygghet	34
5.3 Anbefalinger fra barna	36
6.0 DRØFTING AV FUNN	38
6.1. Hvordan opplever barn postoperativ smerte?	38
6.1.1. Barnas beskrivelse av postoperativ smerte	38
6.1.2 Redsel knyttet til smerte	40
6.1.3 POKO oppleves smertefullt	41
6.1.4 Smerteintensitet angitt ved smertevurderingsverktøy	42
6.1.5 Smerter som øker i det postoperative forløpet	43
6. 2 Hvilke smertelindringstiltak opplever barn de selv kan gjøre for å lindre postoperativ smerte?	44
6.2.1 Medikamentelle tiltak som barna tok i bruk	44
6.2.2 Ikke-medikamentelle tiltak som barna tok i bruk	44

6.3 Hvordan opplever barnet at sykepleiere og foreldre hjelper til med å lindre postoperativ smerte?.....	46
6.3.1 Medikamenter hjelper	46
6.3.2 Informasjon hjelper	47
6.3.3 Leieendring hjelper	48
6.3.4 Emosjonell støtte hjelper.....	49
6.4 Barnas anbefalinger til andre barn og sykepleiere.....	51
6.5 Studiens styrker og svakheter	52
6.5.1 Gyldighet.....	52
6.5.2 Pålitelighet	53
6.5.3 Overførbarhet.....	54
7.0 KONKLUSJON	56
7.1 Tanker om fremtidig forskning.....	57
LITTERATURLISTE	58

Vedlegg 1: Intervjuguide 6-11 år

Vedlegg 2: Intervjuguide 12- 18 år

Vedlegg 3: Skisse gutt/jentekropp

Vedlegg 4: Foreløpig svar fra REK 01.07.2014

Vedlegg 5: REK godkjenning 08.08.2014

Vedlegg: 6 Intern godkjenning ved universitetssykehus

Vedlegg 7: Godkjenning fra personvernombud ved universitetssykehus

Vedlegg 8: Informasjonsskriv/samtykkeskjema om studien til foreldre

Vedlegg 9: Informasjonsskriv om studien til barn 6-12 år

Vedlegg 10: Informasjonsskriv om studien til barn 13- 18 år

1.0 INNLEDNING

I dette kapittelet belyses bakgrunn for valg av tema og problemstilling. Hensikten med studien om barns opplevelse av postoperativ smerte og smertebehandling klargjøres, problemstillingen og avgrensinger presenteres.

1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling

Utgangspunktet for denne mastergradsoppgaven i intensivsykepleie er et pågående doktorgradsprosjekt om barn og postoperativ smertebehandling, som er tilknyttet Universitetet i Oslo (UiO) og Oslo universitetssykehus (OUS). Doktorgradstudien har som hensikt å undersøke smertevurdering og behandling av barn i Norge samt se om en undervisningsintervensjon med sykepleiere vil bedre smertebehandlingen. Både kvalitative og kvantitative metoder har blitt brukt. Sykepleiernes kunnskaper, holdninger og ferdigheter har blitt kartlagt ved spørreskjema og observasjon. Studien har et pre-post design med kontrollgrupper og omfatter seks postoperativ avdelinger i Norge.

Parallelt med observasjonsstudien skulle tjue barn intervjues om deres opplevelse av postoperativ smerte og smertebehandling. Mastergradsstudenten i intensivsykepleie ble sammen med en mastergradsstudent i barnesykepleie spurt om å gjennomføre intervjuene. Det ble med dette et samarbeidsprosjekt mellom UiO og Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA) hvor vi, to erfarne spesialsykepleiere, intervjuet til sammen tjue barn på to forskjellige universitetssykehus. Disse intervjuene danner grunnlaget for denne mastergradsoppgaven i intensivsykepleie og en mastergradsoppgave i barnesykepleie, begge tilknyttet HiOA. Denne kvalitative forskningsstudien er gjennomført av mastergradsstudentene i fellesskap.

Postoperativ smerte hos barn er underbehandlet til tross for mye smerteforskning de siste tre årene (Twycross & Collis, 2013; Birnie et al., 2014). Ulike studier har vist at barn opplever moderat til sterk smerte postoperativt (Sng et al., 2013a; Sng, Taylor, Zhu & He, 2013b; Tomlinson, von Baeyer, Stinson, & Sung, 2010; Twycross & Finley, 2013; Twycross, Forgeron & Williams, 2015a). Ubehandlet smerte kan skape unødvendig lidelse for barn, økt risiko for komplikasjoner, morbiditet og mortalitet, samt føre til lengre sykehusinnleggelse og samfunnsøkonomiske kostnader (Howard, 2014; International Association for the Study of Pain [IASP], 2011b). Mastergradsstudentens erfaring fra praksis er at det er store variasjoner i håndteringen av barns smerter postoperativt. Dette samsvarer med studier som viser at

sykepleiere vurderer barns opplevelse av smerte usystematisk og lite konsekvent (Twycross et al., 2015a). Andre studier viser mangelfulle kunnskaper og holdninger knyttet til smertebehandling blant sykepleiere (Hovde, Granheim, Christophersen & Dihle, 2011; Twycross, 2007; Twycross & Finley, 2013).

Intensivsykepleieren skal yte helsehjelp til akutt og/eller kritisk syke mennesker i alle aldre, som blant annet etter kirurgi og anestesi har behov for gjenopprettelse av sirkulatorisk og respiratorisk balanse, samt lindring av smerte og annet ubehag (Stubberud, 2015a).

I postoperativ- og intensivavdelinger møter intensivsykepleieren nyopererte barn mellom 0-18 år. Intensivsykepleieren skal bruke kunnskap, ferdigheter og holdninger til å ivareta barnet på best mulig måte. Smertebehandling er en viktig del av postoperativ sykepleie. Det er intensivsykepleieren som er kontinuerlig til stede hos barnet og observerer og vurderer barnets smerte. Hun iverksetter smertelindrende tiltak og evaluerer kontinuerlig effekten av tiltakene (Norsk sykepleierforbunds Landsgruppe av Intensivsykepleiere [NSFLIS]; Stubberud, 2015b).

Smertebehandling inngår i alle ledd av intensivsykepleierens funksjons- og ansvarsområder, der målet er å forebygge, redusere eller lindre barnets smerte og ubehag, slik at barnet kan bruke sine krefter på restitusjon (NSFLIS, 2002; Stubberud, 2015b).

Intensivsykepleierens målgruppe inkluderer også barnas pårørende (NSFLIS, 2002; Stubberud, 2015a). Barn har krav på å ha en av foreldrene hos seg ved sykehusinnleggelse (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2000).

1.2 Hensikt, problemstilling og avgrensning

Hensikten med denne studien er å få en større forståelse for hvordan barn opplever postoperativ smerte og smertebehandling. I litteratursøk er det funnet få kvalitative studier om emnet, og det etterlyses mer forskning på feltet (Sng et al., 2013b). Det finnes ingen forskning på norske barns opplevelser av postoperativ smerte og smertebehandling. En norsk studie kan være et viktig bidrag for å forstå og forbedre den postoperative smertebehandlingen til barn. En dypere innsikt i barns opplevelse kan være et viktig bidrag til å heve kompetansenivået til helsepersonell, og økt kunnskap kan være med å endre holdningene til postoperativ smertebehandling.

Følgende problemstilling er valgt:

Hvordan opplever barn mellom 6-18 år postoperativ smerte og smertebehandling?

Forskningsspørsmål det søkes svar på er:

- Hvordan opplever barn postoperativ smerte?
- Hvilke smertelindringstiltak opplever barn de selv kan gjøre for å lindre postoperativ smerte?
- Hvordan opplever barnet at sykepleiere og foreldre hjelper til med å lindre postoperativ smerte?
- Hvilke anbefalinger har barn til å forbedre smertebehandlingen?

Problemstillingen avgrenses til barn mellom 6-18 år, som har gjennomgått kirurgisk inngrep på sykehus. Fra 5-6 års alder kan smerteintensitet selvrappteres ved hjelp av aldersadekvate smertevurderingsverktøy (Tomlison et al., 2010). Barn fra skolealder kan huske lengre tilbake i tid og kan med egne ord fortelle om smerteopplevelser (Slota, 2013; Tetzchner, 2012).

Barn er en sårbar gruppe å forske på fordi de er kognitiv umodne. Det kan være utfordrende for barn å snakke om smertefulle eller ubehagelige opplevelser (Øverlien, 2013). FNs barnekonvensjon (1991) beskriver barns rett til å bli hørt i saker som angår dem. Barnet er den beste kilde til informasjon om egen opplevelse, og intervju er den mest egnede metoden for å få frem ny kunnskap om egne erfaringer (Docherty & Sandelowski, 1999; Kvale & Brinkmann, 2015). Mastergradsstudenten har gjennom mange års klinisk erfaring tilegnet seg bred kompetanse i kommunikasjon med syke barn. Gjennom mastergradstudiet har mastergradsstudenten under veiledning tilegnet seg kompetanse til å gjennomføre et selvstendig forskningsarbeid, og kan gjennomføre dette på en forskningsetisk forsvarlig måte (HiOA, 2014).

Enkelte valg som var besluttet i doktorgradsprosjektet har hatt konsekvenser for rammene i denne mastergradsoppgaven. Det var forutbestemt at tjue barn mellom 6-18 år skulle inkluderes. Barna skulle intervjues både om postoperativ smerte og smertebehandling samt spørres om smerteintensitet ved bruk av aldersadekvat smertevurderingsverktøy. Således ble det knyttet noen kvantitative data til materialet. De kvalitative dataene ble analysert med innholdsanalyse, som er i tråd med analyser i doktorgradsprosjektet.

2.0 KUNNSKAPSSØK OG KILDEKRITIKK

Første del av dette kapitelet omhandler litteratursøk, hvilke inklusjons- og eksklusjonskriterier som er satt og presentasjon av artikler og funn. I del to er artiklene kritisk vurdert.

2.1 Kunnskapssøk

Det er gjennomført systematisk søk i ulike databaser i januar 2015 hvor PICO skjema ble brukt, se tabell 1.

Tabell 1. PICO-skjema

PICO-skjema:			
Problemstillingen formuleres som et presist spørsmål. Spørsmålet skal bestå av følgende deler:			
Pasient/Problem	Intervention	Comparison	Outcome
Barn 6-18 år Deres opplevelse av postoperativ smerte	Smerte og smertebehandling etter gjennomgått kirurgi (ø-hjelp og elektiv)	Medikamentell vs ikke-medikamentell smertelindring	Opplevelse av optimal postoperativ smertelindring
Fullstendig spørsmål: Hvilken opplevelse har barn av postoperativ smerte og smertehåndtering?			
Hva slags type spørsmål er dette? <input type="checkbox"/> Diagnose <input type="checkbox"/> Etiologi x <input type="checkbox"/> Erfaringer <input type="checkbox"/> Prognose <input type="checkbox"/> Effekt av tiltak		Er det aktuelt med søk i Lovdata etter relevante lover og forskrifter? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei x	
Hvilke søkeord er aktuelle for å dekke problemstillingen? Bruk engelske ord, og pass på å få med alle synonymer. Fordel søkeordene etter hva som gjelder beskriver P: pasient problem, I: intervensjon eksposisjon, C: sammenligning og O: utfall.			
P pasient problem	I intervensjon/eksposisjon	C evt. Sammenligning	O utfall
Child Children School-aged Pediatric Adolescent Youth Young Experience Postoperative pain experience Perception	Pain Postoperative pain Pediatric pain Surgical pain Acute pain Ache Hurt Management Postoperative pain management Management of pain Pain assessment Pain treatment Qualitative study Interview Interviewing	Pain relief Physical pain relief methods Psychological pain relief methods Pharmacological pain relief methods Biobehavioral pain relief methods Physical interventions Psychological interventions Pharmacological interventions Distraction	Nursing Nurses approach Nurses action Nursing measures Optimal postoperative pain management

Kriterier for utvelgelse av artikler:

Inklusjonskriterier:

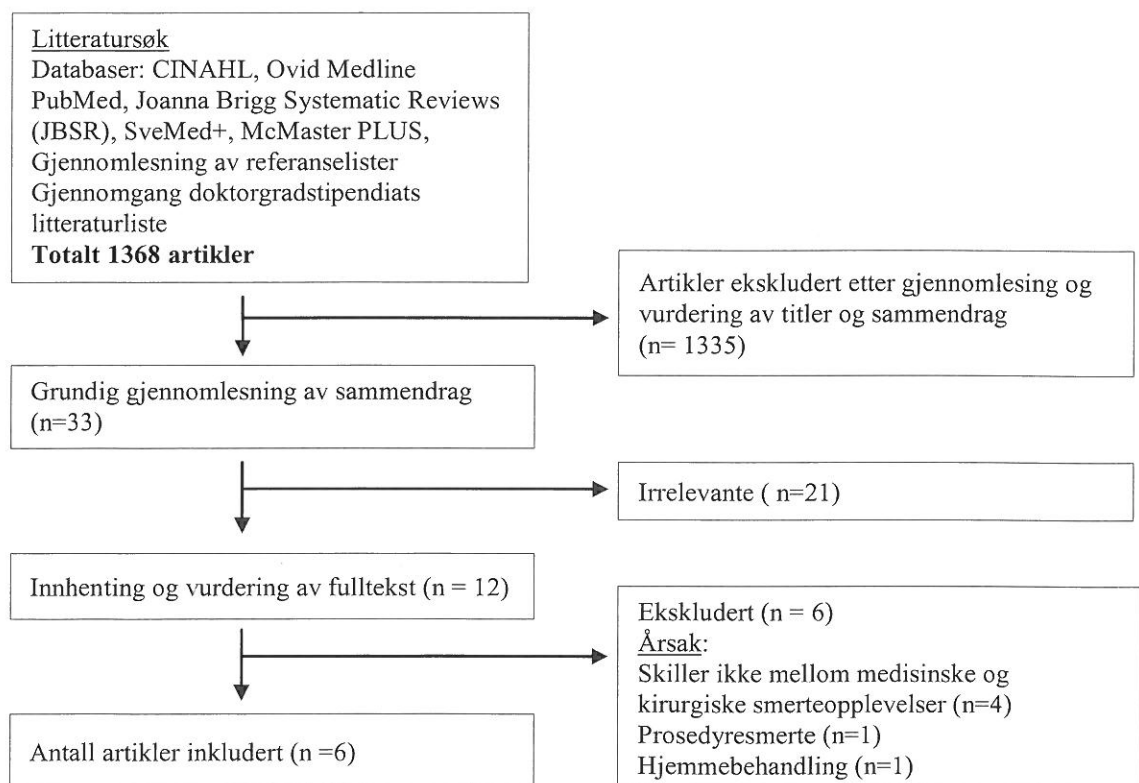
- Kvalitative artikler med intervju av barn som omhandler opplevelse av postoperativ smerte og smertebehandling på sykehus
- Barn mellom 6- 18 år som har gjennomgått et kirurgisk inngrep
- Barna er intervjuet før hjemreise fra sykehus

Eksklusjonskriterier:

- Artikler som omhandler barn under 6 år
- Artikler som omhandler generell smerteopplevelse
- Artikler som ikke skiller mellom medisinske og kirurgiske smerteopplevelser
- Artikler som ikke er publisert på skandinavisk eller engelsk

Resultatet etter systematisk søk, se figur 1.

Figur 1. Litteratursøk



Fem artikler ble funnet i Ovid Medline, det var treff på fire av disse i CINAHL. En systematisk oversiktsartikkel ble funnet i Joanna Briggs Systematic Reviews. Det ble gjort nye søk i november 2015 og januar 2016 hvor det ikke ble funnet ny aktuell litteratur.

To av artiklene er nordiske, en svensk og en finsk. En artikkel omhandler kanadiske barn. To artikler er asiatiske der studiene ble utført i Kina og Singapore. Utvalgte artikler er:

- Idvall, Holm & Runeson (2005). *Pain experiences and non-pharmacological strategies for pain management after tonsillectomy: a qualitative interview study of children and parents.*
- He, Vehviläinen-Julkunen, Pölkki & Pietilä (2007). *Children's perceptions on the implementation of methods for their postoperative pain alleviation. An interview study.*
- Pölkki, Pietilä & Katri (2003). *Hospitalized children's descriptions of their experiences with postsurgical pain relieving methods.*
- Sng et al. (2013a). *Postoperative pain management experiences among school-aged children: A qualitative study.*
- Sng et al. (2013b). *Children's experiences of their postoperative pain management: a qualitative systematic review.*
- Twycross & Finley (2013). *Children's and parents' perceptions of postoperative pain management: a mixed methods study.*

2.1.1 Presentasjon av funn

Det er funnet fem enkeltstudier og en systematisk oversiktsartikkel hvor barn mellom 6-18 år ble intervjuet om deres opplevelse av postoperativ smerte og smertebehandling.

Det er gjennomgående i studiene at barn opplevde moderat til sterk smerte postoperativt. Det varierer derimot om smertevurderingsverktøy ble brukt (He et al., 2007; Idvall et al., 2005; Pölkki et al., 2003; Sng et al., 2013a, 2013b; Twycross & Finley, 2013). Studiene viser at barn fra 5-6 års alder kan vurdere sin egen postoperative smerte, de kommuniserte smerteuttrykk både verbalt og nonverbalt. Ulike negative følelser som sinne, redsel og tristhet ble relatert til postoperative smerter (Idvall et al., 2005, Sng et al., 2013b, Twycross & Finley, 2013).

Barna beskrev medikamentell smertelindring som mest effektivt mot postoperative smerter (Sng et al., 2013a). Av ikke-medikamentelle tiltak brukte barn ulike strategier hvor avledning og avslapning/søvn var de mest gjennomgående (He et al., 2007; Idvall et al., 2005; Pölkki et al., 2003; Sng et al., 2013a). Administrering av smertestillende medikamenter opplevdes som sykepleiernes viktigste tiltak for postoperativ smertelindring (Pölkki et al., 2003; Sng et al., 2013a). Foreldrenes nærvær ble fremhevet som det viktigste smertelindringstiltaket foreldrene kunne bidra med (He et al., 2007; Idvall et al., 2005; Pölkki et al., 2003; Sng et al., 2013a).

Barna anbefalte bedre kommunikasjon mellom sykepleiere, foreldre og barn. Sykepleierne må gi mer og sterkere medikamenter ved behov (Sng et al., 2013a, 2013b). Flere studier konkluderte med at barn kan inkluderes mer i smertebehandlingen (Sng et al., 2013b). Twycross & Finley (2013) foreslo at mål for smertebehandlingen settes sammen med barnet og foreldrene. Andre studier anbefalte mer bruk av ikke-medikamentelle smertelindringsstrategier (Idvall et al., 2005; Sng et al., 2013a, 2013b).

2.2 Kritisk vurdering av sentrale artikler

Artiklene er vurdert ved bruk av sjekklister for vurdering av forskningsartikler (Kunnskapssenteret, 2014). I enkeltstudiene er det vurdert styrker og svakheter ved metode, utvalg, datainnsamling, analyse, etiske overveielser og hvordan funn underbygges. Det er vurdert hvilken verdi studiene har for norske forhold.

Det er funnet få artikler om emnet, og de er overveiende skrevet av anerkjente smerteforskere som har gjennomført flere forskningsstudier. Tre av studiene var deler av større forskningsprosjekter om barn og postoperativ smertebehandling (He et al., 2005; Pölkki et al., 2003; Sng et al., 2013a). Noe av litteraturen kan anses som gammel. Imidlertid er dette det som er funnet av relevante studier. To studier, Sng et al. (2013a) og Twycross & Finley (2013), er derimot av nyere dato.

Den systematiske oversiktsartikkelen (Sng et al., 2013b) gir en god presentasjon av de seks inkluderte artiklene og begrunnelse for eksklusjon av andre. Det er beskrevet nøye søkestrategi, fremgangsmåte og søkt etter både publisert og upublisert materiale som styrker oversiktsartikkelen. Det er foretatt en nøye beskrevet metaanalyse av materialet. Funnene er diskutert opp mot hverandre og annen relevant litteratur og forskning. Sng et al. (2013b)

skriver at flere av studiene er uklare i bruk av design og filosofisk bakgrunn, og at det er en svakhet som kan ha påvirket kvaliteten i oversiktsartikkelen.

Å lage systematiske oversikter basert på kvalitative studier, metasynteser, beskrives som en forholdsvis ny metode og er kontroversiell i fagmiljøet. På den ene siden beskrives metasynteser som «meningsløs» å gjennomføre på kvalitative studier. På den annen side er argumentet at det kan tilføre nyttig kunnskap til helsefagene (Reinar & Jamtvedt, 2010). Det er en svakhet at det er få artikler inkludert i oversiktsartikkelen og lite materiale å sammenlikne på. Imidlertid skriver Sng et al. (2013b) at kvaliteten på de utvalgte artiklene er ansett som høy. Det styrker funnene i den systematiske oversiktsartikkelen.

Fire av enkeltstudiene har intervjuet barn mellom 6-18 år om postoperativ smertebehandling (He et al., 2007; Pölkki et al., 2003; Sng et al., 2013a, Twycross & Finley, 2013). Tre studier benyttet dybdeintervju, og en studie var «blandede metoder». En styrke er at funnene i disse artiklene underbygges med sitater og drøftes nøye opp mot tidligere internasjonal forskning. Idvall et al. (2005) er en av få studier som intervjuet barn og foreldre om både postoperativ smerteopplevelse og smertebehandling. Imidlertid er temaene i artikkelen noe uklare, funn underbygges med få sitater, men drøftes mot noe relevant forskning.

To av artiklene omhandler asiatiske barns postoperative smerteopplevelse. Studiene fraviker fra vestlige studier når det gjelder enkelte kulturelle forhold, deriblant kontakt mellom barnet og sykepleier, som må tas med i betraktningen om relevans for norske forhold. På den annen side viser studiene at barnas persepsjon av smerte og smertelindringstiltak var lik uavhengig av kultur (He et al., 2007; Sng et al., 2013a).

Artiklene fra enkeltstudiene omtaler de etiske overveielserne som er vurdert, og alle studiene er godkjent på sykehusene hvor de ble gjennomført. Idvall et al. (2005) sin studie ble godkjent av en etisk komité. Alle artiklene beskriver at informert samtykke ble innhentet skriftlig fra foreldre og muntlig fra barna, imidlertid beskrives det ikke *hvordan* informasjonen ble gitt til barna.

3.0 TEORI

I dette kapitlet defineres smerte, og det presenteres teori om postoperativ smerte og hva som kan påvirke smerteopplevelsen. Medikamentell og ikke-medikamentell smertebehandling omtales. Til slutt utdypes intensivsykepleierens funksjons- og ansvarsområder knyttet til postoperativ smertebehandling.

3.1 Definisjon av smerte

IASP definerer smerte som: «en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse assosiert med aktuell eller potensiell vevsskade, eller beskrevet som slik skade» (Merskey & Bogduk, 1994). Smerte er subjektivt, og hvert individ lærer anvendelse av ordet gjennom erfaringer av skader. Smerte eksisterer når personen som opplever smerte uttrykker at han/hun har det (IASP Taxonomy, 2012).

Smerte kan deles inn på ulike måter. De kan klassifiseres ut fra varighet, om de er akutte eller kroniske. Postoperativ smerte er akutt smerte, men kan utvikle seg til kronisk smerte ved utilfredsstillende smertebehandling (Gulbrandsen, 2015).

