



## **Smerte etter operasjonen**

*Hvilke intervensjoner kan sykepleier utføre for å smertelindre barn postoperativt?*



Kandidatnummer: 148

VID vitenskapelige høgskole

Bacheloroppgave

Bachelor i sykepleie

Kull: 13SYKHEL

Antall ord: 9375

Dato: 17. mars 2016

## **Sammendrag**

Denne oppgaven tar opp tema om måter å lindre barns smerte på postoperativt. Bakgrunn for valg av tema er barns fantasifulle tanke- og væremåte som gjør arbeidet med barn både spennende og ikke minst utfordrende. Hensikten med oppgaven er å finne ut hva sykepleier kan gjøre for å gi god smertelindring til barn etter at de har gjennomgått et kirurgisk inngrep. Oppgavens problemstilling er ”*Hvilke intervensjoner kan sykepleier utføre for å smertelindre barn postoperativt?*”. Dette er en litterære oppgave, basert på gjennomgang av litteratur fra både bøker og forskningsartikler.

I teoridelen gjøres det rede for utvalgte deler av Joyce Travelbee sykepleieteori og Jean Piaget utviklingsteori som er relevante for oppgaven. Det tas også opp temaer som kommunikasjon med barn, ulike definisjoner på smerte, barns uttrykk for smerte, vurdering, lindring av smerte og bruk av kartleggingsverktøy samt betydning av foreldresamvær. Til slutt står det litt om lover, regler og etikk i forhold til barn.

I drøftingsdelen drøftes kommunikasjon og samarbeid med foreldre samt deres rolle i smertelindring som to viktige forutsetninger for en god planlegging av sykepleieintervensjoner. Videre tar oppgaven opp og drøfter fem ulike intervensjoner sykepleier kan utføre for å lindre barnas smerte postoperativt samt utfordringer disse kan by på. Til slutt følger det en konklusjon for oppgaven.

**Nøkkelord:** Barn, sykepleie, postoperativ smerte, kommunikasjon

# Innholdsfortegnelse

Sammendrag .....	2
<b>1.0 Innledning .....</b>	<b>4</b>
1.1 Begrunnelse for valg av problemstilling .....	4
1.2 Presentasjon av problemstilling og innhold i oppgaven .....	4
1.3 Avgrensninger .....	5
<b>2.0 Metode .....</b>	<b>5</b>
2.1 Innledning .....	5
2.2 Søk etter bøker .....	6
2.3 Søk etter forskningsartikler .....	6
2.3.1 Beskrivelse av søkeord .....	6
2.3.2 Valg av baser .....	6
2.3.3 Søkeloggen .....	6
2.3.4 Presentasjon av forskningsartikler .....	7
2.3.5 Kildekritikk .....	7
<b>3.0 Sykepleiefaglig referanseramme .....</b>	<b>8</b>
3.1 Innledning .....	8
3.2 Joyce Travelbee .....	8
3.3 Sykepleie definisjon .....	8
3.4 Smerte og lidelse .....	9
3.5 Kommunikasjon .....	9
3.6 Mennesket-til-mennesket-forholdet .....	10
3.7 Kirurgisk inngrep .....	10
3.8 Kritikk av Travelbee .....	11
<b>4.0 Barn og smerte .....</b>	<b>12</b>
4.1 Innledning .....	12
4.2 Piagets kognitive teori om barns utvikling .....	12
4.3 Kritikk av Piaget .....	13
4.4 Smerte og ulike smertetyper .....	14
4.5 Barns uttrykk for smerte .....	14
4.6 Vurdering og lindring av barns smerte samt bruk av kartleggingsverktøy .....	15
4.7 Kommunikasjon med barn .....	16
4.8 Foreldresamvær .....	16
4.9 Lover, regler og etikk .....	17
<b>5.0 Problemstilling .....</b>	<b>19</b>
5.1 Innledning .....	19
5.2 Å skape en god relasjon til barnet .....	19
5.3 Samarbeid med foreldre samt deres rolle i smertelindring til barn .....	21
5.4 Å redusere angst .....	23
5.5 Smertevurdering .....	24
5.6 Å forhandle et mål for smertelindring .....	25
5.7 Medikamentell smertelindring .....	26
5.8 Ikke-medikamentell smertelindring .....	28
<b>6.0 Konklusjon .....</b>	<b>30</b>
<b>Vedlegg 1 Søkeloggen .....</b>	<b>34</b>
<b>Vedlegg 2 Artikkelmatrise .....</b>	<b>36</b>

## **1.0 Innledning**

Dette kapitlet begrunner og presenterer valgt problemstilling, oppgavens innhold og avgrensninger.

### **1.1 Begrunnelse for valg av problemstilling**

Barn kan unnlate å si at de har vondt. Dette kan ha ulike årsaker. Barnet kan tro at hvis det ikke sier at det har smerte unngår det smertefulle prosedyrer og blir skrevet ut hjem fortere. Barn kan også unnlate å si at de har vondt for å slippe å få en stikkpille eller en injeksjon, men de ikke alltid forstår sammenheng mellom at dette skal bidra til å redusere smerte. Barn oppfattes ofte som mindre troverdige selv om de kan uttrykke seg flytende verbalt. Samtidig kan voksne tro at hvis barnet kan kommunisere tilstrekkelig betyr det at barnet ikke har vondt når det sier det. Noen barn er også flinke til å bruke selvdistraksjon og fysisk aktivitet som avledning for smerte og på denne måten kan bli misforstått som om de ikke er smertepåvirket (Reinertsen 2008).