3.2 Postoperativ Smertefysiologi

Akutt smerte varsler om vevsskade og beskytter kroppen mot skade. Postoperativ smerte er en akutt smerte som deles i grunnsmerte og gjennombruddssmerte. Grunnsmerte er den konstante smerten som er et resultat av vevs- og nerveskade etter kirurgi. Gjennombruddssmerte er smertetopper som oppstår grunnet bevegelse, hoste eller lignende (Penrose, Palozzi & Dowden, 2014; Wøien & Strand, 2008).

Ulike prosesser er med å forsterke eller hemme overføring av smertesignaler til hjernen. Ved kirurgi reagerer kroppen med kirurgisk stressrespons som kjennetegnes av økt metabolisme og oksygenbehov. Reaksjonene er hensiktsmessig i akutfasen, men kan innebære økt belastning over tid. Belastningen kan føre til økt krav til hjertefunksjon, nedsatt lunge- og tarmfunksjon, kvalme, oppkast, smerte og utmattelse. Denne responsen kan forsterkes av smerte, angst og uro (Finrud, 2011).

3.3 Faktorer som påvirker den postoperative smerteopplevelsen

Smerter hos barn kan hemmes eller forsterkes av en rekke biologiske, psykologiske og sosiale faktorer.

3.3.1 Biologiske faktorer

Biologiske faktorer omfatter alder, utvikling, genetikk og temperament (Twycross & Williams, 2014). Smerte etter samme type kirurgi kan variere fra individ til individ, og årsaken kan ha sammenheng med biologiske faktorer (Stubhaug & Ljoså, 2008). Kognitiv utvikling påvirker smerteopplevelsen. Det innebærer barnets forståelse av smerte, smerteuttrykk og bruk av mestringsstrategier (Twycross & Williams, 2014). Piaget deler kognitiv utvikling inn i fire stadier, hvor utviklingen bygger på det som skjedde i det foregående stadiet (Bunkholdt, 2000). De to siste stadiene til Piaget som presenteres her er:

- Det konkret-operasjonelle stadiet
- Det formal-operasjonelle stadiet

Det konkret-operasjonelle stadiet er fra 6-7 år til 12 år. Barn kan tenke logisk og abstrakt om kjente, konkrete ting og hendelser (Bunkholdt, 2000). De kan ha noe kunnskap om sykdom og hvordan kroppen fungerer, men kunnskapen kan være vag, falsk eller ikke-eksisterende. Barn kan være redd for tap av kontroll, skade og død (Slota, 2013). Fra 6-års alder forstår barn vanligvis 10000-15000 ord og kan beskrive tidligere hendelser. De kan forstå «når, hvor og hvordan» -spørsmål, beskrive akutt smerte og lokalisere hvor på kroppen det er vondt (Morison et al., 2000; Tetzner, 2012; Twycross & Williams 2014). Barn kan uttrykke seg verbalt og la seg intervju, men spørsmålene bør være korte og konkrete. Skolebarn kan late som de forstår forklaringer når de tror det forventes av dem (Morison, Moir & Kwansa, 2000; Slota, 2013).

Det formal-operasjonelle stadiet fra ca. 12 år. Ungdommen kan tenke mer abstrakt og lage hypoteser om det ukjente. Denne evnen utvikles gjennom ungdomsårene (Bunkholdt, 2000). Ungdom kan ha økt kunnskap om sykdom, men samtidig ha liten forståelse for hvordan smerte påvirker kroppen. De kan være redd for tap av kontroll, varig skade på kroppen og kan føle skyld for sykdom (Slota, 2013; Reinertsen, 2008). Barn opp til 12-14 års alder kan tro sykepleiere ser og forstår når de har smerter (Schechter, Berde & Yaster, 2003; Slota, 2013). En 12-åring kan under trygge omstendigheter følge en voksen i en verbal dialog. Åpne spørsmål kan i større grad benyttes (Morison et al., 2000; Øvreeide, 2009). Ungdom kan regrediere og fungerer på et nivå som tilsvarer yngre alderstrinn når de står ovenfor vanskelige temaer og er i pressede situasjoner (Øvreeide, 2009).

Verdens helseorganisasjon [WHO] bruker omtalen av «adolscents» som unge mennesker mellom 10-19 år (WHO, 2016). I denne mastergradsoppgaven er det valgt å omtale ungdom fra 12 år.

3.3.2 Psykologiske faktorer

Psykologiske faktorer påvirkes av stress, redsel, fokus på smerter og tidligere smerteopplevelser. Frykt påvirker smerteopplevelsen mest. Tidligere negative opplevelser av smerte kan føre til mer angst og stress som igjen kan øke smertene og sensitiviteten (Bentley, 2014; Twycross & Williams, 2014).

3.3.3 Sosiale faktorer

Sosiale faktorer påvirkes av kultur, læring og kjønn. Det er funnet kultur- og kjønnsforskjeller i hvordan barna uttrykker sin smerte, men ikke i persepsjon av smerter (Finley, Kristjansdóttir & Forgeron, 2009). Barn lærer smerteuttrykk hjemme, og familiens respons påvirker deres oppførsel (Reinertsen, 2008; Twycross & Williams, 2014).

3.3.4 Postoperative komplikasjoner

Postoperativ kvalme og oppkast (POKO) er en komplikasjon som kan øke smerteopplevelsen til barn (Howard, 2014). Etter smerter er POKO den vanligste plagen etter kirurgi. Risiko- og årsaksfaktorer kan være pasientbetingede, knyttet til det kirurgiske inngrepet, til anestesimetode og til medikamentell behandling (Glick, Holt & Nussmeier, 2015; Ræder, 2005). Barn fra 3-års alder har 30 % større risiko for POKO enn voksne (Østgaard & Ulvik, 2010).

3.4 Smertevurderingsverktøy

Hensikten med smertevurdering er identifisering av smerte og smerteintensitet, samt vurdere og dokumentere effekt av tiltak. Smertevurderingsverktøy er et effektivt hjelpemiddel til å måle smerteintensitet, såfremt det tas hensyn til barnets alder og kognitive utvikling. Smerteintensitet kan selvrapporeres fra 5-6 års alder (Tomilson et al., 2010). I tillegg til selvrapporering må barnets oppførsel og fysiske parametere vurderes (Stinson & Jibb, 2014).

I denne studien ble Faces Pain Scale-Revised (FPS-R) ansiktskala brukt til de yngste barna. Den er validert og utviklet for barn fra 5 års alder. Barnet peker på ansiktet som samsvarer med smerteintensiteten. Ansiktet tilsvare et tall på en skala fra 0-10. For eldre barn ble Numeric Rating Scale (NRS) brukt til å angi smerteintensitet. Den er validert for bruk fra 8-

års alder. Begge smertevurderingsverktøyene går fra 0-10 poeng, hvor 0 er ingen smerte og 10 er verst tenkelige smerte (Howard, 2014; Stinson & Jibb, 2014). Dersom barnet ikke forstår skalaen som brukes, kan svaret føre til inadekvat smertebehandling (Quinn, Sheldon & Cooley, 2014).

3.5 Postoperativ smertebehandling

Smertelindring består av både medikamentell og ikke-medikamentell smertebehandling. Hovedmålene i smertebehandling er å redusere, kontrollere og forebygge smerter hos barn (Hauer, Jones, Poplac & Armsby, 2015).

3.5.1 Medikamentell postoperativ smertebehandling

Postoperativ smertebehandling bør tilpasses barnet og det kirurgiske inngrepet med minst mulig bivirkninger (Hauer et al., 2015). Barn bør få multimodal postoperativ smertebehandling ved å kombinere ulike analgetika. En synergieffekt er at ulike analgetika forsterker hverandre, virker opioidbesparende og reduserer faren for bivirkninger (Spreng & Støen, 2013). Standard postoperativ smertebehandling til barn er paracetamol og NSAID brukt alene eller i kombinasjon. Opioider brukes til behandling av sterkere smerter og gjennombruddssmerter. Pasientkontrollert analgesi (PCA) brukes i behandling av moderat til sterk smerte fra 5-6 års alder (Hauer et al., 2015; Penrose et al., 2014; Spreng & Støen, 2013).

3.5.2 Ikke-medikamentell postoperativ smertebehandling

Ikke-medikamentell smertelindring innebærer ulike tiltak for å lindre smerte uten bruk av medikamenter. Smerten kan bli lettere å mestre, og barnet kan få mulighet til noe kontroll i situasjonen (Uman et al., 2013). Faglitteratur beskriver ulike måter å dele inn ikke-medikamentelle tiltak på, hovedsakelig deles det inn i psykososiale og fysiske tiltak (Twycross & Stinson, 2014; McGrath, Stevens, Walker & Zempsky, 2014). Pölkki, Vehviläinen-Julkunen & Pietilä (2001) har delt tiltakene inn i 5 kategorier:

- 1) *Kognitive atferdsterapeutiske tiltak*: Informasjon, dagdrømme, avledning, avslapning, pusteteknikker, positiv forsterkning
- 2) *Fysiske tiltak*: Kilde/varmeregulering, massasje, leieendring
- 3) *Emosjonell støtte*: Nærvær, trøst/berolige, berøring
- 4) *Hjelp til daglige aktiviteter*: Stell, mobilisering
- 5) *Skape et behagelig miljø*: Minimere støy, personlige eiendeler

3.6 Intensivsykepleierens funksjons- og ansvarsområde for postoperativ smertebehandling av barn

Ivaretagelse av postoperativ smertebehandling omfatter alle deler av intensivsykepleierens funksjons og ansvarsområde, hvorav den rehabiliterende funksjonen er den overordnede (NSFLIS, 2002).

3.6.1 Intensivsykepleierens rehabiliterende funksjon

Den rehabiliterende funksjonen omfatter alle tiltak som forebygger, lindrer eller behandler barnets smerte. Det innebærer at intensivsykepleieren tenker «helhetlig» og inkluderer barnets psykososiale behov (Stubberud, 2015b). Intensivsykepleieren kan ved å etablere et tillitsforhold til barnet hjelpe det å ta i bruk egne ressurser for raskere mobilisering og restituering. Små barn er kognitiv umodne, og kan være avhengige av foreldre for emosjonell mestring (Reinertsen, 2008; Slota, 2013).

Barn har krav på å ha en av foreldrene hos seg ved sykehusinnleggelse (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2000). Intensivsykepleieren skal tilrettelegge for foreldrenes tilstedeværelse. Foreldrene er en ressurs som intensivsykepleieren kan inkludere i vurderingen av barnets smerteuttrykk, og de kan gi barnet emosjonell støtte og trygghet (NSFLIS, 2002; Stinston & Jibb, 2014).

Intensivsykepleieren skal tilstrebe optimal postoperativ smertebehandling med minst mulig bivirkninger for det enkelte barnet (NSFLIS, 2002). Ubehandlet smerte kan gi mer lidelse og økt risiko for komplikasjoner (Howard, 2014). Langtidskonsekvenser av inadekvat smertebehandling av akutte smerter fører til kroniske smerter for 10- 50 % hos voksne pasienter, hvorav 2-10 % vil oppleve sterk kronisk smerte (IASP, 2011a). Inadekvat smertebehandling kan føre til kroniske smerter hos barn (Nikolajsen & Brix, 2014).

3.6.2 Intensivsykepleierens forebyggende funksjon

Intensivsykepleieren skal ha kunnskap om barnets fysiologiske reaksjon på kirurgisk stressrespons, konsekvenser av anestesi og ulike kirurgiske inngrep samt farmakologi som påvirker barnet i postoperativ fase. Med bakgrunn i det ovenstående er intensivsykepleieren rustet til å være i forkant med handlinger som bidrar til et ukomplisert postoperativt forløp uten ekstra komplikasjoner (Nygaard & Gulbrandsen, 2015).

Sekundærforebyggende handlinger innebærer at intensivsykepleieren kontinuerlig observerer, vurderer og iverksetter smertelindrende tiltak for å komme barnets smerte i forkjøpet, eller at hun handler så fort smerten øker på (Stubberud, 2015b). Intensivsykepleieren vurderer virkning av tiltaket og iverksetter eventuelt endrede eller flere tiltak for å forebygge smerter.

Tertiærforebyggende handlinger innebærer å forebygge ytterligere komplikasjoner til smertebehandling (Stubberud, 2015b). Intensivsykepleieren følger årvåkent med på endringer i barnets tilstand som kan relateres til bivirkninger av medikamenter og har handlingsberedskap for å håndtere eventuelle akutsituasjoner. Intensivsykepleieren skal være i forkant, tidlig observere og iverksette tiltak ved symptomer på POKO eller annet ubehag som barnet kan oppleve på bakgrunn av smertebehandlingen (Gulbrandsen, 2015; NSFLIS, 2002; Spreng & Støen, 2013).

3.6.3 Intensivsykepleierens behandlende funksjon

Intensivsykepleieren skal bruke sin kompetanse til å behandle barn med postoperative smerter på faglig forsvarlig måte. Smertebehandlingen skal være kunnskapsbasert.

Intensivsykepleieren må inneha kunnskaper om barns anatomi og fysiologi, smertefysiologi og farmakologi. Hun bør ha kunnskaper om barns utviklingsstadier, aktuelle smertevurderingsverktøy samt ikke-medikamentelle smertelindringstiltak (Gulbrandsen, 2015; NSFLIS, 2002; Nygaard & Gulbrandsen 2015).

Kunnskap i seg selv er ikke tilstrekkelig for optimal smertelindring, men avhenger av intensivsykepleiernes ferdigheter og holdninger (Gulbrandsen, 2015). En norsk studie viser at spesialsykepleiere har mer kunnskap om smertebehandling enn sykepleiere, men det var ingen forskjell i sykepleiere/spesialsykepleieres holdninger til å tro på barnets formidling av smerteintensitet (Hovde et al., 2011). Studier viser at barns postoperative smerte undervurderes (Twycross et al., 2015a).

Intensivsykepleieren skal kontinuerlig vurdere barnets smerteuttrykk ved å lytte til barnet og bruke aldersadekvate smertevurderingsverktøy. På bakgrunn av kunnskaper og erfaringer bruker intensivsykepleieren sitt kliniske blikk og observerer barnet. Fysiologiske parametere, ansiktsuttrykk, adferd og liggestilling tas med i vurderingen. Hun skal iverksette adekvate medikamentelle og ikke-medikamentelle smertelindringstiltak og kontinuerlig vurdere

effekten av disse. Smertevurdering, tiltak og effekt skal dokumenteres (NSFLIS, 2002; Stubberud, 2015b; Twycross & Stinston, 2014).

3.6.4. Intensivsykepleierens lindrende funksjon

Intensivsykepleieren skal handle til barnets beste og bruke sin kompetanse til å lindre barnets smerte og ubehag med adekvate medikamentelle og ikke-medikamentelle tiltak.

Intensivsykepleieren ivaretar barnets autonomi og integritet ved å legge til rette for at barnet kan ta i bruk egne smertelindringsstrategier og ved å la barnet være med, der det lar seg gjøre, å sette mål for smertebehandlingen slik at kontroll og mestring kan oppleves i situasjonen (NSFLIS, 2002; Stubberud, 2015b; Twycross & Finley, 2013).

4.0 METODE

I dette kapitlet beskrives metodevalg, utvalgsstrategi, og hvordan barna ble rekruttert. Videre beskrives nøye datainnsamlingen, og forskningsetiske momenter drøftes. Det redegjøres deretter for analyse av datamaterialet. Momenter knyttet til studiens troverdighet, gyldighet, pålitelighet og overførbarhet drøftes først i kapittel 6.5 hvor studiens styrker og svakheter presenteres.

4.1 Metode og design

Kvalitativ metode egner seg for beskrivelse og analyse av fenomener som erfares. Målet er å forstå fenomenene mer enn å forklare dem (Malterud, 2013). Intervju er en egnet metode for å få frem ny kunnskap om barns opplevelser om postoperativ smerte og smertebehandling (Kvale & Brinkmann, 2015). Det er valgt et beskrivende design for å få en forståelse av hvordan barnet opplever fenomenet smerte (Polit & Beck, 2012).

Bearbeiding av data er gjort ved innholdsanalyse. Innholdsanalyse som metode kan brukes både på kvalitative og kvantitative data, og kan være induktiv eller deduktiv (Elo & Kyngäs, 2008). Metoden beskrives som utfordrende fordi den ikke har noen bestemt disiplin eller metodologiske røtter (Polit & Beck, 2012). Hsieh & Shannon (2005) beskriver tre ulike tilnærminger til kvalitativ innholdsanalyse. Konvensjonell innholdsanalyse brukes ofte når studiens mål er å beskrive et fenomen. Det beskrives en induktiv tilnærming til materialet ved at kategoriene som blir funnet i datamaterialet kan lede til en ny innsikt om fenomenet (Hsieh & Shannon, 2005). Fordi det finnes lite kunnskap om barns opplevelse av postoperativ smerte og smertebehandling er en induktiv tilnærming hensiktsmessig.

4.2 Populasjon og utvalg

Alle individer som kan karakteriseres ved bestemte felles kjennetegn kan betegnes som en populasjon (Polit & Beck, 2012). Alle barn mellom 6-18 år som gjennomgikk kirurgi i Norge i 2014 er populasjonen i denne studien.

Intervjuene ble utført i samme tidsrom som doktorgradstipendiaten gjennomførte observasjonsstudien på postoperativ avdeling. To universitetssykehus ble tilfeldig trukket ut til intervjustudien hvorav ti barn skulle rekrutteres fra hvert universitetssykehus, tilsammen tjue barn. Det ble avsatt fire sammenhengende dager per universitetssykehus til rekruttering og intervju, hvor mastergradsstudentene intervjuet ti barn hver.

Et strategisk utvalg er et utvalg som er sammensatt på en slik måte at materialet har best mulig potensiale til å belyse problemstillingen (Creswell, 2014). Det ble foretatt et strategisk utvalg med følgende kriterier:

- Barn mellom 6-18 år som har gjennomgått kirurgisk inngrep i generell anestesi, både øyeblikkelig-hjelp (ø-hjelp) og elektiv kirurgi
- Både inneliggende og dagkirurgiske pasienter
- Barnet har vært inneliggende på postoperativ avdeling
- Barn som forstår og snakker norsk

Eksklusjonskriterier:

- Barn med kognitiv svikt hvor det ikke er mulig å gjennomføre intervju
- Barn som er innlagt på intensivavdelinger

Alle barn, som oppfylte inklusjonskriteriene, ble forsøkt rekruttert. Dette kan også kalles et bekvemmelighetsutvalg når deltakere det er mulig å få tak i rekrutteres (Malterud, 2013). Datainnsamlingen foregikk i oktober og november 2014.

Variasjon i utvalget gir mulighet for å beskrive flere nyanser fra ett og samme fenomen (Malterud, 2013). Rekruttering av tjue barn i ulike aldre kan gi mangfoldige beskrivelser. Imidlertid kan en stor aldersspredning eksempelvis ende med mange av de yngste barna og få av de eldste. En skjev fordeling kan gi begrenset tilgang til feltet som skal studeres (Malterud, 2013). En 6-åring er kognitiv umoden og har en annen forståelse av postoperativ smerteopplevelse og behandling enn ungdom. Beskrivelsene av samme fenomen kan forklares ulikt på bakgrunn av modenhetsnivå (Slota, 2013).

Ved å inkludere alle typer kirurgiske inngrep var det flere potensielle informanter og større variasjon i materialet (Malterud, 2013). På den annen side blir det ikke en homogen gruppe. Eksempelvis vil en stor scolioseoperasjon gi større vevsskade og øke smerteopplevelsen sammenliknet med en enkel øreplastikk (Bentley, 2014). Imidlertid er det mer enn selve inngrepets størrelse som påvirker smerteopplevelsen (Twycross & Williams, 2014).

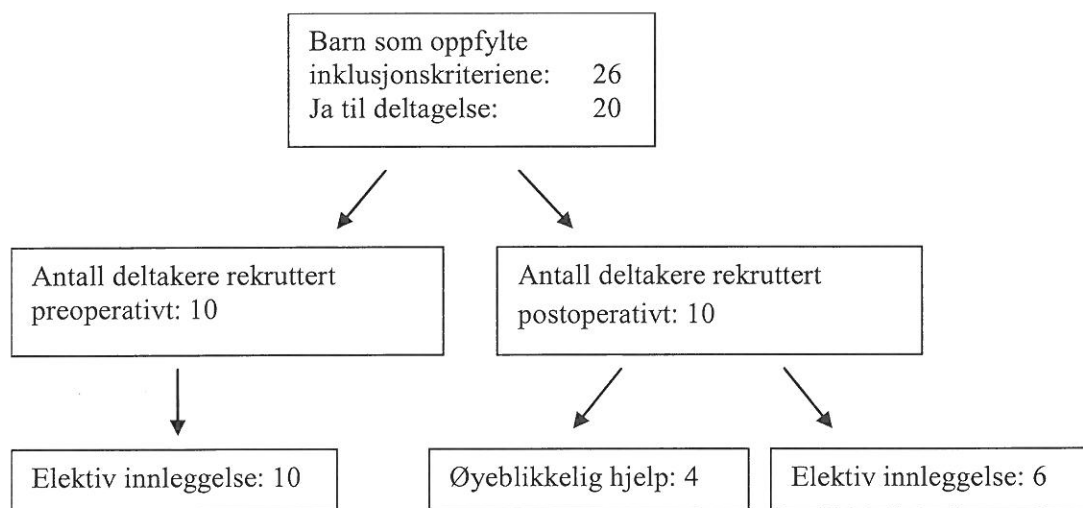
Barn med kognitiv svikt som det kunne være vanskelig å intervju ble ekskludert. Imidlertid kan det være vanskelig å sette en absolutt grense for eksklusjon. I denne studien ble det

vurdert hvis et barn har kognitiv svikt men er aldersadekvat på en 6-årings nivå, kan barnet inkluderes fordi nyttig erfaring om smerteopplevelse kan komme frem (Tetzner, 2012).

4.3 Rekruttering

Det ble innhentet oversikt over aktuelle barn på ulike avdelinger. Sykepleier med ansvar for barnet ble kort informert om studien før hun forhørte seg om barnet og foreldrene ønsket å motta informasjon. De som takket ja fikk informasjon av mastergradsstudenten om studiens innhold.

Figur 2. Rekruttering



Tjuseks barn oppfylte inklusionskriteriene, hvorav tjue ble inkludert. Et barn takket nei før og ett etter informasjon. Fire barn mottok informasjon, men ble ikke inkludert fordi tre reiste hjem før mulighet for intervju og en ble strøket fra operasjonsprogrammet.

Av de elektive operasjonene ble seks inkludert postoperativt, fordi det ble vurdert at det ikke var etisk forsvarlig å gi informasjon rett før operasjon. Informasjon om en smertestudie kan føre til økt engstelse og redsel preoperativt som kan påvirke postoperative smerter (Chieng, Chan, Klainin-Yobas & He, 2014).

Det ble samlet demografiske data om kjønn, alder, diagnose, elektiv/ø-hjelpskirurgi som presenteres i tabell 2.

Tabell 2. Demografiske data (n = 20)

Alder	Antall	Kjønn	Antall	Innleggelse	Antall	Type kirurgi	Antall
6-11 år	12	Jente	11	Elektiv	13	Ortopedi	11
12-18 år	8	Gutt	9	Dagkirurgi	3	Øre/Nese/Hals	3
				Ø-hjelp	4	Gastrokirurgi	3
						Barnekirurgi	2
						Nevrokirurgi	1

Gjennomsnittsalderen var 9,3 år for barna i gruppen 6-11 år. I gruppen 12-18 år var gjennomsnittsalderen 13,8 år. Det var ingen barn under 8 år eller over 17 år i utvalget. Utvalget var nesten likt representert av begge kjønn.