Barn har sin egen fantasifull tanke- og væremåte når det gjelder ulike ting og følelser. Dette gjør arbeidet med barn både spennende og samtidig utfordrende. Derfor vil jeg undersøke hva kan sykepleier gjøre for å finne ut om barnet har vondt, hvor vondt det gjør og hva er best for å gi god smertelindring til barn.

### **1.2 Presentasjon av problemstilling og innhold i oppgaven**

Problemstillingen denne oppgaven skal belyse er:

*Hvilke intervensjoner kan sykepleier utføre for å smertelindre barn postoperativt?*

Oppgaven består av en metodedel, sykepleiefaglig referanseramme, barn og smerte del og drøftingsdel. I metodedelen presenteres det valg av metode, søk etter litteratur og forskningsartikler samt ulike databaser som ble brukt for å finne frem artiklene. Under sykepleiefaglig referanseramme presenteres det Travelbee og deler av hennes sykepleieteori som er relevante for oppgaven. Disse er: hennes definisjon av sykepleie, opplevelse av sykdom og lidelse, viktigheten av kommunikasjon og etablering av menneske-til-menneske-forhold samt opplevelse av et kirurgisk inngrep. Deretter følger det kritikk av Travelbees teori. I kapittel barn og smerte presenteres

det Piagets teori om barnets kognitiv utvikling og kritikken den har fått. Videre presenteres det ulike definisjoner av smerte samt beskrivelse av ulike smertetyper, barns uttrykk for smerte, vurdering av barns smerter og bruk av kartleggingsverktøy, kommunikasjon med barn, foreldresamvær og til slutt litt om barnas rettigheter i forhold til lover og regler samt etikk. I den siste delen skal problemstillingen besvares ved å drøfte teorien og forskningsartiklene opp mot hverandre og til slutt konkludere.

### **1.3 Avgrensninger**

Det er her valgt å avgrense oppgaven til barn som har gjennomgått en operasjon og befinner seg i postoperativ fase. Den postoperative fasen regnes fra når operasjonen er avsluttet og barnet flyttes over i sengen (Finrud 2011). Sykepleier møter disse barna på barnekirurgiske avdelinger på sykehuset. Oppgaven tar for seg barn i skolealder, som videre avgrenses til barn fra 7 til 11 år. Videre fokuseres det på kommunikasjon, foreldresamvær, reduksjon av angst, smertevurdering, medikamentell og ikke-medikamentell smertelindring samt forhandling om et mål for smertelindring.

## **2.0 Metode**

### **2.1 Innledning**

Den systematiske fremgangsmåten som benyttes for å samle inn informasjon og kunnskap for å belyse en problemstilling kalles for metode (Thidemann 2015). For å systematisere kunnskap fra skriftlige kilder benyttes det en litteraturstudie. Det vil si at man først samler inn relevant litteratur, går kritisk gjennom den og til slutt sammenfatter det hele (Magnus og Bakketeig gjengitt fra Thidemann 2015). Dette er en litterær oppgave som er basert på litteratur og forskning. Det ble samlet inn, vurdert og sammenfattet litteratur fra både bøker og forskningsartikler som er relevante for drøfting og besvarelse av problemstilling.

## **2.2 Søk etter bøker**

De sentrale bøkene som er brukt i oppgaven er søkt gjennom Oria som er et hoved søkesystem i høyskolens bibliotek og flere andre biblioteker. For å finne relevante bøker ble det brukt søkeord som barn, postoperativ og smerte.

## **2.3 Søk etter forskningsartikler**

For å finne relevante forskningsartikler ble det brukt ulike databaser skolen anbefaler samt bruk av søkeord som ville gi relevante søkeresultater.

### **2.3.1 Beskrivelse av søkeord**

Siden oppgaven fokuserer på smerte hos barn etter operasjonen ble tilsvarende søkeord children (barn), nurse (sykepleier), postoperative (postoperativ), pain (smerte), reassurance (beroligelse), perception (oppfatning), experience (erfaring) brukt. I noen søk ble disse ordene brukt i kombinasjonen med hverandre eller hver for seg. For å binde ord sammen ble bindeordet and (og) oftest brukt. Det pleide å komme opp flere artikler hvor foreldre var inkludert og det ble fokusert på deres meninger om barna sine. Derfor ble det i ett søk brukt bindeordet not (ikke) for å ekskludere foreldre og kunne konsentrere kun på barns meninger og erfaringer (se vedlegg 1).

### **2.3.2 Valg av baser**

Flere forskjellige databaser ble brukt for å søke opp relevante artikler. Disse er CINAHL, PubMed, SveMed+ og Medline via Helsebiblioteket. Ut i fra egen erfaring med disse databasene er CINAHL den mest komfortable å bruke. I CINAHL kan man med en gang velge at artiklene som blir søkt opp er forskningsartikler og er fagfellevurdert. Dette er nok for at artiklene som da kommer opp følger IMRaD struktur, er godkjente for publisering og er utgitt i anerkjente tidsskrift. Derfor ble det søkt mest i CINAHL og artiklene som er brukt i oppgaven er stort sett fra denne databasen. Gjennom databasen SveMed+ ble det funnet en artikkel som er utført i Norge samt er relevant for denne oppgaven.

### **2.3.3 Søkeloggen**

I søkeloggen er det presentert ulike søkeresultater fra ulike databaser samt hvilke ordkombinasjoner ble brukt for å søke opp artiklene (se vedlegg 1).