4.4 Datainnsamling

Det presenteres utarbeidelse av intervjuguide, pilottest og hvordan intervjuene ble gjennomført.

4.4.1 Intervjuguide

De ble gjennomført semistrukturerete intervjuer med intervjuguide basert på forskningsspørsmålene. Semistrukturert intervju beskrives som en strukturert samtale mellom forsker og forskningsobjekt, hvor det er en plan for temaer som skal tas opp (Kvale & Brinkmann, 2015). Utgangspunktet for utarbeidelsen av intervjuguiden er fra liknende studier med barn (Pölkki et al., 2003; Sng et al., 2013a). Intervjuguidene ble utarbeidet med veiledning fra Trond Diseth, professor i barne- og ungdomspsykiatri.

Åpningsspørsmål for temaene:

- *Kan du fortelle litt hvorfor du er her på sykehus?*
- *Kan du fortelle litt om hvordan du hadde det når du våknet etter operasjonen?*
- *Kan du fortelle hva som skjedde da du hadde vondt(/smerter)?*
- *Kan du fortelle hva som hjalp deg da du hadde vondt(/smerter)?*
- *Er det noe sykepleiere kan fortelle til andre barn som kommer på sykehus?*

- *Vet du om det er noe annet sykepleierne kan gjøre så du og andre barn får bedre hjelp?*

Det ble utarbeidet en intervjuguide tilpasset aldersgruppen 6-11 år og en til aldersgruppen 12-18 år (Vedlegg 1 og 2). Hensikten var at spørsmålene ble stilt på en måte og et språk barnet forsto (Pölkki et al., 2003; Øvereide, 2009). Forskjellen var valg av ord som eksempelvis ”vondt” versus ”smerte”. Til de yngste var spørsmålene mer konkrete og lukkede. Ungdom kan i større grad svare på åpne spørsmål (Morison et al., 2000). De yngste barna kunne tegne og/eller skrive dersom de ikke ønsket å fortelle. Teknikken benyttes mye til å forklare barns forståelse av sykdom (Pridemore & Bendelow, 1995; Twycross & Finley, 2013). En skisse av en gutte/jentekropp var et annet hjelpemiddel (Vedlegg 3). Barnet kunne peke hvor på kroppen det hadde smerter. Flere av barna fikk tilbud om å tegne, men takket nei. Ett barn brukte skissen for å vise hvor på kroppen det var smertefullt.

4.4.2. Pilottest

Pilotstudie er en testversjon av materialet som skal brukes i en større studie (Polit & Beck, 2012). Pilottesten omfattet to intervjuer som ble foretatt i en annen barnekirurgisk avdeling. Mastergradsstudentene fikk en formening om barna forstod spørsmålene som ble stilt, klinisk erfaring med å intervjuer og testet lydopptaker (Pölkki et al., 2003). Intervjuene ble hørt igjennom og deretter slettet.

Pilottesting medførte endring i intervjuets startfase. Det opplevdes unaturlig å starte med spørsmål om smerteopplevelse. Som en innledning ble barna spurt om årsaken til sykehusinnleggelsen. Barna ble forberedt på spørsmålet og kom lettere i gang med å fortelle sin historie. Årsak til innleggelse er ikke tatt med i analysen, fordi det er utenfor problemstillingen.

4.4.3 Gjennomføring av intervjuene

Alle barna ga uttrykk for å være godt smertelindret før intervjuene startet. Intervjuene ble gjennomført i sengepost mens barna fremdeles var innlagt på sykehus. De fleste intervjuene ble utført innen 48 timer etter operasjon, med unntak av tre barn som ble intervjuet innen 5. postoperative døgn. Intervjuenes lengde varierte fra 12 – 28 minutter.

Barna ble intervjuet på eget rom eller et sted hvor taushetsplikten kunne overholdes (Morison et al., 2000). Barnet kunne velge om de ønsket mor eller far tilstede, atten barn valgte det.

Begge mastergradsstudentene var til stede under ethvert intervju. Den ene intervjuet mens den andre inntok en observatørrolle.

Intervjuene startet med en kort briefing om intervjuet, tidsramme og bruk av lydopptaker for å skape forutsigbarhet (Kvale & Brinkmann, 2015). Barna må møtes på sine premisser, intervjueren må være tilpasningsdyktig og kreativ for å få dem til å samarbeide (Polit & Beck, 2012). Mastergradsstudenten brukte tid på etablering av kontakt, om nødvendig ved bruk av barnas egne leker. Det ble understreket at barnas egen opplevelse var viktig og at ingen svar var feil. Barna ble opplyst om at de når som helst kunne stoppe intervjuet. Informasjonen ble gitt for å klargjøre forventninger til barnet og intervjuerens rolle (Docherty & Sandelowski, 1999; Morison et al., 2000; Øvereide, 2009). Intervjueren plasserte seg nær barnet med mulighet for direkte øyekontakt. Foreldre ble høflig bedt om å være stille under intervjuet, men avslutningsvis fikk de anledning til å uttale seg. Denne informasjonen er ikke tatt med i analysen.

Intervjuet ble avsluttet med en kort debriefing om intervjusituasjonen etter at båndopptakeren var stoppet (Kvale & Brinkmann, 2015). Samtlige barn opplyste at det hadde vært greit. Barna fikk tilslutt velge seg en liten gave av lav verdi som takk for innsatsen.

4.5 Forskningsetikk

Denne studien og informasjonsskriv var inkludert i doktorgradprosjektets godkjenning fra regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk [REK] (vedlegg 4 og 5). Studiet er dermed godkjent i henhold til det ene universitetssykehusets internkontrollrutiner (vedlegg 6) og i tillegg av personvernombudet på det andre universitetssykehuset (vedlegg 7). Informasjonsskriv tilpasset barn 6-11 år, ungdommer 12-18 år og et til foreldre ble utarbeidet av mastergradsstudentene i denne studien (vedlegg 8, 9 og 10).

4.5.1 Informert samtykke

Informert samtykke innebærer at barn og foreldre får informasjon om studiens overordnede hensikt og hovedtrekk i prosjektet, fordeler og ulemper samt frivillig deltakelse (Kvale & Brinkmann, 2015).

Det ble lagt vekt på informasjon til barna før de ga samtykke. Det ble presisert at deltakelse var frivillig og at de når som helst kunne trekke seg uten at det hadde noen behandlingsmessige konsekvenser. Barnet kunne ta stilling til om det ønsket å delta, selv om det ikke nødvendigvis forstod rekkevidden av deltagelse i en forskningsstudie (Øverlien,

2013). Det ble understreket at både barna og foreldre måtte samtykke til intervju. Barn under 12 år gav et muntlig samtykke. Barn over 12 år og foreldre ga skriftlig samtykke.

4.5.2 Konfidensialitet

Konfidensialitet i forskning innebærer at sensitive data som kan identifisere deltagerne ikke avsløres (Kvaale & Brinkmann, 2015). Barna ble informert om anonymisering av intervjuene og mastergradsstudentenes taushetsplikt. Intervjuene ble tatt opp på lydbånd som ble slettet etter at lydfilen ble lastet over på server som mastergradsstudentene i denne studien og forskere i doktorgradsprosjektet har tilgang til. Listen over intervjudeltagere oppbevares innelåst i safe.

Konfidensialitet ble sikret under analyseprosessen. Barna ble anonymisert ved å bruke N1 om første intervjukandidat, N2 om den neste, helt frem til N20.

4.5.3 Konsekvenser

I kvalitative studier må det tas hensyn til konsekvensene deltagelse kan føre til, både fordeler og eventuelle skader. Risikoen for å skade en deltaker bør være så lav som mulig (Brinkmann & Kvaale, 2015).

Barn er en sårbar gruppe i forskning, og deres deltakelse har vært mye diskutert fra 2000-tallet (Øverlien, 2013). Forskning med barn berører to viktige aspekter; deres rett til å bli hørt i viktige saker som angår dem og samtidig deres krav på beskyttelse (Øverlien, 2013).

Barnekonvensjonen (1991) slår fast at barn har rett til å bli hørt i saker som angår dem og at barns meninger skal tillegges vekt. Det er viktig fordi barns behov og interesser ikke alltid fanges opp av voksne (Øverlien, 2013). På den annen side er barn mer sårbare for overtalelse, negativ påvirkning og skade ved deltagelse (Hill, 2005).

Deltagelse i studien hadde ingen behandlingsmessige fordeler for barna bortsett fra at de fikk fortalt sin historie. Imidlertid kan ulempen være at barna ble minnet på ubehagelige eller vonde opplevelser (Hill, 2005; Øverlien, 2013).

I kvalitative studier må intervjueren være forberedt på at det kan dukke opp sterke følelser underveis hos deltakerne (Polit og Beck, 2012). Mastergradsstudentene hadde mottatt veiledning fra professor Trond Diseth om gjennomføring av intervju og beredskap for

uventede hendelser. Det ble gjennomgått hvordan intervjuet kunne avsluttes uten at barnet opplevde dette som nederlag (Øverlien, 2013).

4.5.4 Forskerens rolle

Etiske vurderinger må gjøres gjennom hele forskningsprosessen. Intervjueren selv er det viktigste redskap til å innhente kunnskap. Mastergradsstudentens kompetanse er med å danne rammene for hvordan forskerens rolle påvirker barnet (Kvaale & Brinkmann, 2015).

Mastergradsstudentens erfaring med å skape en god relasjon med barn var betydningsfullt i intervjusituasjonen. Faktorer som påvirker intervjuet er bevisst bruk av verbal og nonverbal kommunikasjon og aktiv lytting (Kvaale & Brinkmann, 2015).

Kvale & Brinkmann (2015) beskriver en asymmetrisk maktrelasjon mellom intervjuer og deltaker. Maktforholdet i relasjonen med barna kan påvirke svarene som gis. Barn kan være lite vant til å bli spurt om sine opplevelser eller føle at deres mening blir lite hørt av voksne. Barn kan påvirkes av spørsmålsformuleringen og hvordan forskeren møter barnet. De kan svare det de tror er akseptabelt eller forventet (Hill, 2005). Foreldrenes tilstedeværelse kan fungere som en trygghet og ”portåpner” under intervjuet (Øverlien, 2013; Øvereide, 2009). Imidlertid kan barnet lukke seg og ikke fortelle at de var smertepåvirket for å skåne foreldrene. Docherty & Sandelowski (1999) skriver at barn i alle aldre generelt vil holde igjen følelsesladet informasjon.

I kvalitative metoder vil forskerens forforståelse kunne påvirke informantene og det innsamlede datamaterialet (Kvale & Brinkmann, 2015; Malterud, 2013). Forforståelsen ble diskutert mye i studiens planleggingsfase og hvordan den kunne påvirke intervjuene. Mastergradsstudentens erfaring fra postoperativ avdeling, gjennomgang av tidligere forskning og doktorgradsprosjektet har påvirket forforståelsen dit hen at smertebehandlingen til barn ikke er optimal. Imidlertid har mastergradsstudenten bevisst forsøkt å ha et reflektert forhold til egen forforståelse og innflytelse på materialet for å få frem barnas opplevelser, som de beskrev dem. Under analysen av materialet var mastergradsstudenten bevisst på å legge forskningsspørsmålene til side og gå åpent inn i datamaterialet for å få frem barnas historier.

4.6 Analyse av data

Innholdsanalyse basert på Creswell's (2014) analyse av kvalitative data benyttes i doktorgradsprosjektet. Samme metode er brukt i flere forskningsprosjekter om postoperativ smertebehandling til barn (Twycross & Finley, 2013; Twycross, Finley & Latmier, 2013).

Creswell's (2014) seks trinn for analyse av kvalitative data er:

1. Forberede datamateriale til analyse
2. Lese igjennom hele materialet
3. Koding av data
4. Beskrive temaer som fremkommer av materialet
5. Presentasjon av resultater
6. Drøfting av funn

Punkt 5 og 6 presenteres i kapitel 5 og 6.

4.6.1 Forberede datamaterialet til analyse

Transkriberingen ble gjennomført ved at mastergradsstudentene transkriberte de ti intervjuene de selv hadde utført. Materialet ble grovtranskribert, deretter hørt, lest og nøye redigert to ganger til. Deretter byttet mastergradsstudentene intervjuer og dobbeltsjekkete den andres transkribering ved å høre, lese og rette opp unøyaktigheter. Ved usikkerhet om hva som ble sagt ble materialet nøye gjennomgått av begge mastergradsstudentene.

Det ble valgt å kode personene som snakket under intervjuet med farger og tegn.

Transkriberingen ble gjort ord for ord, med dialekt, for å sikre at barnas meningsuttrykk kom frem. Ved intervju av barn var det naturlig å bruke mange "mmm" og "ja" for å oppmuntre til samtale. Dersom ordene ikke hadde betydning for meningen ble de fjernet for få en lettlest versjon av barnas fortelling (Kvale & Brinkmann, 2015).

4.6.2 Lese igjennom hele materialet

Alle tjue intervjuene ble først lest igjennom. Hensikten var å få et helhetlig inntrykk av materialet og en overordnet oversikt over hva barna fortalte (Creswell, 2014).

4.6.3 Koding av data

Et intervju ble lest sammenhengende, deretter ble intervjuet lest grundig linje for linje. Små kommentarer ble skrevet i marginen. Mastergradsstudenten jobbet bevisst med å legge forskningsspørsmålene til side og konsentrere seg om hva som egentlig ble fortalt. Foreløpige emner og koder ble skrevet ned. Etter samme prosess med flere intervjuer fremsto nye emner. Tidligere intervjuer ble på nytt gjennomgått for å kontrollere at viktige momenter ikke ble oversett (Creswell, 2014).

Mastergradsstudentene gjennomførte denne prosessen hver for seg. Deretter ble funnene gjennomgått i fellesskap. Bias kan på denne måten minimeres (Polit & Beck, 2012). Mastergradsstudentene navnga emnene noe forskjellig, men innholdet omhandlet det samme. Den ene mastergradsstudenten hadde funnet åtte emner og den andre fjorten. Like emner ble slått sammen, og sluttresultatet ble seks hovedemner. Tabell 3 viser ett av emnene, barnas beskrivelser av postoperativ smerte, med nøkkelord/koder og kategorier:

Tabell 3. Barnas beskrivelse av postoperativ smerte

Emne	Nøkkelord/koder	Kategorier
Barnas beskrivelser av postoperativ smerte	Dunkende - Sårt - Ømt Stramming - Svie - Stivhet	Smerte i operasjonssåret
	Vondt i skulder - Luft smerter Vondt i halsen - Smerte i nakken - Hodepine - Vondt i blæra	Beskrivelse av andre postoperative smerter
	Smerte i ro - Smerte ved mobilisering	Smerter knyttet til aktivitet og hvile
	Redd for smerter – Redd for å dø Ubehag - Deprimert	Følelser knyttet til postoperativ smerte
	Sinne - Gråt - Smertefullt Vri seg- Klarte ikke å snakke	Adferd knyttet til postoperativ smerte

Underliggende koder og nøkkelord med samme meningsinnhold ble trukket sammen. Eksempelvis ble *"trangt under gipsen"* ble lagt under *"stramming"*. Koder mastergradsstudentene hadde felles ble dobbeltsjekk mot referanse. Enhver kode og kategori som ble sammenslått er beskrevet i et arbeidsdokument. Intervjuene ble gått igjennom på nytt flere ganger.

4.6.4. Beskrive temaer som fremkommer av materialet

Det ble funnet seks hovedemner:

1. Barnas beskrivelser av postoperativ smerte
2. Barnas opplevelser av ubehag i postoperativ avdeling
3. Barnas opplevelser knyttet til medisiner
4. Barnas opplevelser av ikke-medikamentell postoperativ smertelindring
5. Barnas opplevelser knyttet til trygghet
6. Barnas anbefalinger til andre barn og sykepleiere

De seks emnene inneholder totalt tjueseks kategorier. Under hver kategori ble alle tilhørende sitater fra intervjuene samlet i et eget dokument. Tabell 4 viser en kategori fra det første emnet, med tilhørende sitater.

Tabell 4. Barnas sitater til smerte i operasjonssåret

Emne	Kategorier	Utdrag av sitater fra barna
Barnas beskrivelser av postoperativ smerte	Smerte i operasjonssåret	<ul style="list-style-type: none"> • Hele såret var veldig vondt også spesielt nakken, det... det var litt sånn <u>sårt</u> og litt sånn <u>ømt</u> og.. • Så kommer jeg bare til å ligge der og kjenne smerten, kjenne <u>dunkene</u> og det orker jeg ikke • Når jeg prøvde å bevege meg så var det litt sånn at jeg kom ingen steder for jeg... prøvde å bevege meg litt, og da <u>strammet</u> det så veldig så jeg bare kunne ikke røre meg noen steder så... • Har du noen gang hatt øreverk? Det er litt sånn svak smerte av det da. Det <u>svir</u> litt, på en måte..

Videre i kapitel 5 presenteres resultatene med autentiske sitater fra barna som ble funnet gjennom denne analyseprosessen.

5.0 RESULTATER

I dette kapitlet presenteres funn fra intervjuene. De seks temaene som fremkom i analysen presenteres i tre underkapitler:

1. Barnas opplevelser av postoperativ smerte:

- Barnas beskrivelser av postoperativ smerte
- Barnas opplevelser av ubehag i postoperativ avdeling

2. Barnas opplevelser av postoperativ smertelindring:

- Barnas opplevelser knyttet til medisiner
- Barnas opplevelser av ikke-medikamentell postoperativ smertelindring
- Barnas opplevelser knyttet til trygghet

3. Anbefalinger fra barna:

- Barnas anbefalinger til andre barn og sykepleiere

5.1 Barnas opplevelser av postoperativ smerte

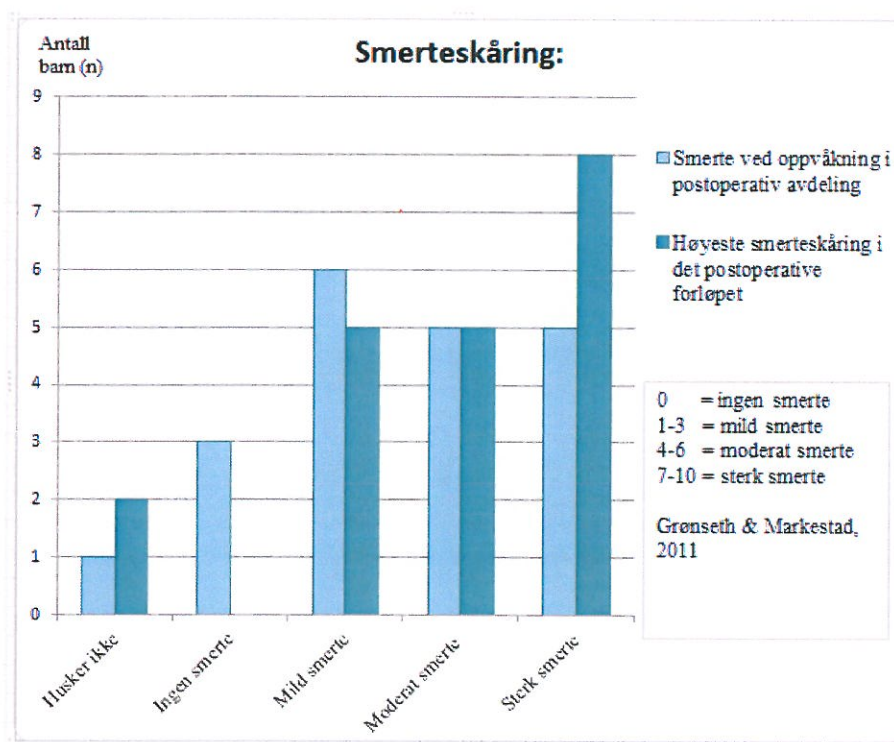
Det ble funnet to hovedtemaer om barnas opplevelser av postoperativ smerte. Det første beskriver barnas smerteintensitet, sårsmerte, lokalisering og følelser knyttet til postoperativ smerte. Det andre temaet omtaler ulike ubehag som ble relatert til smerteopplevelsen.

5.1.1 Barnas beskrivelser av postoperativ smerte

Barna fortalte hvordan de opplevde smerter etter operasjon. De vekslet mellom å bruke ord som vondt eller smerte. Noen av barna kom med detaljerte fortellinger mens andre svarte med korte setninger og enstavelsesord. Barna beskrev at sykepleierne hadde spurt om smerte. Nesten halvparten hadde brukt smertevurderingsverktøy som NRS skala, muntlig NRS eller FPS-R til å angi smerteintensitet. Barna som ikke kjente til smertevurderingsverktøyene, ble forklart skalaene under intervjuet.

Figur 3 viser hva barna skåret smerteintensiteten til ved oppvåkning i postoperativ avdeling og hvor sterk smerten var på det vondeste i det postoperative forløpet. Det postoperative forløpet innebærer både postoperativ avdeling og sengepost.

Figur 3. Smerteskårning



Smerte ved oppvåkning i postoperativ avdeling: Ni barn skåret ingen eller mild smerte. Fem barn skåret smerten til moderat. Fem barn skåret det som sterk smerte. Ett barn husket ikke. *Høyeste smerteskårning i det postoperative forløpet:* Fem barn opplevde mild smerte videre. Fem barn opplevde moderat smerte. Åtte barn skåret seg til sterk smerte i det postoperative forløpet, hvorav to gikk fra ingen smerte ved oppvåkning til sterk smerte i sengepost. Barnet som ikke husket noe ved oppvåkning skåret seg til sterk smerte i sengepost. To barn husket ikke hvor vondt det var på det vondeste.

Barna ga ulike beskrivelser av smerteintensitet og hvordan det vonde kjentes ut. En gutt, som ble operert som ø-hjelp, beskrev det vonde før operasjon slik: «*Det kjentes ikkje så godt ut*». Han våknet uforberedt med mer vondt og skåret seg til 9 på NRS:

I (Intervjuer): «Husker du når du våknet første gang etter operasjonen- hvordan du hadde det da?»

B (Barn): «Då hadde eg... så vondt.. at eg trodde eg holdt på å dø.» (N12, 11 år)

Han relaterte det vonde til operasjonssåret. Andre barn brukte ord som sårt, ømt, dunking, svie eller stramming til å beskrive sårsmerte:

«... åsså når jeg våknet den andre gangen så kjente jeg at det var litt stivt og... ()..da strammet det så veldig så jeg bare kunne ikke røre meg noen steder så. ... ()... hele såret var veldig vondt også spesielt nakken, det... det var litt sånn sårt og litt sånn ømt og. ...» (N1, 13 år)

Barna opplevde vondt ved bevegelse, noen også da de lå helt stille. Vondt opplevdes også andre steder enn operasjonssåret. Flere barn kommenterte vond og hes hals etter endotracheal tube.

«Så hadde jeg veldig vondt i halsen husker jeg.... Jeg hadde hatt sånn greie ned i halsen. Så jeg hosta veldig husker jeg» (N3, 14 år)

Et barn opplevde at det var vondt å puste. Hun beskrev detaljert hvordan hun ikke klarte å trekke pusten fordi det var smerter under ribbena.

I: «Klarer du å fortelle åssen den smerten kjennes ut?»