### **2.3.4 Presentasjon av forskningsartikler**

Her er det listet opp forskningsartikler som er brukt for å drøfte og besvare problemstilling. Mer utfyllende informasjon om artiklene er presentert i artikkelmatrise (se vedlegg 2). Artiklene er listet opp i samme rekkefølge som de er presentert i artikkelmatrisen:

**Nr.1** *Perioperative anxiety and postoperative pain in children and adolescents undergoing elective surgical procedures: a quantitative systematic review.*

**Nr.2** *Nurses' aims when managing pediatric postoperative pain: Is what they say the same as what they do?*

**Nr.3** *Postoperative pain management experiences among school-aged children: a qualitative study.*

**Nr.4** *The use of nonpharmacological methods for children's postoperative pain relief: Singapore nurses' perspectives.*

**Nr.5** *Children's and parents' perceptions of postoperative pain management: a mixed methods study.*

**Nr.6** *Managing pain in children: where to from here?*

**Nr.7** *Norske sykepleieres kunnskap om og holdning til smerter hos barn.*

### **2.3.5 Kildekritikk**

Alle artiklene som er funnet følger en IMRaD struktur, er fagfellevurdert og godkjent for publisering i anerkjente tidsskrifter. Tre av studiene ble gjennomført i Singapore der kulturen er vesentlig forskjellig fra Norges, men måten sykepleie til barn utføres i Singapore er lite forskjellig fra måten sykepleie utføres i Norge. Derfor er disse tre artiklene relevante for oppgaven. Noen av artiklene er skrevet av de samme forfatterne. Dette kan gi lite variasjon som kan være negativt, men samtidig kan dette tyde på at forfatterne er opptatt av barn og smertelindring samt har mye kunnskap, er interesserte og kompetente innenfor dette området. I tillegg forskes det i alle artiklene på områder som er relevante for besvarelse av oppgavens problemstilling.

## **3.0 Sykepleiefaglig referanseramme**

### **3.1 Innledning**

Dette kapitlet tar for seg Joyce Travelbee og hennes sykepleieteori. Siden oppgaven handler om barn og smerte postoperativt er Travelbees teori relevant siden hun fokuserer på sykepleie som et mellommenneskeligprosess hvor sykepleiens mål og hensikt er å hjelpe den syke til å mestre erfaring med sykdom og lidelse. Videre beskriver hun og definerer aspekter som smerte og lidelse, kirurgisk inngrep og kommunikasjon hver for seg. Til slutt følger det kritikk av Travelbees teori med fokus på delene av hennes teorien som ble brukt i oppgaven.

### **3.2 Joyce Travelbee**

Joyce Travelbee (1926-1973) var en psykiatrisk sykepleier. Hennes sykepleietenkning retter seg mot det mellommenneskelige aspektet ved sykepleien. Både hennes filosofi og sykepleietenkning har hatt stor innflytelse på norsk sykepleierutdanning. Travelbees tenkning som hun selv sier er inspirert av eksistensialistisk filosofi og humanistisk psykologi. Hvert mennesket er unikt i forhold til Travelbee og har hatt ulike erfaringer gjennom sitt liv. Lidelse og tap er det hun mener er et fellesmenneskelig erfaring og at mennesket har en tilbøyelighet og evne til å søke etter mening i den lidelsen, sykdommen eller smerten det opplever. Hovedoppgaven for sykepleieren er da å hjelpe til å finne mening i den lidelsen et mennesket gjennomlever ved å etablere et menneske-til-menneske-forhold (Kristoffersen 2012).

### **3.3 Sykepleie definisjon**

Travelbee definerer sykepleie slik:

Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig finne mening i disse erfaringene (Travelbee 1999: 29).

Travelbee mener at sykepleie vil alltid være en mellommenneskelig prosess på grunn av at sykepleier uansett hva hun gjør befinner seg i en prosess der hun på en eller annen måte er i kontakt med mennesker for å bidra og hjelpe til. Største delen av sykepleiere i dag jobber i sykehus og er mest opptatt av å hjelpe folk til å komme seg igjen og bli friske. En måte å gjøre det på er å bistå den syke til å mestre sykdom og



lidelse som en erfaring. For å lykkes i dette trenger sykepleieren å etablere en tillitsfull forhold der den syke blir forstått, kan stole på at i nødens stund vil det alltid være et kunnskapsfullt menneske til stedet og han ikke føler seg alene (Travelbee 1999).

Hensikten og målet med sykepleie er ” ...å hjelpe enkeltindividet, familien eller samfunnet til å forebygge eller mestre sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene. ” (Travelbee 1999).

### **3.4 Smerte og lidelse**

Travelbee bruker en ordbok for å definere ordet smerte i sin bok

”*Mellommenneskelige forhold i sykepleie*”. Definisjonen på smerte lyder slik:

...en tilstand av fysisk eller psykisk mangel på velvære eller fysisk og psykisk uro som spenner fra lett ubehag eller uklare plager og ofte til intens uutholdelig pine; det kan være generell eller lokal, og er følge av fysisk eller psykisk skade... (Travelbee 1999:112)

Lidelse blir ofte referert til det å ha en fysisk smerte, men smerte har også en følelsesmessig innvirkning og omvendt. Personer som opplever sterk smerte har det nesten umulig å formidle hvor vondt de har for at de andre skal forstå dem fullt ut. Ikke sjeldent har helsepersonell vanskeligheter med å tro på personer som hele tiden klager på smerte. Dette virker inn negativt på holdninger helsepersonell danner til slike personer som hele tiden klager i stedet for å spørre adekvat om smertelindrende. Noen helsearbeidere danner seg et visst smerteterskelnivå avhengig av hvilke kirurgiske inngrep pasienten har fått utført og tidsperspektiv på når burde smerte omtrent gå over. Dette strider i mot med at hvert enkelt individ opplever smerte unikt. Derfor burde sykepleier ta hensyn til når personen rapporterer smerte, ta dette på alvor og forsøke å finne måter å hjelpe med det (Travelbee 1999).