B: «... hvis du har vært lenge under vann da og lengter etter å komme deg opp da, eller er livredd noe, og så stopper det plutselig bare opp. Og så når du prøver å dra inn igjen da, så klarer du ikke for det gjør så veldig vondt... Og sånn smerte har jeg egentlig ikke hatt før.» (N9, 12 år)

Hun fortalte at hun ble veldig redd og at dette var ekkelt. Ingen hadde gitt henne en forklaring på pusteproblemene til tross for at hun opplevde det gjentatte ganger. Andre barn kom også med beskrivelser av følelser og atferd knyttet til postoperativ smerte. Flere fortalte at de ble redde da de hadde vondt. Noen barn gråt mens andre ble sinte.

«Når eg hadde det vondast det var etter operasjonen... ()... eg var ganske sånn ...eg grein» (N11, 9 år)

5.1.2 Barnas opplevelser av ubehag i postoperativ avdeling

Over halvparten av barna husket lite fra postoperativ avdeling. Noen husket nesten ingen ting, andre husket bruddstykker. Flere fortalte de var forvirret, andre om en kropp som var trøtt og slapp. Flere uttalte at de var veldig svimle. Noen kom inn på hvor ekkelt det var å ikke kunne se siden øynene var klistret igjen. Andre opplevde sult og tørste.

«.. æ kunne nesten ikke klare å åpne øyan. ()... Så bare lå jeg der helt sånn slapp å...ja...svett og ja nesten helt... Veldig slapp i hvert fall.» (N7, 13 år)

Enkelte kom inn på at de ble uroet av synsinntrykk og lyder i postoperativ avdeling. Noen ble uroet av gråt fra andre pasienter. Andre ble skremt av å ha mye utstyr på seg.

Ei jente, som ble operert som ø-hjelp, hadde vondt før operasjon. Hun opplevde det vanskelig å få med seg forklaringer på hva som skulle skje fordi «det skjedde så mye inni kroppen.»

Hun våknet smertefri men var redd for å få vondt.

I: «()... fikk du noe vondt etter hvert?»

B: «Nei då var det egentlig bare sånn bekymringsvondt då eller gruevondt...().. Det e sånn atte eg nesten har ...()... litt lyst til å grina fordi at eg var bare sånn () ...eg liksom tenkte eg på kor eg hadde vært de andre dagene før... ()... og nå var eg liksom på sykehuset...» (N15, 9 år)

Mange snakket om postoperativ kvalme og oppkast. De fortalte om redsel for kvalme og hva de selv gjorde for å slippe det. Barna snakket om å drikke forsiktig. Kvalme ble beskrevet som vondt.

«...for kvalme gjør litt vondt ..()...så legger det åsså litt press på kroppen.» (N1, 13 år)

Et barn fortalte at hun ikke ville ha smertestillende av redsel for å bli kvalm. Andre barn beskrev hvor vondt det var å kaste opp.

«Det gjør selvfølgelig veldig veldig vondt i magen når du kaster opp, fordi liksom du på en måte presser magemusklene...» (N9, 12 år)

5.2 Barnas opplevelser av postoperativ smertelindring

Det ble funnet tre hovedtemaer om barnas opplevelser av postoperativ smertelindring. Det første beskriver medikamentell behandling, det neste ikke-medikamentell behandling. Det tredje hovedtema beskriver barnas opplevelser av trygghet. Det ble skilt ut som et eget kapittel fordi barna snakket mye om det, men relaterte det ikke direkte til smertelindring.

5.2.1 Barnas opplevelser knyttet til medisiner

De fleste barna fortalte at smertestillende medisiner hjalp, og at sykepleierens oppgave var å gi medisiner.

I: "Hva gjør de sykepleierne da?"

B: "De gir deg medisin og. ..hvis du har vondt så gjør de at du ikke får vondt"

(N4, 8 år)

Enkelte hadde smertepumpe og kunne styre denne selv.

I: «Hva er det du tenker har hjulpet deg mest mot smerter da?»

B: «Sånn for eksempel før hver gang jeg skulle flytte meg, så hadde jeg da en sånn knapp jeg kunne trykke på for å få litt ekstra.»

Ei jente kom stadig tilbake til hva hun hadde fått gjenfortalt fra foreldrene. Hun hadde ved flere anledninger snakket og gjort masse som hun ikke husket. Hun fortalte følgende om å få morfin:

"Jeg husker ingen ting da, men mamma har fortalt meg det....() I dag morgen fikk jeg jo tabletter for dem (smerten). Og da ble jeg helt borte og begynte jeg å snakke og gjøre masse rart." (N3, 14 år)

Ett annet barn nevnte spontant sin opplevelse av å få suppositorier.

"... pillene hjalp litt, de som de stakk inn i rompå. Men det va utrolig ubehagelig!"
(N11, 9 år)

5.2.2 Barnas opplevelser av ikke-medikamentell postoperativ smertelindring

Barna nevnte forskjellige ikke-medikamentelle smertelindringstiltak. Det som hyppigst ble trukket frem var avslapning/søvn samt å tenke på noe annet. Leieendring ble også trukket frem. Mange av barna brukte disse tiltakene i postoperativ avdeling.

"...Slappet av og ikke tenke så mye på det og være i min egen verden.. ()...Jeg lukker øyne og tenker på noe annet. ... Tenker på noe jeg er glad i eller noen jeg er glad i eller hva jeg liker å gjøre eller sånn." (N9, 12 år)

I tabell 5 presenteres hvilke ikke-medikamentelle tiltak som barna selv gjorde for å få mindre vondt i det postoperative forløpet. Bruk av Ipad, mobiltelefon og bøker var tiltak barna gjorde først i sengepost.

Tabell 5. Ikke-medikamentell smertelindring som barna selv utførte

Ikke-medikamentell smertelindring	Kategori	Subkategori
Barnas beskrivelse av hva de selv gjorde for å lindre smerte	Slappe av og tenke på noe annet	Tenke på noe annet Snakke med noen
	Avledning ved bruk av ytre stimuli	Ipad/telefon Lese Pakker Instrument Kosedyr
	Si fra om smerter	Til sykepleiere Til mamma/pappa
	Se om smerten går over	Vente
	Ro og bevegelse	Ligge stille Sove Sette seg opp/ gå Snu seg Gå på do
	Spise/drikke	Drikke
	Berøring	Holde hånd

I tabell 6 presenteres hva barna opplevde at sykepleiere og foreldre gjorde av ikke-medikamentelle tiltak som hjelp mot det vonde.

Tabell 6. Ikke-medikamentell smertelindring som sykepleiere og foreldre utførte

Ikke-medikamentell smertelindring	Kategori	Subkategori	Hvem som utfører	
Barnas beskrivelse av hva foreldrene og sykepleiere gjorde for å lindre smerte	Slappe av og tenke på noe annet	Snakke med noen	Foreldre/sykepleier	
	Avledning ved bruk av ytre stimuli	Lese	Foreldre	
		Gaver	Foreldre	
		Finne film	Foreldre	
	Informasjon	Forklaring på smerter	Sykepleier	
	Ro og bevegelse	Oppfordre til å sove	Hjelpe til å snu	Foreldre
			Sette opp/gå	Foreldre/sykepleier
			Følge på do	Sykepleiere
			Gi øvelser	Foreldre/sykepleier
			Sykepleier	Sykepleier
Spise/drikke	Gi mat/drikke	Foreldre/sykepleier		
Kulde	Kald hånd	Kald klut	Foreldre	
		Ispinne	Sykepleier	
		Isbiter	Sykepleier	
		Sykepleier	Sykepleier	
Berøring	Massasje	Kos/stryke på	Foreldre	
		Foreldre	Foreldre	
Trøst	Trøste	Foreldre		

Barna trakk frem at sykepleierne hjalp til med å snu og finne et godt leie. En gutt, som hadde fått hjelp med å legge den opererte foten godt, opplevde at det ble mindre vondt.

”De gjør ting sånn at det ikke gjør så veldig vondt mer” (N16, 9 år)

Mange beskrev at mamma og pappa ikke kan gjøre noe særlig for dem, for «dette kan de ikke noe om». Samtidig kom de med konkrete eksempler på hva foreldre gjorde som hjelp.

I: ”Var det noe mamma gjorde da, som gjorde at det ble bedre?”

B: «Jaa hu trøsta meg litt» (N3, 14 år)

Ingen av barna nevnte at foreldrenes nærvær direkte hjalp mot det vonde. Derimot var de fleste opptatt av å ha mamma/pappa der.

5.2.3 Barnas opplevelser knyttet til trygghet

Sykepleierne ga barna forklaringer på hvorfor de hadde vondt. Forklaring på vondt i halsen etter endotracheal tube var gjennomgående.

*«Eg spurte «Koffor har eg vondt i halsen?» Så sa de siden du fikk luftrør i halsen.»
(N17, 9 år)*

Barna fortalte at de gruet seg til operasjon på forhånd. De var redde for å få vondt etterpå. Sykepleierens forklaring var med å roe ei jente som fortalte at hun var nervøs.

B: ”.. eg sporte mange ganger og de sa at de fleste ikkje får någon særlige smerter etterpå. Så eg hørte på det og det stemmer jo.

I: Ja så du syns det hjalp litt når de fortalte det?

B:Ja at det snakket om det og roa meg ned på en måte.” (N18, 16 år)

Det varierte hvor godt barna var forberedt på hva som møtte dem postoperativt. Flere barn fortalte om god informasjon både før og etter operasjonen. De hadde fått forklaringer på hva som kom til å skje.

«Jeg fikk i hvert fall ganske god informasjon... () ... De hadde sagt jeg kom til å kjenne smerter, og... ja jeg forventet mye verre.» (N5, 16 år)

Barna sa det var trygt å ha sykepleiere rundt seg. Hvis det skjedde noe var det en sykepleier der og hjalp til. Flere av barna formidlet at sykepleiere var til stede hele tiden i postoperativ avdeling.

«Det var betryggenes å vite at hvis det skjer noe så var det noen der. Så det var jeg ganske glad for.» (N3, 14 år)

Barna fortalte at sykepleiere ofte spurte hvordan de hadde det og om de trengte noe. Flere opplevde at sykepleiere hjalp til med «å få bort det vonde». Tilbud om medisiner, is, drikke og mat ble nevnt.

Noen barn trodde sykepleierne kunne se at de hadde vondt. Flere kom med konkrete beskrivelser av hvordan de så ut eller oppførte seg. Det kunne være at de lå urolig eller gråt. Ei jente beskrev hvordan hun opplevde at sykepleierne så det på henne:

I: "Men tror du da det var noen som kunne se om du hadde vondt når du var der?"

B: "Ja det tror jeg.. de kom hele tiden innom og sjekket og sånn ... Smertepumpa mi og hele tida sånn skjerm hvor de så... om jeg hadde vondt eller ikke." (N1, 13 år)

En gutt kom spontant inn på temaet da han ble spurt om han sa fra til noen om det vonde:

B: "Eg trur dei klare å sjå det på meg..."

I: Hvordan var det de så det på deg tror du da?

B: "...At eg va heilt kvide. ... ().. Eg sa... eg hadde litt vondt.... Eg klarte ikkje å sei så mye...." (N12, 11 år)

Det var viktig for barna at foreldrene var der da de våknet. Ord og setninger som trygt, godt og å slippe og være alene gikk igjen.

".. det var greit å ha någon med seg... Sleppe å være aleina... ()... det e trygt"

(N18, 16 år)

Noen beskrev hva de tenkte om å våkne alene og ikke vite hvor mamma var.

"For viss ikkje kunne eg ikkje finna veien tilbake til henna. Hvis eg ikkje viste kor hu var.. " (N13, 8 år)

Enkelte våknet opp etter narkose uten foreldrene til stede. Barna beskrev ensomhet og utrygghet i disse situasjonene. Et barn fortalte gjentatte ganger hva hun husket fra postoperativ.

«Jeg husker jeg våkna og så bare kjefta jeg på sykepleieren og sa «Er det ikke din jobb at mamma og pappa skal være her nå» ... () ... Jeg reagerte på at de ikke var der. Jeg så jo at alle de andre hadde foreldrene sine der.» (N3, 14 år)

Et annet barn, som våknet alene, beskrev det slik:

«... då følte eg meg egentleg ikkje heilt trygge då, for eg hadde veldig lyst at de skulle være der...» (N15, 9 år)

Ett par av ungdommene uttalte at det var helt greit å våkne uten foreldre i postoperativ avdeling.

«Det føltes egentlig... ganske greit ut.» (N5, 16 år)

5.3 Anbefalinger fra barna

Det siste hovedtemaet handler om barnas anbefalinger til andre barn og sykepleiere for en forbedring av postoperativ smertelindring.

Barna anbefalte andre barn å tenke på noen annet, tenke positivt eller finne på noe å gjøre for å glemme. Et av barna sa det slik:

«... At man skal prøve å ta det rolig og ikke tenke på det og bare komme i sin egen verden da, og liksom tenke på noe du liker eller...» (N9, 12 år)

Noen anbefalte å drikke forsiktig for å unngå oppkast. En annen trakk frem å få beroligende medisin på forhånd. En gutt gav råd til andre barn om å ikke protestere ved vonde prosedyrer, fordi «det må til». Noen anbefalte å ikke tenke så mye på forhånd på det som skal komme.

Barna anbefalte sykepleiere å sørge for at foreldrene er hos dem når de våkner.

«Det eneste jeg kunne ønske var at mamma og pappa var der i det første jeg våkna. Jeg vet at hvis jeg var mindre, så tror jeg at jeg hadde blitt veldig, veldig redd. For dem ikke var der.»(N3, 14 år)

Barna ønsket at sykepleiere skal forberede dem på hva som skal skje og hva de kan oppleve etterpå. De ønsket informasjon om at det kan være vondt etter operasjonen og at sykepleiere må komme fort med medisiner. Ei jente var ikke forberedt på hvor vondt det etter hvert ble.

«Også sa de ingenting om at det kom til ville gjøre sååå vondt som jeg trodde det skulle bli. For det var jo veldig vondt på lørdag og søndag. De sa bare at det gikk bedre for hver dag.» (N1,13 år)

Et barn ønsket seg mykere seng, og et annet savnet aktiviteter som kan gjøres i senga. Andre ønsket sykepleiere til stede for å ha noen og snakke med.

«Snakka med de som har behov for det rett og slett.. Og om det så de slippe å grue seg sånn... ()...Då begynne du å tenka på alt mulig som kan gå galt og ja... om smerter.»
(N18, 16 år)

6.0 DRØFTING AV FUNN

I dette kapitlet drøftes studiens funn opp mot forskningsspørsmålene og annen relevant forskning og faglitteratur. I tillegg drøftes det hvordan funn kan innvirke på utøvelse av intensivsykepleie i postoperativ avdeling.

6.1. Hvordan opplever barn postoperativ smerte?

Barnas opplevelser knyttet til postoperativ smerte drøftes videre.

6.1.1. Barnas beskrivelse av postoperativ smerte

Barn i denne studien kunne angi smerteintensitet og lokalisere om smerten kom fra operasjonssår eller fra andre steder i kroppen. De beskrev hvordan smerten kjentes ut med enkle ord og ved bruk av metaforer. Liknende funn er gjort i andre studier (Idvall et al., 2005; Kortessluoma & Nikkonen, 2006; Pölkki, Pietilä & Rissanen, 1999; Sng et al., 2013b). I Kortessluoma & Nikkonen (2006) sin studie angav barn varighet av smerte, men det kom ikke frem i denne studien. Barna vekslet på å bruke ord som vondt eller smerte. Barna beskrev akutte smerter relatert til sårsmerte ved bruk av ulike verb og adjektiver som «da strammet det veldig» eller «det var litt stivt». Et funn som skilte de yngste barnas beskrivelser fra ungdommene var lengden på fortellingene. De yngste brukte mye enstavelsesord, mens de eldre utbroderte mer. Det samsvarer med at ungdommer har større forståelse og kan utdype opplevelsene mer konkret (Morison et al., 2000).

I denne studien brukte barn fra 9-års alder metaforer til å forklare den postoperative smerten. Metaforer gjorde at det kom frem flere aspekter ved smerteopplevelsen. Kortessluoma & Nikkonen (2006) viser at barn visualiserte smerten mer inngående med metaforer. Variasjonen av beskrivelsene av smerte ut fra alder samsvarer med faglitteratur om kognitiv utvikling (Bunkholdt, 2000; Slota, 2013). Imidlertid beskrev Kortessluoma & Nikkonen (2006) at barn mellom 4 og 11 år kan komme med betraktninger om smerte som er overraskende harmonisk konstruerte, uavhengig av alder. De konkluderte med at spesiell oppmerksomhet må rettes mot det enkelte barnet, deres utvikling og erfaring uavhengig av kronologisk alder. I denne studien trodde flere av barna at de behøvde å beskrive smerten siden det «syntes på dem». Barn opp til 12-14 kan utelate og fortelle om sin smerte fordi de tror sykepleiere kan se smerten (Schechter et al., 2003).

Et funn som utmerket seg var at barna fortalte om smerter i halsen etter endotracheal tube. Det er en kjent problemstilling innen intensivmedisin, hvor voksne pasienter har beskrevet sterkt ubehag ved endotracheal tube (Karlson, Bergbom & Forsberg, 2012; Samuelson, 2011). Barns opplevelse av smerte i halsen er ikke funnet beskrevet i tidligere studier om postoperativ smerteopplevelse, men det er funnet noe forskning på barns smerteopplevelse ved intensivopphold. En studie viser til at barn husket de hadde hatt smerter, men det fremkommer ikke om det er relatert til endotracheal tube (Playfor, Thomas & Choonara, 2000). En annen studie viser at barna husket de hadde hatt endotracheal tube, men det fremkom ikke om det var smertefullt (Colville, Tighe & Pierce, 2006).

Funn i denne studien viser at intensivsykepleieren kan få viktig informasjon fra barnet selv om dets postoperative smerteopplevelse. Intensivsykepleieren kan ved bruk av ferdigheter i kommunikasjon få barnet til å fortelle om postoperativ smerte (Slota, 2013). Samtidig viser funn at barn kan unnlate å fortelle at de har smerter fordi de tror sykepleiere ser hvor sterk smerte de har. En konsekvens er at intensivsykepleieren bevisst etterspør smerten og oppfordrer barnet til å si fra så fort det har vondt (Guldbransen, 2015).

Kartlegging av barnets kognitive utviklingsnivå og tidligere erfaringer påvirker hvordan intensivsykepleieren ordlegger seg i møte med barnet (Slota, 2013). Barnets alder kan gi en indikasjon på kognitivt utviklingsnivå, samtidig kan barn regrediere på grunn av sykdom og stress (Twycross & Williams, 2014). Til en 8-åring kan ordbruken være enkel og forklaringene konkrete, mens til ungdom vil forstå et mer avansert språk (Slota, 2013, Tetzner, 2012). Mastergradsstudentens erfaring er at barn som har vært mye på sykehus kan bruke «voksne» ord om smerte og beskrivelse av smerten. Hvilke ord barn bruker på smerte, kan avklares med barnet eller foreldrene. Imidlertid kan barn være skeptiske til fremmede som kan gjøre det utfordrende å oppnå barnets tillit (Søbjerg, 2013). Funn i denne studien viser at barn i postoperativ avdeling var trøtte, slitne og noen hadde sterke smerter. Intensivsykepleieren har plikt til å vise respekt for barnas medbestemmelse og integritet, og tillit kan skapes ved å tilnærme seg barnet på dets premisser (Slota, 2013; Norsk Sykepleierforbund [NSF], 2011). Foreldre kan være en viktig samarbeidspartner til å oppnå tillit, og de kan trekkes inn til å tolke barnets smerteuttrykk (Stinson & Jibb, 2014; Søbjerg, 2013).

6.1.2 Redsel knyttet til smerte

I denne studien fortalte barna om redsel, gråt og sinne knyttet til postoperativ smerte. Andre studier beskrev liknende funn (Idvall et al., 2005; Kortesuoma & Nikkonen, 2006; Sng et al., 2013b). Redsel for smerte er en viktig psykologisk faktor i barns opplevelse av smerte (Twycross & Williams, 2014). En oversiktsartikkel viser til at barn som gjennomgår kirurgi kan oppleve nervøsitet, engstelse og tap av kontroll, og økt redsel kan føre til økt smerteintensitet postoperativt (Copanitsanou & Valkeapää, 2013).

Barn mellom 6-18 år kan være redd for skade på kroppen og tap av kontroll, og trenger å trygges i forhold til denne redselen samt få en alderstilpasset forklaring på smerte og smertebehandling (Augustyn, Brent & Hermann, 2015; Twycross & Williams 2014). Imidlertid kan ungdom ønske å fremstå som flinke og ikke spørre om det de lurte på. Fra 12-års alder øker kunnskap om sykdom, men ungdom kan likevel ha liten forståelse for hvordan smerte påvirker kroppen. Det kan øke deres frykt (Slota, 2013). Barn fra 6-12 år er spesielt redd for skade på kroppen og død og trenger å trygges i forhold til det (Twycross & Williams 2014). Dette viser hvordan biologiske faktorer, som alder og kognitiv utvikling, virker inn på barns smerteopplevelse (Twycross & Williams, 2014).

Det er i Association of Paediatric Anaesthetists' [APA] (2012) guideline til smertelindring ikke beskrevet behov for å vurdere barns redsel. Samtidig viser forskning at en viktig del av smertebehandlingen innebærer å identifisere barnets redsel (Copanitsanou & Valkeapää, 2013). En oversiktsartikkel anbefaler sykepleiere å rutinemessig vurdere barn og ungdommers redsel. Den kan identifiseres ved validerte og aldersadekvate måleverktøy for redsel, observasjon av barnets ansiktsuttrykk og kroppsspråk, samt å stille barn «nøkkelspørsmål» (Chieng et al., 2014). På den annen side bør intensivsykepleieren være bevisst at ungdommer kan holde tilbake følelsesmessig innhold for å beskytte foreldrene (Docherty & Sandelowski, 1999; Sjøbjerg, 2013).

Foreldre kan også være en kilde til informasjon, imidlertid viser en oversikt at foreldrene kan underrapportere barns frykt (Augustyn, et al., 2015). Intensivsykepleieren kan ta i bruk den undervisende funksjon til å forklare foreldrene at redsel er normalt og at barnets redsel bør anerkjennes uten overdrivelse eller fornedrelse (Augustyn et al., 2015; NSFLIS, 2002).

I følge Copanitsanou & Valkeapää (2013) reduserer preoperativ undervisning redsel hos barn over 4-6 år. Barn kan trenge en detaljert forklaring (Augustyn et al., 2015). På den annen side

kan det være vanskelig for barnet å oppfatte hva som blir sagt om det er forvirret og fremdeles påvirket av anestesi (Luckett & Hays, 2013). Mastergradsstudentens egen erfaring er at barn som våkner for raskt etter narkose, enten spontant eller ved ytre stimuli, kan være smertepåvirket, agiterte og vanskelig å roe. En studie viser til at redde barn kan være mer agiterte i oppvåkningen (Kain, Mayes, Caldwell-Andrews, Karas & McClain, 2006). Det kan være behov for medikamentell behandling for å roe barnet igjen (Luckett & Hays, 2013).

Intensivsykepleieren kan forebygge uheldige reaksjoner ved å være i forkant. Hun kan skape ro rundt barnet ved å dempe alarmer og annet støy. Barnet skal få sove uten forstyrrelser som innebærer å unngå berøring utover det som er nødvendig for å få en mest mulig rolig oppvåkning (Nygård & Gulbrandsen, 2015).

6.1.3 POKO oppleves smertefullt

Flere av barna i denne studien fortalte om vonde opplevelser knyttet til POKO. I andre studier har barna beskrevet fenomenet relatert til fysisk smerte (Korteslouma & Nikkonen, 2006; Sutters et al., 2007; Wiggins & Foster, 2007). En kvalitativ studie med ungdommer som har gjennomgått scoliosekirurgi, viser at de opplevde POKO som det verste i det postoperative forløpet (Rullander, Isberg, Karling, Johnson & Lindh, 2013).

POKO kan øke smerteopplevelsen og samtidig være en hindring for god smertelindring (Howard, 2014; Nygaard & Gulbrandsen, 2015). Oppkast kan føre til komplikasjoner som sårruptur, som øker smerten (APA, 2009). Imidlertid beskrives POKO i faglitteraturen som ubehagelig og ikke direkte smertefullt. Det erfares av mastergradsstudenten i denne studien at yngre barn kan beskrive «vondt i magen» både om sårsmerte, full blære, obstipasjon og kvalme. Kognitiv umodenhet kan gjøre det vanskelig for yngre barn å skille mellom ord som ubehagelig og vondt (Tetzner, 2012). Anvendelsen av ordet smerte læres gjennom erfaring av skade tidlig i livet (IASP Taxonomi, 2012).

Uavhengig om POKO beskrives som smerte eller ubehag, viser funn i denne studien at barna opplevde det som smertefullt. POKO kan være lettere å forebygge enn å behandle.

Intensivsykepleieren kan være i forkant ved å ta barnets plager med POKO på alvor (Nygård & Gulbrandsen, 2015). Dersom intensivsykepleieren bruker sine kunnskaper om årsak til POKO, forebygging og behandling kan unødvendig ubehag lindres og barnet slipper ytterligere smertefulle opplevelser (APA, 2009; Howard, 2014).

6.1.4 Smerteintensitet angitt ved smertevurderingsverktøy

Halvparten av barna i denne studien hadde angitt smerteintensitet ved hjelp av smertevurderingsverktøy i postoperativ avdeling eller sengepost. Samtidig viser funn at barna var trøtte, slappe eller hadde sterke smerter da de våknet, det er uklart om de har orket å smerteskåre seg. Mastergradsstudentens egen erfaring og studier viser at smertevurderingsverktøy til barn brukes usystematisk og i varierende grad (Twycross et al., 2015a). Disse funnene er i tråd med en norsk studie om postoperativ smertebehandling av voksne pasienter (Fredheim et al., 2011).

Selvrapportering ved bruk av smertevurderingsverktøy har vært «gullstandard» i smertevurdering (Twycross, Voepel-Lewis, Vincent, Franck & Von Baeyer, 2015b). Barnets egen smerteskåring skal være tilstrekkelig for avgjørelse av smertebehandling (Hovde et al., 2011). I kontrast til dette peker nyere forskning på at smertevurdering er komplekst og at en smerteskåring ikke fanger opp hele bilde. Andre faktorer som barns redsel og forståelse påvirker smerteopplevelsen og hvordan de vurderer smerteintensiteten (Voepel-Lewis, Piscotty, Annis & Kalisch, 2012). Nyere anbefalinger fra smerteforskere er å bruke selvrapportering som første steget i en bredere vurdering av smerteintensitet. Det bør også tas hensyn til individuelle faktorer som kirurgi, adferd, fysiologiske parametere og foreldrenes tilbakemeldinger i vurderingen av smerteintensitet (Twycross et al., 2015b).

Funn i denne studien viser at barn kan angi smerte ved bruk av ord og smertevurderingsverktøy. Forskning viser at selv om barn bruker smertevurderingsverktøy bruker ikke sykepleierne nødvendigvis informasjonen de mottar til smertelindring (Twycross et al., 2013). Olmestad, Scott & Austin (2010) skriver det er etisk og moralsk uansvarlig ikke å bruke smertevurderingsverktøy som finnes til å lindre smerte. Intensivsykepleierens holdninger til om smerte vurderes som en subjektiv opplevelse, og om hun anvender barnets egne utsagn i smertevurderingen, er avgjørende for smertebehandlingen (Gulbrandsen, 2015). Samtidig er smertevurderingen en helhetsvurdering hvor det barnet selv uttrykker kombineres med intensivsykepleierens kontinuerlige kliniske vurdering av barnet på bakgrunn av teoretisk kunnskap og klinisk erfaring.

I en studie om smertevurdering beskrev intensivsykepleierne at smertevurdering forutsetter oppdatering på kunnskap om smerteopplevelse og smertevurdering. Klinisk erfaring øker kunnskap og forståelse og dermed tryggheten i smertevurderingen (Amundgård & Østlie,

2015). En økt bevissthet på avdelingsnivå kan skape et større fokus på smertevurderingen. Sørensen & Wøien (2011) beskriver i sin studie at implementering av smerte- og sedasjonskalaen Comfort Scale i en avdeling kan ha økt personalets bevissthet og fokus til smertehåndtering. I en annen studie etterlyser intensivsykepleierne mer undervisning i smertevurderingsverktøy (Amundgaard & Østlie, 2015).

6.1.5 Smerter som øker i det postoperative forløpet

Resultater fra smertevurderingen i denne studien viser at halvparten av barna opplevde moderat til sterk smerte postoperativt, og smerteintensiteten økte for flere barn utover i det postoperative forløpet. Annen forskning viser også til at barn opplevde moderat til sterk smerte postoperativt. Imidlertid viser ikke disse studiene om barna har opplevd moderat til sterk smerte i postoperativ avdeling eller i sengepost (Idvall et al., 2005; Sng et al., 2013a, 2013b; Tomlinson et al., 2010; Twycross & Collis, 2013; Twycross & Finley, 2013). En studie viser at opererte barn vurderte smerten signifikant høyere smerte enn barn innlagt med medisinske diagnoser (Kozlowski et al., 2014).

Når barns smerter øker i det postoperative forløpet, kan det være svikt i smertebehandlingen. Hovedmålene i smertebehandling er å redusere, kontrollere og forebygge smerter hos barn ved en kombinasjon av farmakologisk, fysisk og psykologisk tilnærming (APA, 2012; Hauer et al., 2015). Barn bør ikke skrives ut fra postoperativ avdeling før det er kontroll på smerten og en plan for videre smertebehandling (APA, 2012). På den annen side kan smertene være under kontroll i postoperativ avdeling, men den kan øke etter hvert. Lundberg (2015) skriver at en utfordring kan være overgangen fra en overvåkningsavdeling til sengepost, hvor en kraftig reduksjon av analgetika skjer rett før utskrivelse, og smertetoppene først kommer etter noen timer.

Legen har det juridiske ansvaret for å legge en videre plan for smertebehandling, men intensivsykepleieren som har overvåket barnet står i en unik posisjon til å vurdere behov for endringer eller iverksetting av ytterligere tiltak før utskrivelse til sengepost (Gulbrandsen, 2015). Det inngår i intensivsykepleiers behandlende funksjon å vurdere, prioritere og iverksette tiltak samt en kontinuerlig evaluering av sykepleiepraksis. Kontinuitet skal sikres ved en individuell skriftlig plan (NSFLIS, 2002).

En god dokumentasjon av smerteskåring, tiltak, virkning og eventuelle bivirkninger kan være betydningsfullt for videre oppfølging i sengepost (Gulbrandsen, 2015; Stinston & Jibb,

2014). Imidlertid viser forskning at barns postoperative smerte dokumenteres for dårlig, både barnets smerteintensitet men også effekt av medikamentelle og ikke-medikamentelle intervensjoner (Twycross et al., 2013, 2015a). Dette synliggjør behovet for en økt bevissthet av dokumentasjon om smertebehandling. Mangelfull dokumentasjon kan være en barriere for god smertebehandling (Bjørknes & Rustøen, 2012). I Amundgaard & Østlies studie (2015) beskrev intensivsykepleierne at god dokumentasjon bør inneholde en beskrivelse av smerteobservasjonene, og at det gir en bedre informasjonsflyt videre. Twycross & Finley (2013) og Lundberg (2015) anbefaler at sykepleieren sammen med barnet og foreldrene setter et mål for smertebehandlingen.

6.2 Hvilke smertelindringstiltak opplever barn de selv kan gjøre for å lindre postoperativ smerte?

I denne studien beskrev barna både medikamentelle og ikke-medikamentelle smertelindringstiltak som hjelp og hvilke tiltak de selv tok i bruk.

6.2.1 Medikamentelle tiltak som barna tok i bruk

Noen av ungdommene i denne studien opplevde det som tilfredsstillende å ha påvirkning på egen behandling ved PCA. Det anses som en trygg, effektiv og pasienttilfredsstillende metode for smertelindring dersom barna får god alderstilpasset instruksjon (APA, 2012; Twycross & Williams, 2014). Det kan være positivt for mestringsfølelsen for ungdom å delta aktivt i smertebehandlingen (Slota, 2013). På den annen side argumenter Lundberg (2015) med at det bør vises måtehold med PCA i den tidlige postoperative fasen hvor smerte kan forventes. Dersom bolusdoser gis for raskt kan det skape unødvendige komplikasjoner som POKO, svimmelhet og mangel på kontroll. I følge Lundberg (2015) gir intravenøs infusjon større pasienttilfredshet i denne fasen. Intensivsykepleieren har et ansvar å kontinuerlig vurdere om den medikamentelle behandlingen som iverksettes har den ønskede effekten for barnet, og forebygge at uheldige komplikasjoner oppstår ved fortløpende vurdering av behandlingen (Gulbrandsen, 2015).

6.2.2 Ikke-medikamentelle tiltak som barna tok i bruk

De mest gjennomgående ikke-medikamentelle tiltakene barna i denne studien brukte i postoperativ avdeling var avslapning, i form av å hvile, og avledning, hvor barna tenkte på noe annet eller snakket med voksne. Barna gjorde dette uten oppfordring fra voksne. Uavhengig av alder brukte barna disse teknikkene, som inngår i Pölkki, et al. (2001) sin

beskrivelse av kognitive adferdsterapeutiske tiltak. En oversiktsartikkel fra Cochrane viser at avledning kan redusere prosedyresmerter hos barn (Uman et al., 2013). Annen forskning viser at dette også gjelder avslapning (Logan, Coakley & Garcia., 2014). Disse teknikkene er i tidligere studier beskrevet som foretrukne tiltak hos barn (He et al., 2007; Idvall et al., 2005; Pölkki et al., 2003; Sng et al., 2013a, 2013b).

Barna beskrev også at søvn, ligge stille og leieendring hjalp mot smerter. Pölkki et al. (2001) omtaler det overnevnte i fysiske tiltak. Tidligere studier viser til samme beskrivelser av fysiske tiltak, hvorav leieendring og søvn var mest brukt (Pölkki et al., 2003; Sng et al., 2013a, 2013b). Bruk av kognitive adferdsterapeutiske- og fysiske tiltak kan hjelpe barnet å redusere frykt for smerter og oppnå en følelse av kontroll på smertene (Logan et al., 2014). Det kan gi barna en følelse av mestring ved at de på eget initiativ kan få fokuset bort fra smerte og ubehag (Sjøbjerg, 2013). På den annen side har flere beskrevet at de var veldig slappe og trøtte i postoperativ avdeling, slik at å ligge stille eller sove kan være det eneste de orket akkurat der og da.

Barna i denne studien tok først i bruk Ipad, mobil og lignende i sengepost, fordi de ikke orket det før. Bruk av ytre stimuli til avledning er i andre studier beskrevet av barna som effektivt, men det kommer ikke frem *når* i det postoperative forløpet det tas i bruk (Pölkki et al., 2003; He et al., 2007; Sng et al., 2013a, 2013b). Nygaard & Gulbrandsen (2015) skriver at den voksne pasienten i tidlig postoperativ fase kan være påvirket av anestesimedikamenter og opioider som nedsetter bevisstheten og gjør pasienten sløv og trøtt. Samme påvirkning kan gjelde barn (Hauer et al., 2015; Luckett & Hays, 2013).

Denne studiens funn viser at barna tar i bruk et utvalg av ikke-medikamentelle tiltak. Imidlertid beskrev ingen av barna bruk av kognitiv adferdsterapeutiske tiltak som positiv forsterkning eller bruk av pusteteknikker. Det fremkommer i andre studier (He et al., 2007; Idvall et al., 2005; Pölkki et al., 2003). Denne forskjellen i funn kan ha sammenheng med at barna i denne studien ikke har tilstrekkelig kunnskap om ikke-medikamentelle strategier. Tidligere studier viser at barna ikke tar i bruk ulike tiltak fordi de ikke har fått nok veiledning i hvordan de skal brukes (Pölkki et al., 2003; Sng et al., 2013a). Imidlertid kan moderat til sterk smerte redusere barnets ressurser til å gjennomføre ikke-medikamentelle tiltak. Smerten kan påvirke barnet mentalt og virke inn på evnen til å konsentrere seg om noe annet (He et al., 2007; Luckett & Hays, 2013; Pölkki et al., 2003; Sng et al., 2013a). Ved moderat til sterk

smerte bør barnet behandles medikamentelt, og med et supplement av ikke-medikamentelle intervensjoner (Hauer et al., 2015; Luckett & Hays, 2013).

Det fremkommer i denne studien at barna er bevisst på å bruke ikke-medikamentelle tiltak som søvn, avslapning og avledning for å håndtere smerten. Funnene kan ha betydning for praksis ved at barn får være i fred dersom det hviler og ikke bli forstyrret med rutinespørsmål som kan minne barnet på smerten igjen (Idvall et al., 2005). En konsekvens er at intensivsykepleieren kan avklare med barnet og foreldrene og forsikre seg om at barnet gir beskjed dersom det får vondt. Studier viser varierende funn. Noen barn ønsket å bli spurt om smerter, mens andre ville være i fred (Idvall et al., 2005; Twycross & Finley, 2013).

6.3 Hvordan opplever barnet at sykepleiere og foreldre hjelper til med å lindre postoperativ smerte?

Barna fortalte om tiltak som foreldre og/eller sykepleiere utførte, enten alene eller i samarbeid med dem.

6.3.1 Medikamenter hjelper

Barna i denne studien relaterte postoperativ smertelindring til smertestillende medikamenter og til at sykepleierne «gir deg medisiner». Medikamentell smertelindring var også et fremtredende funn i Sng et al. (2013a) og Twycross & Finley (2013) sine studier. Andre studier viser til at barna beskrev administrering av smertestillende medikamenter som et viktig sykepleietiltak (He et al., 2007; Pölkki et al., 2003; Sng et al., 2013a, 2013b).

Barna i denne studien opplevde at medikamenter hjalp. På den annen side beskrev halvparten moderat til sterk smerte. En systematisk oversiktsartikkel viser at sykepleiere ikke optimaliserer den postoperative smertebehandlingen til barn, blant annet ved at forordninger ikke følges, og en multimodal kombinasjon av medikamenter kan utebli (Twycross et al., 2015a). Utilstrekkelige ordinasjoner kan være en barriere for god smertelindring (Bjørknes & Rustøen, 2012). En vellykket smertebehandling avhenger av et godt tverrfaglig samarbeid (Gulbrandsen, 2015). Dette utfordrer intensivsykepleieren til å være barnets advokat, lytte til barnet og tilstrebe den mest individuelle og optimale smertebehandlingen. Forskning viser at spesialsykepleiere har mer kunnskap om smertebehandling til barn enn sykepleiere uten videreutdanning (Hovde et al., 2011). Imidlertid viser en norsk studie om postoperativ

smertebehandling at sykepleiere ikke gjør det de selv sier er det beste for pasienten (Dihle, Bjølseth & Helseth, 2006).

Intensivsykepleieren har et ansvar for å holde seg faglig oppdatert, og anvende forskningsbasert kunnskap i smertebehandlingen (Guldbrandsen, 2015; NSFLIS, 2002). Imidlertid viser en studie om smertelindring og sedasjon til barn som respiratorbehandles at intensivsykepleiere ikke alltid ga analgetika i samsvar med prosedyrer eller slik forskningsbasert kunnskap foreslår (Sørensen & Wøien, 2011). Intensivsykepleierens holdninger til smertebehandling er avgjørende for hvordan barnets smerte blir håndtert (Guldbrandsen, 2015). Amundgaard & Østlie (2015) skriver at for å forbedre smertehåndtering i praksis kan en bevisstgjøring blant intensivsykepleierne om smertebehandlingsprosessen være et viktig steg i riktig retning. Dersom intensivsykepleieren er i forkant med medikamentell behandling kan sterke smertetopper unngås, triggering av den kirurgiske stressresponsen hemmes, og det forebygger at akutte smerter blir kroniske. Barnet kan få en raskere restituering og bedre opplevelse av behandlingen (Nikolajsen & Brix, 2014; Nygaard & Gulbrandsen, 2015;).

6.3.2 Informasjon hjelper

Barna i denne studien opplevde at informasjon før og etter operasjon samt forklaring på smerter fra sykepleierne var smertelindrende. Dette er i tråd med tidligere forskning (He et al., 2007; Idvall et al., 2005). Informasjon er et ikke-medikamentelt tiltak som er inkludert i kognitiv adferdsterapeutiske tiltak (Pölkki et al., 2001). Andre studier har beskrevet at godt forberedte barn er mindre stresset og har mindre behov for analgetikum etter kirurgi (Copanitsanou & Valkeapää, 2013; Kain et al., 2007; Perry, Hooper & Maisongale, 2012).

Alderstilpasset forberedelse gir mulighet for utvikling av mestringsstrategier og kognitiv kontroll (Sjøbjerg, 2013). I andre studier rapporterte sykepleiere at preoperativ informasjon var en bevisst brukt smertelindringsstrategi til barn. Informasjon postoperativt ble derimot ikke beskrevet (He et al., 2005; Pölkki et al., 2001; Twycross et al., 2015a).

Imidlertid viser et annet funn i denne studien at barna, som ble operert som ø-hjelp, ikke var godt nok forberedt og var mer smertepåvirket postoperativt. Både smerter og tid til å bearbeide informasjon kan være påvirkende faktorer. Smerte nedsetter barnets evne til konsentrasjon og oppfattelse av informasjon (Lockett & Hays, 2013; Slota, 2013). Ny informasjon rett før operasjon kan trigge det sympatiske nervesystemet, forverre smerten og

øke stressresponsen. Barnet har ikke tid til å fordøye det som blir sagt eller utvikle mestringsstrategier (Jaaniste, Hayes & von Bayer, 2007).

Alle barna, som ble operert som ø-hjelp, var under 12 år. Barn mellom 6-12 år har varierende kunnskap om sykdom som ytterligere kan påvirke forståelsen av hva som skjer. Det kan øke barnets opplevelse av usikkerhet og hjelpeløshet, og smerteopplevelsen postoperativt kan dermed forsterkes (Twycross & Williams, 2014).

Konsekvenser for intensivsykepleieren er at barna kan ha ulikt behov for postoperativ informasjon. Utfordringen er å tilpasse informasjonen til det enkelte barnets forståelse og behov (Nygård & Gulbrandsen, 2015). Intensivsykepleierens lindrende funksjon innebærer å hjelpe barnet til å redusere stress og mestre situasjonen (NSFLIS, 2002.) Informasjon kan dempe redsel, være oppklarende og skape forutsigbarhet slik at barnet bedre mestrer situasjonen. Informasjonen skal være enkel, ærlig og ha beroligende effekt (Søbjerg, 2013). Intensivsykepleieren kan ved å bruke sine kunnskaper og kommunikasjonsferdigheter informere barnet ut fra dets alder, erfaring og utviklingsnivå (Ried, Twycross & Tuterra, 2014; Slota, 2013).

Barnet trenger informasjon om ulike årsaker til smerte. Det kan være forklaring på sårsmerte men også vondt andre steder, som sår hals etter endotracheal tube. Barn som har fått spinal- eller epiduralanestesi kan trenge informasjon om nedsatt førlighet og mangel på fysisk funksjon samt forklaring på at dette er midlertidig (Stubberud, 2015c). Det kan skape forutsigbarhet og trygghet dersom intensivsykepleieren forklarer i forkant av en prosedyre hva hun skal gjøre og hvorfor (Luckett & Hays, 2013). Det må tas i betraktning at barna fremdeles kan ha påvirket bevissthet og nedsatt hukommelse i postoperativ avdeling. Informasjon bør gjentas flere ganger (Stubberud, 2015c).

6.3.3 Leieendring hjelper

I denne studien beskrev barna at foreldre hjalp aktivt til med leieendring, men det var godt å få hjelp av kompetente sykepleiere. Dette er tråd med andre studier hvor barna opplevde at både foreldre og sykepleiere bidro til å endre leie (He et al., 2007, Idvall et al., 2005; Pölkki et al 2003). Imidlertid kan sykepleiernes leieendring oppleves som mer skånsom av barna. Det kan ha sammenheng med sykepleiernes kompetanse på området.

Funn i denne studien viser at leieendring hjelper, men på den annen side kan prosedyren oppleves som smertefull. Et funn i Fredheim et al. (2011) sin studie viste at 41 % av pasientene opplevde moderat til sterk smerte ved bevegelse som forflytning i seng. Leieendring er beskrevet som den mest smertefulle prosedyre hos voksne intensivpasienter (Bjørknes & Rustøen, 2012). I en annen studie mente respondentene det ikke var tilfelle for intuberte barn (Sørensen & Wøien, 2011). Intensivsykepleierens holdninger til om leieendring er smertefullt eller ikke, kan være av betydning om barnet smertelindres i forkant.

Mastergradsstudentens erfaring er at gjennombruddssmerter kan reduseres ved å være i forkant med å vurdere behov for ekstra analgetika samtidig som andre ikke-medikamentelle tiltak vurderes. Det kan innebære å forebygge drag på sårdren og bruke pute/sammenbrettet håndkle som støtte mot abdomen ved hoste og forflytning. Intensivsykepleieren kan skape forutsigbarhet og trygghet ved å forklare i forkant hva som skal skje og gi barnet alderstilpassede instruksjoner. Dette er i tråd med intensivsykepleierens undervisende funksjon. Leiet skal oppleves behagelig samtidig som det tas hensyn til forhold som påvirker respirasjon og sirkulasjon (Bakklund & Thorsen, 2015; Nygård & Gulbrandsen, 2015; Stubberud, 2015c). Annen forskning viser at leieendring er det fysiske ikke-medikamentelle tiltaket som sykepleiere oftest tar i bruk selv (He et al., 2005; He et al., 2011; Pölkki et al., 2001).

Twycross & Finley (2014) finner i sin studie at ikke-medikamentelle tiltak ses på av sykepleierne som foreldrenes oppgave. Imidlertid kan intensivsykepleieren ta i bruk foreldrenes ressurser i smertebehandlingen av barnet. Mastergradsstudentens erfaring fra klinikken er at foreldre som får være delaktige i smertebehandlingen opptrer roligere overfor barnet. Deltagelse kan redusere følelsen av hjelpsløst hos foreldre og reduserer stress hos barnet (Twycross & Williams, 2014). Intensivsykepleieren kan gi foreldrene veiledning i ulike ikke-medikamentelle tiltak, som kan være smertelindrende for barnet.

6.3.4 Emosjonell støtte hjelper

Emosjonell støtte er beskrevet i forskning som et betydningsfullt ikke-medikamentelt tiltak (Pölkki, 2001). Denne studien viser at sykepleierens nærvær i postoperativ avdeling har betydning for barnas opplevelse av trygghet. I Pölkki et al. (2003) sin studie beskrev barna sykepleierens nærvær som et smertelindrende tiltak. Det fremheves ikke i andre studier, men barna etterspurte derimot mer nærvær fra sykepleierne (Sng et al., 2013a, 2013b).