### **3.5 Kommunikasjon**

Travelbee anser kommunikasjon som det viktigste redskapet for å oppnå gode relasjoner mellom sykepleier og pasient. En sykepleier er hele tiden i kommunikasjon både når hun er i en samtale eller er taus. Kommunikasjon kan både være verbal, ved hjelp av ord, og non-verbal, ved hjelp av gester og bruk av kroppen. All interaksjon

med den syke gir sykepleieren mulighet til å bli kjent med han som menneske. Dette vil videre hjelpe sykepleier til å bestemme og ivareta hans behov. Dermed vil dette bidra til etablering av mennesket-til-mennesket-forhold og oppnåelse av sykepleiens mål og hensikt. Det er også en forutsetning at sykepleier forstår hva den syke vil frembringe og bruke denne informasjonen i planleggingen av sykepleieintervensjoner. Gjennom samtale med pasienten kan sykepleier bruke sine observasjoner som grunnlag for neste møte (Travelbee 1999).

### **3.6 Mennesket-til-mennesket-forholdet**

Et menneske-til-menneske-forhold er primært en erfaring eller en rekke erfaringer som finner sted mellom en sykepleier og de(n) hun har omsorg for. Hovedkjennetegnet ved disse erfaringene er at den syke (eller familien hans) får sine behov ivaretatt. (Travelbee 1999:177).

For å etablere et menneske-til-menneske-forhold skal sykepleieren og pasienten gi fra seg sin rolle og forholde seg til hverandre som unike menneskelige individer. Et slikt forhold er et virkemiddel for sykepleier å oppnå sitt mål og hensikt nemlig å hjelpe den syke med å forebygge eller mestre sykdom og lidelse, eller finne mening i disse erfaringene. Alt sykepleier gjør for eller sammen med den syke bidrar til å oppfylle sykepleiens mål og hensikt. Samtidig som all kontakt sykepleier har med den hun pleier, bidrar til å etablere menneske-til-menneske-forholdet. Sykepleier må kjenne det hun tenker, erfarer og føler mens hun samhandler med den syke. Alle intervensjonene hun utfører skal være strukturert i full bevissthet og hun skal bruke all tilgjengelig kunnskap og innsikt fullt ut. Veien mot menneske-til-menneske-forhold bygges gjennom fire faser det innledende møtet, framvekst av identiteter, empati og sympati samt medfølelse (Travelbee 1999).

### **3.7 Kirurgisk inngrep**

Et kirurgisk inngrep er en erfaring og oppleves unikt av hver enkel. Det er to grunnleggende behov som er felles for hver av disse pasientene som skal gjennom et kirurgisk inngrep. Disse er informasjon og behov for sikkerhet. Hver pasient som skal til en operasjon har rett til informasjon om hva som skal skje med han. Dette kan bidra til å redusere angst før operasjonen og bidra til at pasienten føler å ha noe

kontroll over situasjonen. Behov for sikkerhet er viktig for at pasienten føler seg trygg på at han kommer til å våkne etter operasjonen, blir ivaretatt og får den profesjonelle hjelpen den trenger i tiden etter inngrepet (Travelbee 1999).

### **3.8 Kritikk av Travelbee**

I boka ”*Mellommenneskelige forhold i sykepleie*” bruker Travelbee mange gjentakelser som gjør fremstillingen noe utflytende. Travelbee setter mye fokus på et menneske som et individ med unike erfaringer, men tar lite hensyn til at mennesket eksisterer i en sosial og kulturell sammenheng som kan ha innvirkning på erfaringer. Ut fra sykepleiens hensikt er all interaksjon med den syke en bevisst og planlagt prosess. Dette er Kirkevold ikke enig i. Hun mener at mennesker ikke sjeldent handler ubevisst, intuitivt og kreativt uten en detaljert planlegging. Travelbee har også fått kritikken for å se på sykepleie ut fra den vesentlige hensikten, men ikke som en helhetlig område. Kirkevold mener at sykepleierens sterke ønske om å hjelpe personene å finne mening i situasjonen som Travelbee presenterer i sin teori, kan misforstås som en overbevisning at meningen skal finnes i alt og med dette overskygge pasientens mulighet til medvirkning i sin egen situasjon. Til sist diskuterer Kirkevold om sykepleier har riktig kunnskap og bakgrunn for å være den som hjelper å finne mening i den grad Travelbee legger opp til. Å finne mening med livet, lidelse og sykdom er også oppgave sjelesørgere og psykologer er opptatt av (Kirkevold 1998).

## **4.0 Barn og smerte**

### **4.1 Innledning**

Dette kapitlet tar for seg Jean Piaget og hans utviklingsteori med fokus på barn fra 7 til 11 år som er aldersgruppe oppgaven er avgrenset til. Deretter følger det kritikk av Piagets utviklingsteori. Videre beskrives det smerte generelt og det legges frem to forskjellige definisjoner av smerte samt forskjellige typer av smerte med fokus på den typen som vanligvis oppleves etter et kirurgisk inngrep. Dermed følger det barns uttrykk for smerte, vurdering, lindring og kartlegging av smerte, foreldresamvær og til slutt legges det frem lover, regler og etikk i forhold til barn.

### **4.2 Piagets kognitive teori om barns utvikling**

Jean Piaget (1896-1980) var en sveitsisk psykolog og biolog og har hatt en stor innvirkning på pedagogisk tenkning. Piaget var opptatt av hvordan vi kan erfare verden rundt oss. Han valgte å studere barns utvikling for å finne ut mer på dette området. Han hevdet at barn på ulike alderstrinn konstruerer virkeligheten sin på ulike måter. Ulikhetene skyldes forandringene som hjernen gjennomgår under oppveksten. Piaget kaller teoriene sine for konstruktivistiske. Han oppfatter menneskelig tenkning som mentale strukturer bygd opp av en aktiv organisme som hele tiden strever etter å finne mening i erfaringene den har opplevd og gjennomgått. Barn er aktive i utvikling av disse mentale strukturene. I lys av de strukturene de allerede har, tolker de og velger ut erfaringer, for å kunne inkludere mer og mer sammensatte sider ved omgivelsene i strukturene, endrer de strukturene. Selve prosessen og resultatet av denne prosessen er to sider ved barnets intellektuelle utvikling Piaget skiller mellom. Han ser på prosessen, den kognitive funksjonen, som den samme gjennom hele livet, men resultatet blir ulikt avhengig av hvilken alderstrinn det gjelder (Askland og Sataøen 2013).

Piaget ser på barnet som en annerledes tenkende. Det ser verden på en kvalitativt annen måte en det voksne gjør. Piaget har delt inn den kognitive utviklingen hos mennesket i fire stadier og det er de kvalitative forandringene fanger han opp gjennom stadieteorien sin. Det sansemotoriske stadiet som tar for seg barn fra 0 til 2 år, det preoperasjonelle eller intuitive stadiet som tar for seg barn fra 2 til 7 år, det konkret-operasjonelle stadiet som tar for seg barn fra 7 til 11 år og det formaloperasjonelle stadiet som tar for seg barn fra 11 år og oppover. Piaget

forutsetter at stadiene ligger i fast rekkefølge og at de er universelle, det vil si at denne stadieteorien vil kunne forklare den kognitive utviklingen til barn hvor som helst i verden. Gjennom stadiene vil den utforskende atferden hos små barn gradvis omformet til en mer abstrakt og logisk tenkning som ungdom og voksne har (Askland og Sataøen 2013).

Siden det fokuseres på barn fra 7 til 11 år i denne oppgaven, vil den konkret-operasjonelle fasen gi best innblikk i kognitiv utvikling hos barn i denne aldersgruppen. I forhold til Piaget er den konkret-operasjonelle fasen et vendepunkt i den kognitive utviklingen. Barnet begynner å tenke mer logisk, fleksibelt og annerledes organisert, barnets tenkning blir mer lik den voksnes. Den viktigste hendelsen i dette stadiet er at barn utvikler evnen til å konservere, det betyr å huske ting slik de var selv om de har forandret utseende. Barn utvikler evne til å kategorisere mer effektivt og kan noen romlige forhold som avstand, retning og romlig relasjon mellom gjenstander. Når barn er mellom 7 og 8 år begynner de å gjøre mentale rotasjoner, det vil si at de kan gjenkjenne høyre og venstre selv om de ikke er i samme posisjon. I tillegg kan barna i denne alderen gi veibeskrivelse på hvordan man kommer fra der den befinner seg til et bestemt punkt (Askland og Sataøen 2013).

### **4.3 Kritikk av Piaget**

Piaget har fått kritikk for at han kaller sine stadier universelle. Andre forskere hevder at det er kulturelle forskjeller som kan ha innvirkning på utvikling i de ulike stadiene. I forhold til Piaget går utviklingen fra det sensorisk-motoriske og konkrete til det abstrakte og formelle. I noen studier ble det funnet at barn som vokser i håndverkssamfunn utvikler seg mot det konkrete og ikke mot det abstrakte som det er presentert i Piagets stadieteorien (Hundeide og Gulbrandsen 2006).

Piagets teorien ble også kritisert på det at barnet ikke alltid utvikler seg i samsvar med stadiene, men det påvirkes av et bestemt sosialt område. Mennesker blir aldri helt fjernet fra det konkrete. Det er de konkrete episodene i vår hverdag som utgjør vår tenkning og fantasi. Når det gjelder de formelle tankeprosessene, utvikler de seg ikke universelt, men utvikler seg på det området et mennesket er spesielt engasjert i. Dette samsvarer ikke med det Piaget har presentert i sin stadieteori (Hundeide og Gulbrandsen 2006).

Piaget har også blitt kritisert for å være ensidig i sin teori. Han konsentrerer seg kun på det rasjonalistiske, det vil si barnets evne til utforskning og problemløsning i forhold til sine omgivelser. Det ble lagt mindre vekt på det følelsesmessige, det sosiale og det relasjonelle ved barnet (Hundeide og Gulbrandsen 2006).

#### **4.4 Smerte og ulike smertetyper**

Den mest brukte smartedefinisjonen er satt fram i 1994 av International Association for the Study of Pain (IASP) ”... en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse assosiert med aktuell eller potensiell vevsskade, eller beskrevet som slik skade” (Merskey og Bogduk gjengitt fra Stubhaug og Ljoså 2008:25). Denne definisjonen tar for seg at smerte er en subjektiv, sammensatt opplevelse av både sensorisk og emosjonell art noe som tilsier at pasientens rapportering av smerte skal tas på alvor selv om det ikke fremstår en synlig skade (Stubhaug og Ljoså 2008).