Det kan danne grunnlaget for en umiddelbar følelse av trygghet og ivaretagelse for barnet å vite at sykepleieren i postoperativ avdeling er til stede innen synsvidde og passer på til enhver tid (Stubberud 2015c). Trygghet gir økt mulighet for barna til å mestre situasjonen gjennom emosjonell kontroll (Havik, 1989).

De fleste barna i denne studien var opptatt av foreldrenes tilstedeværelse i postoperativ avdeling. De relaterte nærvær fra omsorgspersonene til trygghet. Dette funnet er i tråd med tidligere studier hvor barn har beskrevet nærvær som foreldrenes viktigste oppgave (He et al., 2007; Idvall et al., 2005; Pölkki et al., 2003 & Sng et al., 2013a). I andre studier opplevde foreldre at deres nærvær var et viktig bidrag til postoperativ smertelindring (Idvall et al., 2005 & Pölkki, Vehviläinen-Julkunen, & Pietilä, 2002).

Det kan skape unødvendig frykt og redsel å våkne alene på et ukjent sted (Nygaard & Gulbrandsen, 2015). En studie viser at barn i alderen 2- 9 år, som ikke hadde foreldre til stede i postoperativ avdeling, hadde økte atferdsproblemer to uker etter kirurgi (Lardner, Dick & Crawford, 2010). Barna trenger å ha foreldre til stede som kan trygge og hjelpe dem å forstå hva som skjer når de har vondt. Foreldrenes nærvær og støtte kan bidra til at de mestrer situasjonen og smertene mer effektivt (Luckett & Hays, 2013; Reinertsen, 2008). Dersom barnet har emosjonell kontroll er det mer mottakelig for informasjon og kan selv ta i bruk smertelindrende tiltak (Chieng, 2013; Havik, 1989; Twycross & Williams, 2014).

Denne studiens funn viser at de fleste barna ønsket foreldrene til stede i postoperativ avdeling når de våknet. Barn har rett til å ha en av foreldrene hos seg på sykehus (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2000), og intensivsykepleieren ivaretar barnets rettigheter ved å tilkalle foreldrene til postoperativ avdeling, så raskt det lar seg gjøre.

Imidlertid ga noen ungdom uttrykk for at det var greit å våkne alene. Dette funnet skiller også de yngste fra de eldste barna i denne studien. Ungdom er i en fase hvor de er ambivalente til foreldrenes involvering. Dette kan ha sammenheng med kognitiv modenhet og ønske om selvstendighet (Slota, 2013). Mastergradsstudentens erfaring fra postoperativ avdeling er at ungdommene innimellom gir uttrykk for at de ønsker å våkne i fred og «slippe maset fra mamma». Ungdommens ønske om foreldrenes tilstedeværelse kan ivaretas om det avklares før kirurgi. Ungdom kan slite mellom behovet for selvstendighet samtidig som de trenger foreldrenes omsorg og trygghet (Søbjerg, 2013).

6.4 Barnas anbefalinger til andre barn og sykepleiere

I denne studien kom mange av barna med anbefalinger om kognitiv adferdsterapeutiske tiltak mot smerter som de selv hadde erfart fungerte. Barnas anbefaling til andre barn var å tenke på noe annet. Ingen kom med forslag om Ipad, mobiltelefon eller lignende. Et annet forslag var å drikke forsiktig, som var basert på barnets egen opplevelse med POKO. Det er ikke funnet anbefalinger til andre barn i tidligere studier. Studiene har fokusert på råd til foreldre og sykepleiere (He et al., 2007; Pölkki et al., 2003; Sng et al., 2013a, 2013b).

Barna tok i bruk og anbefalte videre et lite utvalg av kognitiv-adferdsterapeutiske tiltak. Forskning viser at mange ulike ikke-medikamentelle metoder har lindrende effekt på barns smerter (Logan et al., 2014; Uman et al., 2013). På den annen side viser studier at sykepleiere bruker ikke-medikamentelle tiltak i for liten utstrekning (He et al., 2010; Twycross, 2007). Sykepleieres mangel på kunnskap om metodene og tid er i tidligere studier beskrevet som noen årsaksfaktorer til at det ikke brukes i tilstrekkelig grad (He et al., 2011; Pölkki et al., 2003). Det kan tyde på at intensivsykepleiere trenger økt fokus på ikke-medikamentell smertelindring for å guide barn i bruk av forskjellige teknikker.

Barnas anbefalinger til sykepleierne var å sørge for at foreldrene er tilstede i postoperativ avdeling når de våkner fra narkose. De anbefalte mer preoperativ informasjon om forløpet og om postoperative smerter. I tidligere studier har barna ønsket mer av foreldrenes nærvær, men det fremkommer ikke behov for mer preoperativ informasjon (He et al., 2007; Pölkki et al., 2003; Sng et al., 2013a, 2013b). Andre anbefalinger i denne studien var å få analgetika raskt og at barna hadde noe å aktivisere seg med. Det samsvarer med tidligere studier (He et al., 2007; Pölkki et al., 2003; Sng et al., 2013a, 2013b).

I denne studien anbefaler barna sykepleierne å gi mer konkret preoperativ informasjon om hva som kommer til å skje, hvor vondt det kommer til å gjøre og hvor lenge det gjør vondt. Psykososial forberedelse av barn er en viktig del av den preoperative forberedelsen. I dag er en prosedyre tilgjengelig nasjonalt (Fagprosedyrer, 2013). Imidlertid var noen barn i denne studien lite forberedt på postoperative smerter. Studier viser at det kan skape frykt og andre psykologiske reaksjoner å oppleve sterkere smerte enn forventet, og smerteopplevelsen kan forsterkes. Ærlig og oppriktig informasjon må gis, også om at smerter kan vare utover i et postoperativt forløp (Chieng et al., 2013; Jaaniste et al., 2007). På denne måten kan barnet få en mulighet til forberedelse og kognitiv kontroll i situasjonen (Havik, 1989).

6.5 Studiens styrker og svakheter

Det brukes ulike begreper for å vurdere kvaliteten av en kvalitativ studie. Begreper som validitet og reliabilitet kan gå om hverandre i kvalitativ og kvantitativ forskning, men kan ha ulik betydning (Creswell, 2014). Her er det valgt å bruke begrepene troverdighet, gyldighet, pålitelighet og overførbarhet, hvor troverdighet er det overordnende begrepet (Polit & Beck, 2012).

6.5.1 Gyldighet

Gyldighet innebærer at metoden undersøker det fenomenet som er ment å undersøke (Kvale & Brinkmann, 2015). De to intervjuguidene ble grundig gjennomarbeidet av mastergradsstudentene i fellesskap for å sikre at barn mellom 6-18 år forstod spørsmålene. Professor Trond Diseth vurderte intervjuguiden. Hovedspørsmålene var åpne for å unngå påvirkning av barnas svar. Intervjuguiden inneholdt både åpne og lukkede underspørsmål. Hensikten var å hjelpe intervjueren med alternative oppfølgingsspørsmål ut fra barnas svar. Intervjuguiden ble testet ut i en pilot. Gyldigheten styrkes ved at kvaliteten på intervjuguiden var nøye gjennomarbeidet (Kvale & Brinkmann, 2015). Derimot kan intervjuguiden se uoversiktlig ut. Mange spørsmål kan føre til at mastergradsstudentene ikke har fulgt opp alle barna like godt. Imidlertid fulgte mastergradsstudenten som var observatør med på at intervjueren var innom alle hovedtemaene. Dette kan ha motvirket bias.

I denne studien var utvalget barn mellom 8-16 år. 60 % av barna var under 12 år. Resultatene viser likheter og enkelte forskjeller mellom de to aldersgruppene. Fordelen med et stort utvalg var varierte beskrivelser av barnas opplevelser. Det er med på å styrke gyldigheten av funnene (Noble & Smith, 2015). Imidlertid kan en svakhet være at perspektivet til barn under 8 år eller ungdommer over 17 år ikke er representert.

De fleste barna i denne studien hadde vært gjennom større kirurgiske inngrep. Omfanget av kirurgi kan påvirke smerteopplevelsen (Bentley, 2014). Barna har beskrevet ulik grad av smerteintensitet. De ulike fortellingene om smerte og smertebehandling styrker troverdigheten av funnene (Noble & Smith, 2015). Imidlertid kan den korte tidsrammen for rekruttering og gjennomføring av intervjuene være en svakhet ved studien. Noen barn ble intervjuet i en tidlig postoperativ fase, andre senere i forløpet. Funn i denne studien viser at smerten økte utover i det postoperative forløpet, og postoperative smerter er som oftest på det sterkeste de første

24- 72 timer (APA, 2012). Barna som ble intervjuet tidlig i det postoperative forløpet kan ha hatt andre smerteopplevelser etter hvert som ikke ble fanget opp i denne studien.

Mastergradsstudentens egen rolle vil påvirke troverdigheten. Refleksivitet innebærer at forskeren må være bevisst på og reflektere kritisk over egen rolle, forforståelse og metodevalg (Malterud, 2013). Mastergradsstudenten var fersk som intervjuer og kvaliteten på intervjuet avhenger av intervjuerens ferdigheter (Kvale & Brinkmann, 2015). På den annen side har mastergradsstudenten lang erfaring med å kommunisere med syke barn og oppnå barns tillit. Det var en styrke under intervjuene fordi barna ble trygget og oppmuntret til å snakke.

Nærhet til feltet kan vanskeliggjøre kritisk refleksjon (Malterud, 2013). Mastergradsstudenten kan ha tolket det barna fortalte ut fra sin forforståelse og ikke utforsket ytterligere det barna fortalte. Det kan således være vanskelig å få frem ny kunnskap (Malterud, 2013). På den annen side skriver Creswell (2014) at forskerens kjennskap med deltakerens opplevelser i feltet føre til mer korrekte funn. Mastergradsstudentens nærhet til fagfeltet førte til naturlige oppfølgingsspørsmål. Det ble lagt større vekt på følge barnets historie enn å tillegge innholdet mening. Dette kan være med på å styrke den interne gyldigheten i datamaterialet (Creswell, 2014).

Intervjuene ble gjennomført i en relativ kort tidsperiode, derfor var det ikke mulig å transkribere fortløpende. På den annen side ble intervjuer hørt igjennom umiddelbart for å tilegne seg erfaringskunnskap. Mastergradsstudenten skrev et kort feltnotat etter hvert intervju for å beskrive stemningen eller andre forhold som kunne være viktig ved tolking og analyse. Feltnotatene ble lest parallelt med analysearbeidet for å gjenskape intervjusituasjonen.

6.5.2 Pålitelighet

Pålitelighet handler om studiens konsistens og nøyaktighet. Jo mer transparent arbeidet er, jo lettere er det å forstå hva som er gjort. Påliteligheten av funn øker (Creswell, 2014; Polit & Beck, 2012). Barna ble intervjuet i nokså lik kontekst selv om intervjuene foregikk på to ulike universitetssykehus. Det ble etterstrebet å ha så lik ramme som mulig. Barna fikk samme informasjon om studien, og de ble stilt det samme åpningsspørsmålet. Begge mastergradsstudentene var til stede under alle intervjuene. Disse faktorene styrker studiens pålitelighet (Polit & Beck, 2012).

I metodekapittelet er det nøye beskrevet innsamling av data og gjennomføring av analysen. Elo & Kyngäs (2008) beskriver at målet med kvalitativ innholdsanalyse er å finne en fortettet og bred beskrivelse av fenomenet. Resultatet av analysen er kategoriene som beskriver fenomenet. Analysemetoden har vært velegnet for å få frem barnas historier satt i et system. Målet med denne studien er å få frem en større forståelse og ny kunnskap om barns opplevelse av postoperative smerter og smertebehandling. Imidlertid kan metoden kritiseres for at den ikke har noen klar fremgangsmåte (Hsieh & Shannon, 2005). Metoden er i følge Elo & Kyngäs (2008) så enkel eller vanskelig forskeren selv gjør den til, avhengig av forskerens innsikt og analytiske evner.

Det var til hjelp for mastergradsstudenten å følge Creswell's seks trinn for analyse til å strukturere hvordan det store materialet kunne gripes an. Samtidig var det utfordrende å få klart frem «barnets stemme» i utviklingen av koder og kategorier fordi mastergradsstudentene var uerfarne med å analysere kvalitative data. Det kan ha påvirket bearbeidingen av datamaterialet. På den annen side har mastergradsstudentenes dobbeltsjekk av hverandres transkriberinger og nøyaktighet i fremgangsmåten i analysen vært med på å sikre påliteligheten av materialet (Creswell, 2014).

Troverdigheten er styrket ved at veileder har hørt igjennom seks intervjuer hvorav to transkriberte intervjuer ble lest parallelt (Creswell, 2014). Videre er det søkt å ivareta gjennomsiktighet ved å vise i tabeller hvordan emner og kategorier ble formulert fra de opprinnelige dataene (Polit & Beck, 2012). Veileder har vært involvert i hele analyseprosessen. For å kvalitetssikre analysen ytterligere har doktorgradstipendiatens bi-veileder, smerteforsker Alison Twycross, analysert fire av intervjuene. Resultatene fra Twycross' koding ble sammenlignet med kodingen gjort av mastergradsstudentene. Samme koder ble stort sett funnet. Både gyldigheten og påliteligheten av studien er dermed styrket (Twycross & Shields, 2008).

6.5.3 Overførbarhet

Overførbarhet relateres til studiens eksterne validitet og refererer til i hvilken grad funnene har gyldighet utover utvalget og kan overføres på andre kontekster eller grupper (Polit & Beck, 2012; Malterud, 2013). Presentasjon av funnene er gjort med bruk av direkte sitater for å vise sammenheng mellom funnene og barnas fortellinger. Barna hadde ulike opplevelser av foreldrenes tilstedeværelse. Det å vise motstridende sider ved materialet er med på å styrke

resultatenes troverdighet (Creswell, 2014). En klar beskrivelse av kontekst, utvalg, datainnsamling, analyseprosessen og en rik presentasjon av funn med barnas sitater er med på å styrke overførbarheten (Ely & Kyngäs, 2008; Polit & Beck, 2012). Funnenes gyldighet er ytterligere styrket ved at funn stemmer overens med annen forskning (He et al., 2007; Idvall et al., 2005; Pölkki et al., 2003; Sng et al., 2013a; Twycross & Finley, 2013). Det styrker denne studiens overførbarhet (Twycross & Shields, 2008).

Imidlertid har overførbarhet sine begrensninger. Utvalgsstrategien er med på å bestemme hvor disse grensene går (Malterud, 2013). Troverdigheten av funnene i denne studien er styrket ved at studien gjøres på to ulike universitetssykehus samtidig som intervjuene er gjennomført i tilnærmet lik kontekst (Polit & Beck, 2012). Mange deltakere som gjennomgikk ulike kirurgiske inngrep ga et rikt materiale. Denne studien presenterer en bredde i barns opplevelser av postoperativ smerte og smertebehandling, som kan være overførbart til andre barn mellom 8-16 år i liknende kontekster.

7.0 KONKLUSJON

I denne studien er det presentert hvordan et utvalg av barn mellom 6-18 år opplevde postoperativ smerte og smertebehandling. Resultatene viser at barna i denne studien kunne lokalisere og utdype smerte, samt angi smerteintensitet ved bruk av smertevurderingsverktøy og egne utsagn. De kvantitative dataene fra vurderingen av smerteintensitet viser at halvparten av barna hadde opplevelse av moderat til sterk smerte i postoperativ avdeling. Barna fortalte om smerter andre steder enn i operasjonssåret, og vondt i halsen var et fremtredende funn. POKO ble også beskrevet som smertefullt. Barna fortalte om følelser knyttet til postoperativ smerte hvor redsel utmerket seg. Barna var redd for å få smerter, og smerteopplevelser gjorde dem redde.

Med bakgrunn i overnevnte funn fremkommer betydningen av å lytte til barnas beskrivelser i den helhetlige vurderingen av postoperativ smerte. Dersom intensivsykepleieren ikke tar barnas opplevelse på alvor kan det være en barriere for optimal smertelindring.

Barna opplevde at både medikamentell og ikke-medikamentell smertelindring hadde effekt på postoperative smerter. I postoperativ avdeling tok barna i bruk ulike strategier, som å tenke på noe annet, sove og slappe av, for å unngå å kjenne smerte. Andre ikke-medikamentelle tiltak de tok i bruk var leiendring og å ligge stille. Studiens funn viser at sykepleierne lindrer postoperativ smerte ved å administrere medikamenter. Barna opplevde også leiendring og informasjon fra sykepleiere som effektivt mot smerte.

I følge barna var foreldrenes viktigste rolle å være der sammen med dem, og de ønsket foreldrenes tilstedeværelse ved oppvåkning fra narkose. En økt bevissthet hos intensivsykepleieren om betydningen av foreldrenes nærvær kan kanskje forebygge at barn våkner alene og blir utrygge.

Ut i fra denne studiens funn kan det se ut til at ikke-medikamentelle metoder brukes for lite. Resultatene viser at barna anbefalte andre barn i samme situasjon «å prøve å tenke på noe annet». Det kom også frem anbefalinger om mer pre- og postoperativ informasjon om smerter fra sykepleiere. Det utfordrer intensivsykepleieren og annet helsepersonell til å ha et større fokus på bruk av ikke-medikamentelle metoder. Tiltak som kan forbedre postoperativ smertebehandling til barn, kan være en større bevissthet i bruk av ikke-medikamentelle strategier blant sykepleiere og veiledning av barn og foreldre i bruken av dem.

7.1 Tanker om fremtidig forskning

I denne studien var det flere barn som ikke husket om de hadde hatt smerte eller fått medikamenter i postoperativ avdeling, hvor foreldrene kunne komme med utdypende informasjon på slutten av intervjuet. Foreldrenes informasjon ble ikke tatt med, fordi det i denne studien kun har vært fokusert på barnas opplevelser av postoperativ smerte og smertebehandling. Det kan således være behov for fremtidige studier som inkluderer både barn og foreldre, for å få frem deres ulike perspektiver på den postoperative smertebehandlingen.

Denne studiens funn kan tyde på at ikke-medikamentelle strategier kan brukes mer. He et al. (2010) og Twycross et al. (2013, 2015a) etterlyser mer forskning på sykepleiernes bruk av ikke-medikamentelle metoder. I fremtidige studier kan det være et behov for å kartlegge hva som fremmer og hva som hemmer sykepleieres bruk av slike tiltak for å lindre barnas postoperative smerter. Det kan være et viktig bidrag til ytterligere forbedring av postoperativ smertebehandling til barn i fremtiden.

LITTERATURLISTE

- Amundgaard, T. K & Østli, I. L. (2015). Vurdering av smerte hos voksne respiratorpasienter. *Sykepleien Forskning*, 4, 316- 323.
- APA (2009). Guidelines on the Prevention of Post-operative Vomiting in Children. Hentet fra http://www.apagbi.org.uk/sites/default/files/APA_Guidelines_on_the_Prevention_of_Post_operative_Vomiting_in_Children.pdf
- APA (2012). Good Practice in Postoperative and Procedural Pain Management. (2. utg.) *Pediatric Anesthesia*, 22 (1), 1-79.
- Augustyn, M., Brent, D. & Hermann, R. (2015). Overview of fears and phobias in children and adolescents. I M. Augustyn (Red). *UpToDate*. Lastet ned 17.4.2016: <http://www.uptodate.com/contents/overview-of-fears-and-phobias-in-children-and-adolescents>
- Bakklund, J. & Thoresen, B. H. (2015). Respirasjonssvikt. I T. Guldbrandsen & D.-G. Stubberud (Red.), *Intensivsykepleie* (3. utg., s. 389-452). Oslo: Akribes AS.
- Bentley, J. (2014). Anatomy and Physiology of Pain. I A. Twycross, S. Dowden & J. Stinson (Red.), *Managing Pain in Children* (2. utg., s. 18-35). Oxford: Wiley Blackwell
- Birnie, K. A., Chamber, C. T., Fernandez, C. V., Forgeron, P. A., Latimer, M. A., McGath, P., Cummings, E. A. & Finley, A. (2014). Hospitalized children continue to report undertreated and preventable pain. *Pain research and management*, 19(4), 198-204.
- Bjørknes, G. & Rustøen, T. (2012). Smertevurdering av sederte pasienter på respirator. *Sykepleien Forskning*, 1, 32-39.
- Bunkholdt, V. (2012). *Utviklingspsykologi* (s. 98-140). Oslo: Universitetsforlaget.
- Chieng, Y. J. S., Chan, W. C. S., Klainin-Yobas, P. & He, H-G. (2014). Perioperative anxiety and postoperative pain in children and adolescents undergoing elective surgical procedures: a quantitative systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 70(2), 243-255.
- Colville, G. A., Tighe, H. & Pierce, C. (2006). Children's Factual and Delusional Memories of Paediatric Intensive Care. *Critical Care Medicine*, 34(12), 20.
- Copanitsanou, P. & Valkeapää, K. (2013). Effects of education of paediatric patients undergoing elective surgical procedures on their anxiety- a systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 940-954.
- Creswell, J. W. (2014). *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (4. utg.). Los Angeles: SAGE Publications.
- Docherty, S. & Sandelowski, M. (1999). Focus on Qualitative Methods. Interviewing Children. *Research in Nursing Health*, 22, 177-185.

- Dhile, A., Bjølseth, G. & Helseth, S. (2006). The gap between saying and doing in postoperative pain management. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 469- 479.
- Elo, S. & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107-115.
- Fagprosedyrer.no. (2013). Nasjonalt nettverk for fagprosedyrer. *Psykososial preoperativ forberedelse av barn 0–18 år*. Lastet ned 23.04.2016 fra <http://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/psykososial-preoperativ-forberedelse-av-barn-018-ar>
- Finley, G. A., Kristjansdóttir, Ö. & Forgeron, P. A. (2009). Cultural influences on assessment of children`s pain. *Pain research and management*, 14(1), 33-38.
- Finrud, I. A. (2011). Pre- og postoperativ sykepleie til barn og ungdom. I R. Grønseth & T. Markestad (Red.), *Pediatri og pediatrisk sykepleie* (2. utg., s. 161-180). Bergen: Fagbokforlaget AS.
- FNs konvensjon om barnets rettigheter [Barnekonvensjonen]. (1991). Hentet 01.03.2015 fra: https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/bdf/2004/0004/ddd/pdfv/1789/31-FNs_barnekonvensjon.pdf
- Fredheim, O. M. S, Kvarstein, G., Undall, E., Stubhaug, A., Rustøen, T. & Borchgrevink, P. C. (2011). Postoperativ smerte hos pasienter innlagt i norske sykehus. *Tidsskrift for den norske legeforening*, 18-20, 1763-67.
- Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon.(2000). Lastet ned: <http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1217>
- Glick, D. B., Holth, N. & Nussmeier, N. (2015). Overview of complications occurring in the post-anesthesia care unit. I D. B. Glick (Red.), *Uptodate*. Lastet ned 10.01.2016: <http://www.uptodate.com/contents/search?search=Overview+of+complications+occurring+in+the+post-anesthesia+care+unit>
- Gulbrandsen, T. (2015). Smertelindring. I T. Gulbrandsen & D.-G. Stubberud (Red.), *Intensivsykepleie* (3. utg., s.180-199). Oslo: Akribe AS.
- Grønseth, R. & Markestad, T. (2011). *Pediatri og pediatrisk sykepleie* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Hauer, J., Jones, B., Poplack, D. G. & Armsby, C. (2015). Evaluation and management of pain in children. I J. Hauer (Red.) *Uptodate*. Lastet ned 10.01.2016: <http://www.uptodate.com/contents/search?search=Evaluation+and+management+of+pain+in+children>
- Havik, O. E. (1989). En generell modell for psykologiske reaksjoner ved somatisk sykdom: hvordan kan vi best forstå og ivareta pasientens psykologiske behov? *Nordisk psykologi*, 41(3), 161-176.
- He, H.-G., Pölkki, T., Vehviläinen-Julkunen, V., Pietilä, T. (2005). Chinese nurses` use of non-pharmacological methods in children`s postoperative pain relief. *Journal of Advanced Nursing*, 51(4), 335- 342

- He, H.-G., Vehviläinen-Julkunen, V., Pölkki, T., Pietilä, T. (2007). Children's perceptions of the implementation of methods for their postoperative pain alleviation: An interview study. *International Journal of Nursing Practice*, 13, 89-99.
- He, H.-G., Jahja, R., Lee, T.-L., Ang, E. N. K. Sinnappan, R., Vehviläinen-Julkunen, K. & Chan, M. F. (2010). Nurses' use of non-pharmalogical methods in children's postoperative pain management: educational intervention study. *Journal Of Advanced Nursing*, 66(11), 2398-2409.
- He, H.-G., Lee, T.-L., Jahja, R., Sinnappan, R., Vehviläinen-Julkunen, K., Pölkki, T. & Ang, E. N. K. (2011). The use of nonpharmalogical methods for children's post operative pain relief: Singapore nurses' perspectives. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 16, 27-38.
- Hill, M. (2005). Ethical considerations in researching children's experiences. I S. Greene & D. Hogan. *Researching children's experience* (s. 61-87). London: SAGE Publications.
- Howard, R. F. (2014). Postoperative pain management. I P. McGrath., J. B. Stevens, S. M. Walker & W. T. Zempsky (2014). *Oxford textbook of Paediatric Pain* (1. utg., s. 269-280). Oxford: Oxford University Press.
- Hovde, K. R., Granheim, T. H., Christophersen, K.-A. & Dihle, A. (2011). Norske sykepleieres kunnskap om og holdning til smerter hos barn. *Sykepleien Forskning*, 6, 332-338.
- Hsieh, H.-F. & Shannon, S. E. (2005). Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277-1288.
- Høgskolen i Oslo og Akershus (2014). *Mastergradstudium i intensivsykepleie*. Lastet ned 28.04.2016:
[https://fronter.com/hioa/links/files.phtml/537393233\\$518582821\\$/Masterstudiet/Programplan+for+mastergradsutdanning+i+intensivsykepleie+kull+2014](https://fronter.com/hioa/links/files.phtml/537393233$518582821$/Masterstudiet/Programplan+for+mastergradsutdanning+i+intensivsykepleie+kull+2014)
- IASP (2011a). *Acute Pain and Surgery. Global Year Against Acute Pain*. Lastet ned 01.03.2015 f
<http://www.iasp-pain.org/files/Content/ContentFolders/GlobalYearAgainstPain2/AcutePainFactSheets/7-Surgery.pdf>
- IASP (2011b). *Intervensjons: Benefits and Barriers. Global Year Against Acute Pain*. Lastet ned 01.03.2015 fra
<http://www.iasp-pain.org/files/Content/ContentFolders/GlobalYearAgainstPain2/AcutePainFactSheets/2-Interventions.pdf>
- IASP (2012). Taxonomy. Lastet ned 24.04.16:
<http://www.iasp-pain.org/Taxonomy?navItemNumber=576>
- Idvall, E., Holm, C. & Runeson, I. (2005). Pain experiences and non-pharmacological strategies for pain management after tonsillectomy: a qualitative interview study of children and parents. *Journal of Child Health care*, 9(3), 196-207.

- Jaaniste, T., Hayes, B. & von Baeyer, C. L. (2007). Providing Children With Information About Forthcoming Medical Procedures: A Review and Synthesis. *Clinical Psychology: Science and practice*, 14(2), 124-143.
- Kain, Z. N., Caldwell-Andrews, A. A., Mayes, L. C., Weinberg, M. E., Wang, S.-M., MacLaren, J. E. & Blount, R. L. (2007). Family-centered Preparation for surgery Improves Perioperative Outcomes in Children. *Anesthesiology*, 106(1), 65-74.
- Kain, Z. N., Mayes, L. C., Caldwell-Andrews, A. A., Karas, D. E. & McClain, B. C. (2006). Preoperative Anxiety, Postoperative Pain, and Behavioral Recovery in Young Children Undergoing Surgery. *Pediatrics*, 118(2), 651-658.
- Karlsson, V., Bergbom, I. & Forsberg, A. (2012). The lived experiences of adult intensive care patients who were conscious during mechanical ventilation: a phenomenological-hermeneutic study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 28(1), 6-15. doi: 10.1016/j.iccn.2011.11.002
- Kortesluoma, R.-L., Nikkonen, M. (2006). "The most disgusting ever": Children's pain descriptions and views of the purpose of pain. *Journal of Child Health Care*, 10, 213-227.
- Kozlowski, L. J., Kost-Byerly, S., Colantuoni, E., Thompson, C. B., Vasquez, K. J., Rothman, S., ... Monitto, C. (2014). Pain Prevalence, Intensity, Assessment and Management in a Hospitalized Pediatric Population. *Pain Management Nursing*, 15(1), 22-35.
- Kunnskapsenteret (2014). *Sjekkliste for vurdering av forskningsartikler*. Lastet ned 20.10.14 <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekkliste-for-vurdering-av-forskingsartikler>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Lardner, D. R., Dick, B. & Crawford, S. (2010). The Effects of Parental Presence in the Postanesthetic Care Unit on Children's Postoperative Behavior: A Prospective, Randomized, Controlled Study. *Anesthesia & Analgesia*, 110(4), 1102-1108.
- Logan, D. E., Coakley, R. M. & Garcia, B. N. B. (2014). Cognitive-behavioral interventions. I P. McGrath, J. B. Stevens, S. M. Walker & W. T. Zempsky (2014). *Oxford textbook of Paediatric Pain* (1. utg., s. 519-530). Oxford: Oxford University Press.
- Luckett, T. R. & Hays, S. R. (2013). Analgesia, sedation, and neuromuscular blockade. I M. F. Hazinski (Red.). *Nursing care of the critically ill child* (s. 77-98). St. Louis, Missouri: Elsevier Mosby.
- Lundeberg, S. (2015). Pain in Children- are we accomplishing the optimal pain treatment? *Pediatric Anesthesia*, 25, 83-92.
- Malterud, K. (2013). *Kvalitativ metode i medisinsk forskning. En innføring* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

- McGrath, P. J, Stevens, B. J, Walker S. M, Zempsky W. T. (2014). *Oxford Textbook of Paediatric Pain* (1. utg.). Oxford: Oxford University Press.
- Merskey, H. & Bogduk, N. (1994). *Classification of chronic pain: descriptions of chronic. Pain Syndromes and Definitions of Pain Terms* (2. utg.). Lastet ned 30.04.16:
<http://www.iasp-pain.org/Taxonomy?navItemNumber=576>
- Morison, M., Moir, J. & Kwansa, T. (2000). Interviewing children for the purposes of research in primary care. *Primary Health Care Research and Development*, 1, 113-130
- Nikolajsen, L. & Brix, L. D. (2014). Chronic pain after surgery in children. *Pain research and management*, 14(1), 507-512.
- Noble, H. & Smith, J. (2015). Issues of validity and reliability in qualitative research. *Evid Based Nursing*, 18, 34-35.
- Nygård, A. M. & Gulbrandsen, T. (2015). Den postoperative pasienten. I T. Gulbrandsen & D.-G. Stubberud (Red.), *Intensivsykepleie* (3. utg., s. 719- 757). Oslo: Akribe AS.
- Norsk Sykepleierforbunds landsgruppe av intensivsykepleiere (2002). *Funksjonsbeskrivelse for intensivsykepleiere*. Lastet ned 09. desember 2014:
<https://www.nsf.no/Content/125358/Funksjonsbeskrivelse%20for%20intensivsykepleier%202.pdf>
- Norsk Sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICN etiske regler*. Lastet ned: 30.04.2016: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/776377/NSFs-reviderte-yrkesetiske-retningslinjer-2011-og-ICNs-etiske-regler>
- Olmstead, D. L., Scott, S. D. & Austin, W. J. (2010). Unresolved pain in children: A relational ethics perspective. *Nursing Ethics*, 17(6), 695–704.
- Penrose, S., Palozzi, L., & Dowden, S. (2014). Managing Acute Pain in Children. I A. Twycross, S. Dowden & J. Stinston (Red.), *Managing Pain in Children* (2. utg., s. 140- 178). Oxford: Wiley Blackwell.
- Perry, J. N., Hooper, V. & Maisongale, J. (2012). Reduction of Preoperative Anxiety in Pediatric Surgery Patients using Age-Appropriate Teaching Interventions. *Journal of PeriAnesthesia Nurses*, 27(2), 69-81.
- Playfor, S. D., Thomas, D. A., Choonara, I. (2000). Recall following paediatric intensive care. *Paediatric Anaesthesia*, 10, 703–704.
- Polit, D. & Beck, C. (2012). *Nursing research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Williams.
- Pölkki, T., Pietilä, A.-M. & Rissanen, L. (1999). Pain in children: Qualitative research of Finnish school-aged children's experiences of pain in hospital. *International Journal of Nursing Practice*, 5, 21-28.

- Pölkki, T., Vehviläinen-Julkunen, K. & Pietilä, A.-M. (2001). Nonpharmacological methods in relieving children's postoperative pain: a survey on hospital nurses in Finland. *Journal of Advanced Nursing*, 34(4), 483-492.
- Pölkki, T., Vehviläinen-Julkunen, K. & Pietilä, A.-M. (2002). Parents' roles in using non-pharmacological methods in their child's postoperative pain alleviation. *Journal of Clinical Nursing*, 11, 526-536.
- Pölkki, T., Pietilä, A.-M. & Katri, V.-J. (2003). Hospitalized children's descriptions of their experiences with postsurgical pain relieving methods. *International Journal of Nursing Studies*, 40, 33-44.
- Pridemore, P. & Bendelow, G. (1995). Images of health: exploring beliefs of children using the "draw-and-write" technique. *Health Education Journal*, 54, 473-488.
- Quinn, B. L., Sheldon, L. K. & Cooley, M. E. (2014). Pediatric Pain Management by Drawn Faces scales: A review. *Pain Management Nursing*, 15(4), 909-918.
- Reinar, L. M. & Jamtvedt, G. (2010). Hvordan skrive en systematisk oversikt? *Sykepleien Forskning*, 5(3), 238-246. DOI: 10.4220/sykepleienf.2010.0121
- Reinertsen, H. (2008). Barn og smerter. I T. Rustøen & A. K. Wahl (Red.), *Ulike tekster om smerte - fra nocisepsjon til livskvalitet* (1. utg., s. 76-104). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Ried, K., Twycross, A. & Tuterra, D. (2014). Management of Painful Procedures. I A. Twycross, S. Dowden & J. Stinston (Red.), *Managing Pain in Children* (2. utg., s. 246-271). Oxford: Wiley Blackwell.
- Rullander, A.-C., Isberg, S., Karling, M., Johnson, H. & Lindh, H. (2013). Adolescents' Experience with Scoliosis Surgery: A qualitative Study. *Pain management Nursing*, 14(1), 50-59.
- Ræder, J. (2005). Postoperativ kvalme og oppkast. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 125, 1831 – 1832.
- Samuelson, K. A. (2011). Adult intensive care patients' perception of endotracheal tube-related discomfort: a prospective evaluation. *Heart Lung*, 40, 49- 55
- Schechter, N. L., Berde, C. B., Yaster, M. (2003). *Pain in Children and Adolescent*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Slota, M. C. (2013). Psychosocial aspects of pediatric critical care. I M. F. Hazinski (Red.). *Nursing care of the critically ill child* (s. 19- 49). St. Louis, Missouri: Elsevier Mosby.
- Sng, Q. W., Taylor, B., Liam, J. L., Yobas, P. K., Wang, W. & He, H. -G. (2013a). Postoperative pain management experiences among school-aged children: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 958-968.

- Sng, Q. W., Taylor, B., Zhu, L., He, H.-G. (2013b). Children's experiences of their postoperative pain management: a qualitative systematic review. *JBI Database of Systematic Reviews Implementation Reports* JBL000462, 11(4), 1-66.
- Spreng, U. P. & Støen, R. (2013). T22 Anestesi. I *Norsk legemiddelhåndbok*. Oslo: Foreningen for norsk utgivelse av Norsk legemiddelhåndbok. Lastet ned 12.01.2016: <http://legemiddelhandboka.no/Terapi/24209>
- Stinson, J. & Jibb, L. (2014). Pain Assessment. I A. Twycross, S. Dowden & J. Stinson (Red.), *Managing Pain in Children* (2. utg., s. 112- 139). Oxford: Wiley Blackwell.
- Stubberud, D.-G. (2015a). Intensivsykepleierens målgruppe og arbeidssted. I T. Guldbrandsen & D.-G. Stubberud (Red.), *Intensivsykepleie* (3. utg., s. 29-41). Oslo: Akribe AS.
- Stubberud, D.-G. (2015b). Intensivsykepleierens funksjon og ansvar. I T. Guldbrandsen & D.-G. Stubberud (Red.), *Intensivsykepleie* (3. utg., s. 43- 68). Oslo: Akribe AS.
- Stubberud, D.-G. (2015c). Pasientens psykososiale behov. I T. Guldbrandsen & D.-G. Stubberud (Red.), *Intensivsykepleie* (3. utg., s. 77- 116). Oslo: Akribe AS.
- Stubhaug, A. & Ljoså, T. M. (2008). Hva er smerte? I T. Rustøen & A. K. Wahl (Red.), *Ulike tekster om smerte - fra nocisepsjon til livskvalitet* (1. utg., s. 21- 50). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Sutters, K., Savedra, M., Miakowski, C., Holdringe-Zeuner, D., Wite, S., Paul, S. & Lanier, B. (2007). Children's Expectations of Pain, Perception of Analgesic Efficacy, and Experiences With Nonfarmacologic Pain Management Strategies at Home Following Toniclectomy. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 12(3), 139-148.
- Søbjerg, I.L. (2013). Å ivareta psykososiale behov hos barn og ungdom. I D.-G. Stubberud, (Red.). *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (1. utg., s. 114-151) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Sørensen, K. & Wøien, H. (2011). Vurdering av smertelindring og sedasjon hos barn på respirator ved hjelp av Comfort Scale. *Sykepleien Forskning*, 1, 80-89.
- Tetzchner, -von S. (2012). *Utviklingspsykologi* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Tomlinson, D., von Baeyer, C. L., Stinson, J. & Sung, L. A. (2010). A Systematic Review of Faces Scales for the Self-report of Pain Intensity in Children. *Pediatrics*, 126(5), 1-31.
- Twycross, A. (2007). What is the impact of theoretical knowledge of children's nurses' post-operative pain management practices? An exploratory study. *Nurse Education Today*, 27, 697-707.
- Twycross, A. & Shields, L. (2008). Content analysis. *Pediatric nursing*, 20(6), 38.
- Twycross, A., & Collis, S. (2013). How Well Is Acute Pain in Children Managed? A Snapshot in One English Hospital. *Pain Management Nursing*, 14(4), 204-215.

- Twycross, A. & Finley, A. G. (2013). Children's and parents' perceptions of postoperative pain management: a mixed methods study. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 3095-3108.
- Twycross, A., Finley, A. G. & Latimer, M. (2013). Pediatric nurses' postoperative pain management practices: An observational study. *Pediatric Nursing*, 18, 189-201.
- Twycross, A. & Finley, A. G. (2014). Nurses' aims when managing pediatric postoperative pain: Is what they say the same as what they do? *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 19, 17-27.
- Twycross, A. & Stinston, J. (2014). Physical and Psychological Methods of Pain Relief in Children. I A. Twycross, S. Dowden & J. Stinston (Red.), *Managing Pain in Children* (2. utg., s. 86- 111). Oxford: Wiley Blackwell.
- Twycross, A. & Williams, A. (2014a). Pain: A Biopsychosocial Phenomenon. I A. Twycross, S. Dowden & J. Stinston (Red.), *Managing Pain in Children* (2. utg., s.36- 47). Oxford: Wiley Blackwell.
- Twycross, A. & Williams, A. (2014b). Why Managing Pain in Children Matters. I A. Twycross, S. Dowden & J. Stinston (Red.), *Managing Pain in Children* (2. utg., s. 1-17). Oxford: Wiley Blackwell.
- Twycross, A., Forgeron, P. & Williams, A. (2015a). Paediatric nurses' postoperative pain management practices in hospital based non-critical settings: A narrative review. *International Journal of Nursing Studies*, 52, 836-863.
- Twycross, A., Voepel-Lewis, T., Vincent, C., Franck, L. S. & von Bayer, F. (2015b). A Debate on the Proposition that Self-report is the Gold Standard in Assessment of Pediatric Pain Intensity. *Clinical Journal of Pain*, 3(8), 707-712.
- Uman, L. S, Birnie, K. A., Noel, M., Parker, J. A., Chambers, C. T., McGrath, P. J & Kisely, S. R. (2013). Psychological interventions for needle-related procedural pain and distress in children and adolescents. *Cochrane database of systematic reviews*, (2013). 1-135. DOI: 10.1002/14651858.CD005179.pub3.
- Voepel-Lewis, T., Piscotty, R. J., Annis, A. & Kalisch, B. (2012). Empirical Review Supporting the Application of the "Pain Assessment as Social Transaction" Model in Pediatrics. *Journal of Pain and Symptom Management*, 44(3), 446-459.
- Wiggins, S. A. & Foster, R. L. (2007). Pain After Tonsillectomy and Adenoidectomy: "Ouch It Did Hurt Bad". *Pain Management Nursing*, 8(4), 156-165.
- World Health Organization (2016). Lastet ned 30.02.2016.
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/en/
- Wøien, H. & Strand, A.S. (2008). Sykepleietiltak ved postoperative smertelindring. I T. Rustøen & A. K. Wahl (Red.), *Ulike tekster om smerte - fra nocisepsjon til livskvalitet* (1. utg., s. 271- 289). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Østgaard, G. & Ulvik, A. (2010). Anestesi til barn. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 7, 752-757.

Øvereide, H. (2009). *Samtaler med barn. Metodiske samtaler med barn i vanskelige livssituasjoner* Kristiansand: Høyskoleforlaget

Øverlien, C. (2013). Etikk som linedans. *Forskningsetikk*, 4, 5-7.

Intervjuguide

Barn 6-11 år

Kan du fortelle litt om hvorfor du er her på sykehuset/hva som har skjedd med deg?

Hva er det som er bra/mindre bra?

Kan du fortelle litt om det??

Hvordan er det å være på sykehus?

(Snakke litt om hvor de var da de våknet- i postoperativ avdeling og ikke sengepost. Spørre litt først hva de husker derifra først for deretter hvordan de hadde det når de våknet)

Kan du fortelle litt om hvordan du hadde det når du våknet etter operasjonen?

Har du kjent noe sånt før?

Var det noe som gjorde at du var redd når du våknet...?

Kan du fortelle litt om hva det er å ha det ekkelt for deg...?

Når du hadde vondt, hvordan var det "det vonde" kjentes ut?

Hvordan kjentes det ut der du var operert/repairert?

Har du lyst til å tegne på menneskekroppen hvor det var vondt?

Hvordan var det å røre på kroppen når du hadde vondt?

Hvordan var det når du lå helt stille i senga?

Når du hadde det slik, hva skjedde da?

Hva gjorde du da?

Hva skjedde når du begynte å gråte, lå helt stille osv...?

Kan du si noe mer om...

Var det noen som spurte deg om du hadde vondt?

Kan du fortelle hva som skjedde da du hadde vondt?

Var det noen som så at du hadde det vondt?

Kan du huske hva sykepleieren gjorde da...?

Var det noen som spurte deg om du hadde vondt?

Kan du fortelle litt om det?

Husker du hvordan sykepleieren hjalp deg når du hadde vondt?

Kan du huske hva mamma/pappa gjorde da....?

”Ingenting/vet ikke svar”- kan du huske noe som sykepleierne gjorde? (Snakket de med deg, med mamma/pappa, ga medisiner, ga deg drikke osv..)

Kan du si noe mer om...

Kan du fortelle hva som hjalp deg da du hadde vondt?

Var det noe du gjorde selv som fikk det til å bli bedre?

Kan du fortelle litt hva du gjorde?

Hva kan andre kan gjøre så du får mindre vondt?

Hva synes du har vært det beste å gjøre for ikke å ha det så vondt? (Bok, film, medisiner, sove, ligge stille osv..)

Var det noen som hjalp deg da du hadde vondt?

Gjorde mamma/pappa noe som hjalp?

Var det noe sykepleieren gjorde som hjalp deg?

Kan du fortelle litt hva hun gjorde?

Er det noe annet som kan hjelpe når du har vondt?

Hva kan andre gjøre for at det blir mindre vondt?

Vet du om det er noe annet sykepleieren kan gjøre så du og andre barn får bedre hjelp?

Vet du om det er noe vi sykepleiere kan fortelle til andre barn som kommer på sykehus?

Linjalen:

Husker du om noen spurte deg om du hadde vondt?

Var det litt vondt- veldig vondt eller midt i mellom?

Har du sett denne linjalen før?

Når du ser på denne linjalen- kan du vise hvor du pekte når du hadde det vondt på det aller vondeste?

Når du ser på denne linjalen- når tenker du at det er så vondt at du må få hjelp til å få det bedre?

Intervjuguide

Barn 12-18 år

Kan du fortelle litt om hvorfor du er her på sykehuset/hva som har skjedd med deg?

Hva er det som er bra/mindre bra?

Kan du fortelle litt om det??

Hvordan er det å være på sykehus da?

Kan du fortelle litt om hvordan du hadde det når du våknet etter operasjonen?

Kan du fortelle litt om hva det er å ha det ekkelt/ubehagelig for deg?

(Er dette annerledes enn å ha smerter...?)

Kan du fortelle om du hadde vondt/smerter noe sted på kroppen?

Kan du si noe mer om du hadde noe smerte? Har du lyst til å tegne på figuren hvor det var vondt/smertefullt?

Kan du fortelle/beskrive hvordan smerten kjentes ut?

Kan det sammenliknes med noe du har kjent tidligere?

Hvordan opplevde du å ha smerter etter operasjonen?

Hvordan var det å bevege seg når du hadde smerter?

Hvordan var det når du lå helt stille i senga?

Når du hadde det slik, hva skjedde da?

Hva gjorde du da?

Hva skjedde når du begynte å gråte, lå helt stille osv...?

Kan du si noe mer om...

Var det noen som spurte deg om du hadde smerter?

Kan du fortelle hva som skjedde da du hadde smerter?

Var det noen som så at du hadde smerter?

Var det noen som spurte deg om du hadde smerter?

Kan du fortelle litt om det?

Hvordan var det sykepleieren hjalp deg når du hadde smerter?

Kan du huske hva sykepleieren gjorde da?

Hvordan hadde sykepleieren funnet ut at du hadde smerter?....