En annen definisjon sier at ”smerte er det som personen sier at det er, og den eksisterer når personen som opplever smerte, sier at han har smerte” (McCaffery og Beebe gjengitt fra Stubhaug og Ljoså 2008:25). Det skjer ofte at helsepersonell ikke alltid tror på pasientene sine når disse rapporterer smerte. Denne definisjonen er stort sett rettet mot helsepersonell som ofte møter smertepasienter og oppfordrer helsepersonell til å ta pasientenes opplevelse av smerte på alvor. Det er pasienten selv som vet best og kan beskrive sine opplevelser (Stubhaug og Ljoså 2008).

Smerte deles inn i fire ulike typer. Disse er nociseptive, nevropatiske, psykogene smerter og smerter uten kjent årsak. Nociseptiv smerte kan oppleves når vi stikker oss på noe skarpt, brenner oss eller opereres. Nociseptorer finnes over alt i kroppen og kan derfor bli lett stimulert når vevet blir akutt skadet. Fra latinsk noxa betyr skade derfra er navnet nociseptive smerter. Disse smertene kan reduseres ved hjelp av vanlige analgetika. Både perifert og sentralt virkende analgetika kan påvirke nociseptive smerter (Nordeng og Spisgset 2013).

#### **4.5 Barns uttrykk for smerte**

I en studie utført av Twycross og Finley (2013a) fortalte sykepleiere at det er vanskelig å forsones barns atferd med rapportert smerte når barnet ikke oppfører seg som om det har smerte. Videre sier sykepleiere at de tror at barna overrapporterer smerte. Dette er i motsetning til det ofte brukte definisjonen på smerte som lyder slik

” smerte er det personen som opplever den sier det er ”. Samtidig mener barna at de har vansker med å overbevise pleiepersonalet om at de har vondt.

Når barnet har vondt kan det komme i uttrykk på ulike måter. Barnet kan ligge helt stille og se på TV, det kan sovne av utmattelse på grunn av at det gjør vondt eller være aktiv og leke for å distrahere seg fra smerte. Dette kan medføre at barnet ikke sjeldent blir oppfattet som smertefri selv om det har sterke smerter. Derfor er det viktig å spørre barnet om det har vondt. Barnets tidligere opplevelser og håndtering av smerte kan ha betydning på hvordan det opplever nye smertetilfeller (Killingberg og Akselbo 2013).

Sykepleierens kompetanse er av stor betydning for å sikre at barn får adekvat smertelindring. Spesialkunnskaper om smerte hos barn er viktig for sykepleiere som skal jobbe innenfor pediatrien. Være oppdatert, kjenne ulike smerter hos barn og uttrykk for smerte i ulike alderstrinn, kjenne hvordan man anvender smertevurderingsvektøy i praksis og gi god smertebehandling er det som inngår i kunnskaper sykepleier som jobber med barn skal ha (Reinertsen 2008).

#### **4.6 Vurdering og lindring av barns smerte samt bruk av kartleggingsverktøy**

Barn i skolealder kan skjønne tall og mengder og anses å være kompetente nok til å vurdere sin egen smerte ut fra visuelle analoge skalaer (Reinertsen 2008; Killingberg og Akselbo 2013). I alder 7 til 11 år kan barnet gjøre rede for sitt smerte både som et fysisk fenomen og som psykisk ubehag i form av redsel, uro og angst. Dette er viktige opplysninger i vurdering av smerte hos barn. Sykepleier kan lindre barns smerte ved å anvende både medikamentelle og ikke-medikamentelle behandlingsmetoder. Ikke sjeldent blir smerte hos barn underbehandlet. Dette har sammenheng med holdninger sykepleiere har og mangelfull kunnskap (Grønseth og Markestad 2011).

Systematisk vurdering av smerte bør være en rutine. Særlig i avdelinger der smerte er høyt forventet. Systematisk vurdering av barns smerte innebærer observasjon av barnets atferd, ansiktuttrykk, samtale med foreldre, sykepleie observasjoner og ikke minst barnets egen beskrivelse. Det skal i tillegg vurderes smerteintensitet og lokalisasjon. Det har også blitt utarbeidet ulike smertekartleggingsverktøy som er tilpasset barns alders- og utviklingstrinn samt om barnet kan utrykke seg verbalt eller mangler språk. Visuell analog skala, ansiktsskala for smertevurdering og numerisk

smerteskala er skalaer som er pålitelige å bruke på barn fra 5 års alderen (Grønseth og Markestad 2011).

#### **4.7 Kommunikasjon med barn**

For at sykepleiere skal kunne støtte barnet og foreldre under sykehusoppholdet må de kunne kommunisere med barn, være positive og tilgjengelige når det er behov. Dette er også en forutsetning for en god gjennomføring av behandling på sykehuset. Det er viktig at sykepleiere har kunnskaper om barnets kognitive utvikling siden dette kan bidra til å øke barns følelse av kontroll over situasjonen. Kunnskapen om barns virkelighetsoppfatning gir mulighet for å oppfatte barnets verbale og ikke-verbale signaler riktig (Killingberg og Akselbo 2013).