Hvis ikke sykepleiene hjalp deg, hvem hjalp deg da?

Kan du fortelle hva mamma/pappa gjorde som hjalp da...

Er det noe som sykepleierne kunne gjort på en annen måte?

Kan du si noe mer om...

Ingenting/vet ikke svar”- hva synes du sykepleieren skulle ha gjort?

Kan du fortelle hva som hjalp deg da du hadde smerter?

Var det noe du gjorde selv som fikk det til å bli bedre?

Var det noe du gjorde for å kjenne mindre til smerten?

Var det noen som hjalp deg da du hadde vondt?

Gjorde mamma/pappa noe som hjalp?

Var det noe sykepleieren gjorde som hjalp deg?

Kan du fortelle litt hva hun gjorde?

Hva kan andre kan gjøre så du kjenner mindre smerte?

Hvilke tiltak mot smerter synes du har hjulpet deg? (Bok, film, medisiner, leieendring osv..)

Har du noen tanker om smertebehandling som vi sykepleiere kan fortelle til andre barn som kommer på sykehus?

Har du noen forslag/ideer til hva sykepleieren kan gjøre så du og andre barn får bedre hjelp?

Kan du si noe mer om...

Linjalen:

Husker du om noen spurte deg om hvor sterk smerten din var?

Hvordan var det på en skala fra 1-10?

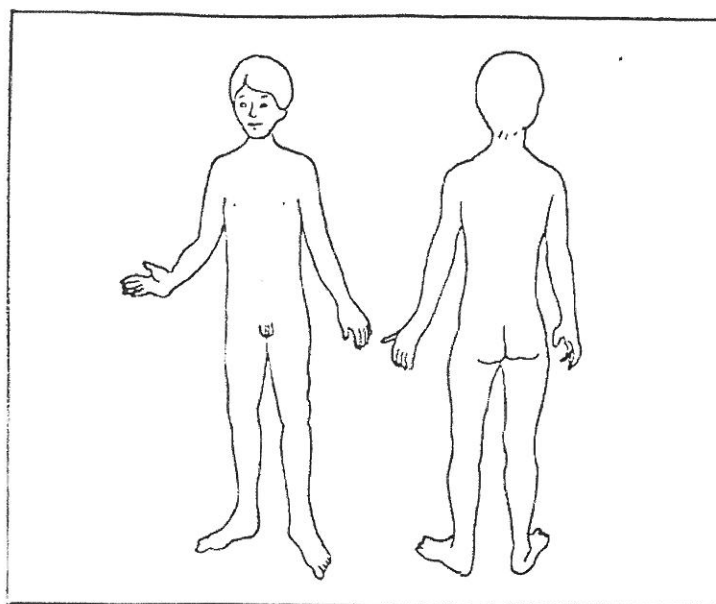
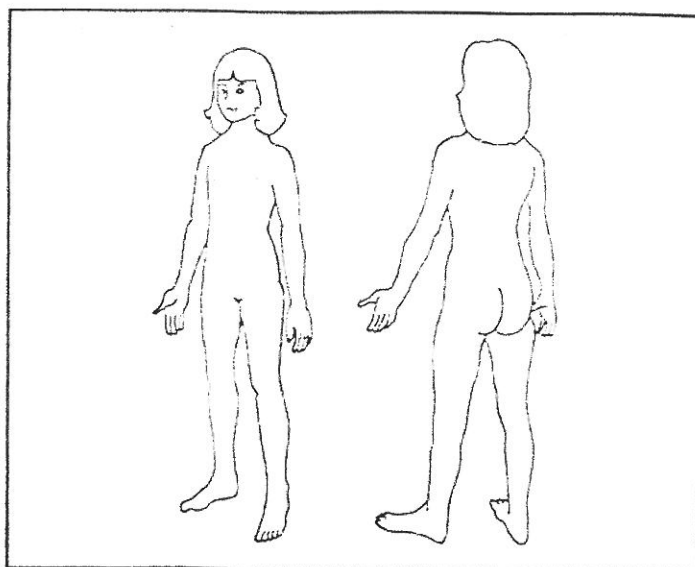
Var det litt vondt- veldig vondt eller midt i mellom?

Har du sett denne linjalen før?

Når du ser på denne linjalen- kan du vise hvor du pekte når du hadde det vondt på det mest smertefulle?

Når du ser på denne linjalen- når tenker du at det er så smertefullt at du må få hjelp ti å få det bedre?

Når du ser på denne linjalen- kan du huske tilbake hvor du var da du hadde fått smertestillende?





Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK sør-øst	Hege Holde Andersson	22845514	01.07.2014	2014/878 REK sør-øst B
			Deres dato:	Deres referanse:
			13.05.2014	

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Tone Rustøen
Oslo universitetssykehus HF

2014/878 Postoperativ smertebehandling av barn - intervensjon med sykepleiere

Forskningsansvarlig: Oslo universitetssykehus HF
Prosjektleder: Tone Rustøen

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK sør-øst) i møtet 11.06.2014. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven § 10, jf. forskningsetikklovens § 4.

Prosjektomtale

Bakgrunnen for studien er at til tross for lett tilgjengelig forskning og kunnskap om postoperativ smertevurdering og behandling av barn, viser forskning at smertebehandling av barn er undervurdert og mangelfull. Mulige årsaker til dette er sykepleieres manglende kunnskaper om barn og smerte, samt holdningen de har til dette. Hensikten med studien er å kartlegge postoperativ smertevurdering og smertebehandling av barn ved postoperative avdelinger i Norge, utvikle en intervensjon, iverksette den, og så evaluere om intervensjonen med sykepleiere vil bedre smertebehandlingen. Studien har en pre-post design, med sammenligningsgruppe (baseline T-1, samt en mnd. T-2 og seks mnd. T-3 etter intervensjonen). Studien planlegges å gjennomføres ved seks store postoperative avdelinger på universitetssykehus i Norge. Studien deles inn i flere faser og det vil bli brukt ulike metodiske tilnærminger som spørreskjema, observasjon av klinisk praksis og intervju med barn.

Det skal inkluderes 280 personer i studien, 240 sykepleiere og 40 barn.

Komiteens vurdering

Komiteen har ingen innvendinger til studien som sådan. Det er lagt opp til et forsvarlig design, og barna som inkluderes i studien blir ivaretatt på en tilfredsstillende måte.

Informasjonsskriv og samtykkeerklæring

Barna som skal inkluderes i studien er i alderen 0-18 år. Det er lagt ved ett informasjonsskriv til barn. Komiteen ber om at det utarbeides alderstilpassede informasjonsskriv. Et til barn i alderen 6-12 år og et til barn over 12 år. Informasjonsskrivene må sendes komiteen for godkjenning.

Komiteens beslutning

Vedtak i saken utsettes. Komiteens leder tar stilling til prosjektet ved mottatt svar.

Vennligst benytt skjema for tilbakemelding som sendes inn via saksportalen til REK <http://helseforskning.etikkom.no>. Tilbakemeldingen må være oss i hende innen seks måneder.

Med vennlig hilsen

Grete Dyb
førsteamanuensis dr. med.
leder REK sør-øst B

Hege Holde Andersson
Komitésekretær

Kopi til: *Oslo universitetssykehus HF ved øverste administrative ledelse
forskningsleder Harald Noddeland, Akuttklubben, OUS*



Region: REK sør-øst	Saksbehandler: Hege Holde Andersson	Telefon: 22845514	Vår dato: 08.08.2014	Vår referanse: 2014/878/REK sør-øst B
			Deres dato: 11.07.2014	Deres referanse:
Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser				

Tone Rustøen
OUS, Ullevål sykehus

2014/878 Postoperativ smertebehandling av barn - intervensjon med sykepleiere

Forskningsansvarlig: Oslo Universitetssykehus
Prosjektleder: Tone Rustøen

Vi viser til tilbakemelding på komiteens merknader til ovennevnte prosjekt, slik de fremkom i vedtaksbrev av 01.07.2014. Tilbakemeldingen er behandlet av leder for REK sør-øst på fullmakt, med hjemmel i helseforskningsloven § 11.

Prosjektomtale

Til tross for lett tilgjengelig forskning og kunnskap om postoperativ smertevurdering og behandling av barn, viser forskning at smertebehandling av barn er undervurdert og mangelfull. Mulige årsaker til dette er sykepleieres manglende kunnskaper om barn og smerte, samt holdningen de har til dette. Hensikten med studien er å kartlegge postoperativ smertevurdering og smertebehandling av barn ved postoperative avdelinger i Norge, utvikle en intervensjon, iverksette den, og så evaluere om intervensjonen med sykepleiere vil bedre smertebehandlingen. Studien har en pre-post design, med sammenlikningsgruppe (baseline T-1, samt en mnd T-2 og seks mnd T-3 etter intervensjonen). Studien planlegges å gjennomføres ved seks store postoperative avdelinger på universitetssykehus i Norge. Studien deles inn i flere faser og det vil bli brukt ulike metodiske tilnærminger (spørreskjema, observasjon av klinisk praksis og intervju med barn).

Saksgang

Komiteen behandlet første gang prosjektet på møtet 11.06.2014. Komiteen utsatte vedtak i saken og ba om at det ble utarbeidet alderstilpassende informasjonsskriv til barna som skal inkluderes i studien. Prosjektleders tilbakemelding ble mottatt 11.07.2014.

Komiteen vurdering

Komiteen har ingen merknader til de alderstilpassende informasjonsskrivene som er utarbeidet til prosjektet. Slik prosjektet nå foreligger har komiteen ingen innvendinger til at det gjennomføres.

Vedtak

Komiteen godkjenner prosjektet i henhold til helseforskningsloven § 9 og § 33

Godkjenningen er gitt under forutsetning av at prosjektet gjennomføres slik det er beskrevet i søknaden.

Tillatelsen gjelder til 31.12.2021. Av dokumentasjonshensyn skal opplysningene likevel bevares inntil 31.12.2026. Opplysningene skal lagres avidentifisert, dvs. atskilt i en nøkkel- og en opplysningsfil. Opplysningene skal deretter slettes eller anonymiseres, senest innen et halvt år fra denne dato.

Forskningsprosjektets data skal oppbevares forsvarlig, se personopplysningsforskriften kapittel 2, og Helsedirektoratets veileder ”*Personvern og informasjonssikkerhet i forskningsprosjekter innenfor helse- og omsorgssektoren*”

Sluttmelding og søknad om prosjektendring

Prosjektleder skal sende sluttmelding til REK sør-øst på eget skjema senest 30.06.2022, jf. hfl.

12. Prosjektleder skal sende søknad om prosjektendring til REK sør-øst dersom det skal gjøres vesentlige endringer i forhold til de opplysninger som er gitt i søknaden, jf. hfl. § 11.

Klageadgang

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. forvaltningslovens § 28 flg. Klagen sendes til REK sør-øst.

Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK sør-øst, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering.

Med vennlig hilsen

Grete Dyb
førstemanuensis dr. med.
leder REK sør-øst B

Hege Holde Andersson
komitésekretær

Kopi til: harald.noddeland@ous-hf.no; oushfdlgodkjenning@ous-hf.no

Lill Røisland Nybro

Fra: Anja Hetland Smeland
Sendt: 28. april 2016 16:23
Til: Lill Røisland Nybro; Torgun Næss
Emne: VS: SV: REK sør-øst Informasjon om vedtak(2014/878-3)

Mvh Anja Hetland Smeland
Fag og Forskningssykepleier, stipendiat
Kirurgisk Avdeling for Barn (KAB)
Klinikk for hode-, hals- og rekonstruktiv kirurgi (HHA)
Oslo Universitetssykehus
Mobil: 93015102/ kontor RH:(230)70195/kontor UUS: (221)17769
Inneholder ikke sensitiv informasjon

Fra: Helge Grimnes
Sendt: 18. august 2014 20:55
Til: Anja Hetland Smeland
Kopi: Heidi Thorstensen; Elsa Roland
Emne: SV: SV: REK sør-øst Informasjon om vedtak(2014/878-3)

Hei

Alt i orden herfra.

Bestilling av lagringsplass på K:\ er videresendt til Sykehuspartner.

Referansenummer hos dem er SD1683649.

Det går vanligvis 2-3 dager før området er opprettet. Logg av og på for å sjekke om området er der.

Mappens fulle navn er **K:\Forskning\Forskningsstudier\2014-10103-Pediatric-pain**

Lykke til med studien! :-)

mvh,

Helge Grimnes

Personvernrådgiver

Seksjon for informasjonssikkerhet og personvern | Stab pasientsikkerhet og kvalitet

Notat

Til:

Unni C Ytterdahl Bergland

Fra:

Forskningsjef Inger Økland

Kopimottakere:

Divisjonsdirektør Hans Tore Frydnes, Juridisk rådgiver Ina Trane

Dato: 14.10.2014

Arkivref: 2014/1647 - 80206/2014

Godkjennelse av forskningsprosjekt - ID437

Forskningsprosjektet: «Pedatric Pain Management Practices in Postoperative Units - an Intervention Study»

Det vises til søknad vedrørende oppstart av ovennevnte forskningsprosjekt. Prosjektet har vært vurdert av forskningsansvarlig og prosjektet er registrert i vår database med referanse: ID437. Vi ber om at vår referanse oppgis ved alle henvendelser.

Nødvendige tillatelser foreligger. Basert på disse og forskningsprotokoll godkjennes oppstart av prosjektet.

Forskningsavdelingen ønsker å minne om at:

- prosjektet må gjennomføres i henhold til protokollen og ved endringer må endringsmelding sendes
- dersom prosjektet er godkjent av REK, må søknad og godkjennelse av REK følges
- foreligger det godkjennelse fra Personvernombud må likeledes denne følges
- behandling av helse- og personopplysninger skjer i samråd med og innenfor det formål som er beskrevet
- ved tilgang til registre, skjer dette i overensstemmelse med taushetspliktbestemmelsene
- data lagres avidentifisert og evt. koblingsnøkkel lagres separat på helseforetakets forsknings/kvalitetsserver etter de regler som gjelder for bruk av denne
- dersom innhenting av pasientopplysninger baserer seg på samtykke, må samtykkeskjemaene oppbevares i låsbart skap
- data skal slettes eller anonymiseres ved prosjektslutt

Dersom prosjektet ikke starter og/eller blir avbrutt må melding sendes til Forskningsavdelingen. Likeledes sendes en kort sluttrapport.

Forskningsavdelingen ønsker lykke til med gjennomføring av prosjektet.

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Smertebehandling av barn”

Bakgrunn og hensikt

Dette er en forespørsel til deg om å la barnet ditt delta i et forskningsprosjekt om smertebehandling av barn. Vi ønsker å forbedre smertebehandlingen av barn, og vil gjerne høre mer om barns egne erfaringer fra smertebehandlingen. Hensikten med denne studien er å undersøke hvordan barn og ungdom opplever smertebehandlingen de får etter de har vært igjennom en operasjon. Denne studien er en del av et større forskningsprosjekt hvor hensikten er å kartlegge smertebehandling av barn i Norge.

Hva innebærer studien?

Hvis du og ditt barn samtykker i å delta i studien, vil dere bli bedt om å delta i et intervju. Intervjuet vil gjennomføres av en erfaren barnesykepleier og en erfaren intensivsykepleier og vil vare ca 30-45 minutter. Intervjuet vil gjennomføres etter operasjonen og før dere reiser hjem fra sykehuset.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Intervjuet vil tas opp på lydbånd for å sikre at vi får med oss alt som blir sagt under intervjuet. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. En kode knytter ditt barn til opplysninger gjennom en navneliste. Det er kun forskningsgruppen som har tilgang til denne kodelisten. Det vil ikke være mulig å identifisere barnet ditt i resultatene av studien når disse publiseres. De innhentede dataene vil bli slettet når hele prosjektet er ferdig, senest desember 2021.

Mulige fordeler og ulemper

Det vil ta dere ca 30-45 minutter å være med på studien. Ved å være med i studien kan ditt barns erfaringer bidra til å bedre forståelsen av smertebehandling av barn og ungdom, samt bidra til å bedre smertebehandlingen av barn og ungdom i Norge.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Dere kan når som helst og uten å oppgi noen grunn, trekke deres samtykke til å delta i studien. Dette vil ikke få konsekvenser for ditt barns videre behandling. Dersom dere ønsker å delta, undertegner dere samtykkeerklæringen på siste side. Om dere nå sier ja til å delta, kan dere senere trekke tilbake deres samtykke uten at det påvirker ditt barns øvrige behandling. Dersom dere senere ønsker å trekke dere eller har spørsmål til studien, kan dere kontakte prosjektleder Anja Smeland, tlf: 93015102, epost: anja.smeland@gmail.com.

Tusen takk for hjelpen!

Med vennlig hilsen:

Anja Hetland Smeland, stipendiat ved Universitetet i Oslo, spesialsykepleier og master i klinisk sykepleie, Fag og forskningssykepleier, Kirurgisk avdeling for barn, Oslo universitetssykehus

Tone Rustøen, veileder, forsker, Oslo universitetssykehus og professor ved Universitetet i Oslo

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å la barnet mitt delta i studien

(Signert av foreldre (mor) til prosjektdeltaker, dato)

Jeg er villig til å la barnet mitt delta i studien

(Signert av foreldre (far) til prosjektdeltaker, dato)

Jeg er villig til å delta i studien

(Signert av prosjektdeltaker over 12 år, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, rolle i studien, dato)

Spørsmål om å være med i forskningsprosjektet

”Smertebehandling av barn”

Vi lurer på om du vil være med i et prosjekt om smertebehandling til barn og ungdom. I prosjektet vil vi høre med deg om hvordan du hadde det etter operasjonen og om det var vondt. Målet er å finne ut hva barn og ungdom synes er bra med smertebehandlingen. Vi vil også se om noe kan gjøres bedre.

Hvordan foregår dette?

To sykepleiere vil snakke litt med deg og stille deg noen spørsmål. De har jobbet med barn på sykehus i mange år. Sykepleierne vil snakke med deg i 30-45 minutter, og foreldrene dine kan gjerne være med. Dette gjøres etter du er operert, før du reiser hjem fra sykehuset. Samtalen vil tas opp på lydbånd for at vi lettere skal klare å huske alt du sier. Når vi er helt ferdig med prosjektet vil vi slette alt du har sagt. Ingen kan finne ut hvem du er når de leser om prosjektet senere.

Frivillig å være med

Du bestemmer selv, sammen med foreldrene dine, om du vil være med på dette. Foreldrene dine må skrive under på at du vil være med på dette prosjektet. Hvis du har sagt ja er det lov å ombestemme seg senere. Det er bare å si at du ikke vil mer. Du trenger ikke å forklare hvorfor. Du får like god hjelp videre på sykehuset.

Hvis du senere finner ut at du ikke vil være med eller har noen spørsmål om prosjektet kan du eller foreldrene dine ringe Anja Smeland på telefon: 93015102.

Tusen takk for hjelpen!

Med vennlig hilsen

Anja Hetland Smeland, stipendiat ved Universitetet i Oslo, spesialsykepleier og master i klinisk sykepleie, Fag og forskningssykepleier, Kirurgisk avdeling for barn, Oslo universitetssykehus

Tone Rustøen, veileder, forsker, Oslo universitetssykehus og professor ved Universitetet i Oslo

Spørsmål om å være med i forskningsprosjektet

”Smertebehandling av barn”

Dette er et spørsmål til deg om du vil være med i et prosjekt om smertebehandling til barn og ungdom. I prosjektet vil vi høre med barn og ungdom om hvordan de hadde det etter at de ble operert og om det var vondt. Målet er å finne ut hva barn og ungdom synes er bra med smertebehandlingen og hva vi eventuelt kan gjøre bedre.

Hvordan foregår dette?

Hvis du har lyst til å fortelle om hvordan du hadde det etter operasjonen, skriver du og foreldrene dine under på at du vil være med på dette prosjektet. Da vil to sykepleiere snakke litt med deg og stille deg noen spørsmål. De har arbeidet med barn på sykehus i mange år. Sykepleierne vil snakke med deg i 30-45 minutter, og foreldrene dine kan gjerne være med. Dette gjøres etter at du er operert, før du reiser hjem fra sykehuset. Samtalen med deg vil tas opp på lydbånd for at vi lettere skal klare å huske alt du sier. Når vi er helt ferdig med prosjektet vil vi slette lydbåndet og alt du har sagt. Ingen kan finne ut hvem du er når de leser om prosjektet senere.

Frivillig å være med

Du bestemmer selv, sammen med foreldrene dine, om du vil være med på dette. Hvis du har sagt ja, men likevel ikke vil være med, er det bare å si at du ikke vil mer. Du trenger ikke å forklare hvorfor. Du får like god hjelp videre på sykehuset.

Hvis du senere finner ut at du ikke vil være med eller har noen spørsmål om prosjektet kan du eller foreldrene dine ringe Anja Smeland på telefon: 93015102.

Tusen takk for hjelpen!

Med vennlig hilsen

Anja Hetland Smeland, stipendiat ved Universitetet i Oslo, spesialsykepleier og master i klinisk sykepleie, Fag og forskningssykepleier, Kirurgisk avdeling for barn, Oslo universitetssykehus

Tone Rustøen, veileder, forsker, Oslo universitetssykehus og professor ved Universitetet i Oslo

Leveres sammen med oppgaven i eksamensinnleveringsrommet i Fronter

KLAUSULERING AV OPPGAVE AV ANDRE GRUNNER ENN LOVBESTEMT TAUSHETSPLIKT

AVTALE INNGÅTT MELLOM HØGSKOLEN I OSLO OG AKERSHUS, FAKULTET FOR HELSEFAG OG

STUDENT: Lill Røisland Nybro FØDT: 02.05.1976

Studentnummer: s95779 Studieprogram: Mastergradsstudium i intensivsykepleie, kull 2014

Der master- eller bacheloroppgaver ikke inneholder opplysninger undergitt lovbestemt taushetsplikt, kan Høgskolen i Oslo og Akershus med hjemmel i åndsverksloven § 27, jf. offentlighetsloven § 2 og § 6 nr. 6, gi forskere og studenter *innsyn* i oppgaven, men uten at disse kan sitere fra oppgaven.

Studenten kan reservere seg mot at oppgaven gjøres tilgjengelig i høgskolens åpne vitenarkiv, ODA. Dersom denne adgangen til klausulering benyttes, må varighet og begrunnelse angis fra studentens side. Oppgaven vil da bli oppbevart i et lukket arkiv i den oppgitte perioden.

Jeg reserverer meg herved mot at oppgaven gjøres tilgjengelig i høgskolens åpne vitenarkiv, ODA før embargotidens utløp (1-5 år).

Oppgavens tittel: Barns opplevelse av postoperativ smerte og smertebehandling

Adresse:	Bakkeveien 7 c
Telefon:	95256328
E-post:	lillroisland@hotmail.com

Faglig veileder:	Hanne Reinertsen	
Institutt:	Institutt for sykepleie og helsefremmende fag	
Jeg tilrår at oppgaven klausuleres	Sted: Oslo	Dato: 05.05.2016
	Veileders underskrift: <i>Hanne Reinertsen</i>	

Maksimumstid for denne type klausulering er 5 – fem år (embargotid).

Klausuleringen gjelder for 5 år og settes på grunn av:

Mastergradsoppgaven er en del av Anja Smeland Hetlands doktorgradsarbeide. Materiale i denne mastergradsoppgaven er bakgrunn for doktorgradsstipendiatens arbeid og kan ikke publiseres før hun har presentert det.

Lill Røisland Nybro
.....
studentens underskrift