#### **4.8 Foreldresamvær**

Barn har sterk avhengighetsforhold til sine omsorgspersoner (Grønseth og Markestad 2011). De fleste barna forteller først til foreldre om sin smerte og ubehag postoperativt for at de skal kunne frembringe det videre (Sng m.fl. 2013). Når barn legges inn i sykehus har de ofte med seg foreldre under hele eller deler av oppholdet (Tveiten 2012). Foreldre er uvurderlig ressurs under barns opphold på sykehuset. De bør være til stede da sykepleier gir viktig informasjon og gjenta det som ble sagt med andre ord som er mer forståelige for barnet. Foreldrene kan delta aktivt i å støtte barna under behandlingen ved å bruke humor og avledning eller lære avslapningsøvelser. Foreldrene hjelper også barnet med å bearbeide ulike sykehusopplevelser ved hjelp av lek eller andre aktiviteter. Det er viktig at sykepleier gir tilstrekkelig informasjon til foreldre slik at de skal bringe trygghet til barnet under sykehusoppholdet (Grønseth og Markestad 2011).

Sng m.fl. (2013) har i sin studie undersøkt hva barn ønsker foreldrene skal bidra med under barnas sykehusopphold. Det de ønsket at foreldrene skal gjøre for dem er å ta med ting som bøker, spill, telefoner for å distrahere dem fra smerte postoperativt. Barna ville også at foreldre skal være til stedet under hele sykehusoppholdet.



## 4.9 Lover, regler og etikk

Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon ble utviklet med tanke på å styrke barns rettigheter, ved blant annet sykehusinnleggelse. Med barn i dette forskriftet menes det personer under 18 år. Barn skal kun legges inn på sykehuset hvis det er behov for det og er best for barnet. Med lovverket vil barnets beste sikres gjennom foreldrenes samværsrett, utvidede besøkstider, dekning av transport og oppholdsutgifter. Barn har også rett til å bli aktivisert og undervist mens de oppholder seg på sykehuset. Det har i tillegg krav på å legges inn på egne barneavdelinger, og skal fortrinnsvis behandles av det samme personalet under hele oppholdet (Helse- og omsorgsdepartementet 2000).

Det at barnet har rett til å ha med seg foreldre, bli aktivisert og få undervisningstimer er også skrevet i Pasient- og brukerrettighetsloven. Loven sier i tillegg at barn under 18 år har rett til å bli tatt med på råd hvis barnets utviklings- og modningsnivå tillater dette. En forutsetning for dette er at pasienten har fått tilstrekkelig og tilpasset informasjon for å kunne medvirke i sin egen situasjon (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999).

Sykepleiere som arbeider med barn møter etiske utfordringer daglig. For å vite om man handler etisk riktig er det viktig med refleksjon og etisk vurdering. En måte å reflektere rundt etiske spørsmål på kan være prinsippetikken som består av fire prinsipper (Tveiten 2012).

Den første tar for seg autonomiprinsippet. Dette innebærer at pasienten har rett til å bestemme hva som er best for han så lenge han har fått tilpasset og tilstrekkelig informasjon. Autonomi som prinsipp betyr at barn har rett til å uttale seg og deres uttalelser blir tatt i betraktning under faglig vurdering av deres situasjon. Autonomi sett på som egenskap forutsetter at barnet er i stand til å handle i tråd med sine ønsker og planer. Autonomi som rettighet gir barnet rett til å uttale seg og bli hørt mens foreldre har rett til å ta avgjørelse. Når sykepleier skal forholde seg både til barn og foreldre, ta i betraktning og respektere ønsker fra begge sider, byr autonomiprinsippet på utfordringer (Tveiten 2012).

Det andre prinsippet er ikke-skade-prinsippet som innebærer at sykepleiervalger de metodene som utgjør minst mulig skade eller ubehag og skåner barnet for ubehagelig opplevelse (Tveiten 2012).

Det tredje prinsippet er velgjørenhetsprinsippet som innebærer å balansere nytte mot

risiko og handle til det beste for barnet (Tveiten 2012).

Det siste fjerde prinsippet er rettferdighetsprinsippet. Dette prinsippet gjelder lik fordeling av både risiko og nytte. Alle skal ha lik behandling, men det skal vurderes haste- og alvorlighetsgrad i hvert enkelt tilfelle (Tveiten 2012).

Disse fire prinsippene er nært knyttet med empowerment-tenkningen og de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere. Dette betyr at ved å reflektere over og bruke disse prinsippene i sykepleiepraksis vil både virke i forhold til etiske retningslinjer og bidra til å myndiggjøre pasienten (Tveiten 2012).

## **5.0 Problemstilling**

### **5.1 Innledning**

I denne delen skal problemstillingen drøftes og besvares med utgangspunkt i teorien og forskningsartiklene. Problemstillingen som skal besvares lyder slik ”*Hvilke intervensjoner kan sykepleier utføre for å smertelindre barn postoperativt?*”. For å lykkes i samarbeid med barn er det viktig med en tilpasset kommunikasjon som vil bidra til å etablere en god relasjon til barnet. Siden barn er nært knyttet til sine omsorgspersoner er det av stor betydning å ha de med under sykehusoppholdet. God relasjon med barnet og godt samarbeid med foreldre presenteres i denne oppgaven som to grunnleggende komponenter for en god og effektiv planlegging av sykepleieintervensjoner. Disse etterfølges videre av fem intervensjoner sykepleier kan utføre for å lindre barns smerte postoperativt.

### **5.2 Å skape en god relasjon til barnet**

I forhold til Trevelbee (1999) er kommunikasjon viktig for å skape en god relasjon til pasienten. Det gir mulighet for å bli bedre kjent med pasienten som videre vil være nyttig i planlegging av sykepleieintervensjoner. Mens sykepleier er i samtale, har hun mulighet til å observere pasienten hun snakker med for deretter å bruke observasjoner som grunnlag til neste møte.

Grønseth og Markestad (2011) skriver i sin bok ”*Pediatri og pediatrisk sykepleie*” at en god kommunikasjon legger opp til rette for mulighet å bli kjent med og skape en tillitsforhold til barn. Forutsetning for det er at sykepleier har kunnskaper om barns kognitive utvikling for å kunne tilpasse kommunikasjon og oppnå ønsket resultat (Killingberg og Akselbo 2013). Større barn misliker for eksempel å bli snakket til som små barn. Det er best å bruke et naturlig dagligdags språk i samtaler med barn. Man skal ikke forsøke å presse barnet til å snakke og heller respektere hvis det ikke vil delta i samtale (Grønseth og Markestad 2011).

Travelbee mener at for å lykkes i å bistå den syke til å mestre sykdom og lidelse som en erfaring, trenger sykepleieren å etablere en tillitsfull forhold der den syke blir forstått, kan stole på at i nødens stund vil det alltid være et kunnskapsfullt menneske til stede og han ikke føler seg alene (Travelbee 1999).

Å bygge opp et tillitsforhold til barna er en utfordrende og tidkrevende prosess, men dette er et viktig grunnlag for samarbeid mellom sykepleier og barn. Barn er ikke

sjeldent skeptiske til fremmede mennesker. De kan virke truende, særlig i situasjoner der barnet befinner seg i ukjente og nye omgivelser. Barn liker sykepleiere som smiler er snille, vennlige, rolige og avslappet. De liker når sykepleieren tilbringer tid med dem, bøyer seg slik at hun er på lik linje med barnet og får øyekontakt. Sykepleier bør unngå å se sint ut, være sjefete eller travel. Barn oppfatter fort hvis sykepleier ikke er helt til stedet under samtaler og blir selv fort uinteressert i å delta. Både den psykiske og den fysiske tilstedeværelsen er viktig for at sykepleiere skal lykkes med å oppnå barnas tillit (Grønseth og Markestad 2011).

I samtaler med barn bør barnet være hovedperson. Lytting, forståelse, akseptering, bekreftelse og toleranse er ting samtalen bør preges av. Det er viktig at helsepersonell møter barnet der det befinner seg, både på emosjonell og kognitiv plan, anerkjenner deres væremåte, tanker og følelser. Dette vil gi barnet opplevelse av at å bli respektert og integriteten ivaretas (Grønseth og Markestad 2011). Travelbee mener at hvert enkelt menneske er unikt og for å kunne se det må sykepleier gi fra seg sin rolle som sykepleier og se på pasienten som person. Dette fører til etablering av menneske-til-menneske-forhold og oppfyllelse av sykepleiens hensikt (Travelbee 1999).

Det finnes også forskjellige hjelpemidler som kan være til gode i samtale med barn. Dukker, hånddukker, teddybjørner og dyr kan brukes for å snakke gjennom. Sykepleieren kan spørre barn om å tegne ulike opplevelser fra sykehuset og be de om å forklare og fortelle hva de ulike elementene i tegningen betyr (Grønseth og Markestad 2011).

Barn er uatskillelige med lek. Gjennom lek kan barna gi slipp på følelsene sine, den er ikke mindre viktig for deres identitetsutvikling og utvikling generelt. Barns interesse for lek gjør det mulig for å bruke lek terapeutisk. Det vil si at sykepleiere kan bruke lek for å få innblikk i barns verden og virkelighet. Dette hjelper sykepleier å møte barnet på det nivået det befinner seg. Lek er like viktig for barnet som en samtale for voksne. Dette gir mulighet å bruke lek for å bli kjent med barnet eller som kommunikasjon (Grønseth og Markestad 2011).

Voksne kan føle seg klønete eller oppleve det vanskelig å snakke med barna på deres premisser. Sykepleiere kan noen ganger grue seg til å samtale med barn om alvorlige ting for å unngå belaste barnet unødige dermed bevisst eller ubevisst unngå å sette av tid til samtale. På denne måten hemmer sykepleieren barns mulighet til å uttrykke sine bekymringer og mulighet til å stille spørsmål de lurte på. Videre får barna begrenset mulighet til å medvirke i sin situasjon (Grønseth og Markestad 2011). Dette er i strid

med både lover som sier at barnet har rett til å bli tatt med på råd og få tilstrekkelig informasjon for å kunne medvirke i sin situasjon (Helse- og omsorgsdepartement 1999) og etikk med tanke på autonomiprinsippet (Tveiten 2012).

Kommunikasjon er veien for å bli kjent med personen og bygge opp en god relasjon. For å lykkes i kommunikasjon med barn skal sykepleier ha kunnskaper om barns kognitiv utvikling, være fysisk og psykisk til stede under samtalen og ha barnet som hovedperson. Ved å sette barnet i fokus under samtale, lytte til, akseptere og bekrefte det barnet sier, vil gi sykepleier mulighet til å bli bedre kjent med det som person og se det unike ved barnet. Det er viktig å skape en tillitsfull relasjon til barnet. Det gir mulighet for sykepleier å hjelpe den syke til å mestre sykdom og lidelse som en erfaring. Samtidig er det en tidkrevende og utfordrende prosess siden barn er ofte skeptiske til fremmede personer. Så lenge sykepleier er snill, vennlig og avslappet er hun slik barnet liker at hun skal være. Det finnes ulike hjelpemidler for å bli kjent med barnet som for eksempel tegninger eller lek. Ved å bruke lek terapeutisk kan sykepleier bli kjent med verden og virkeligheten barnet lever i. Å samtale med barnet om alvorlige ting kan virke vanskelig for sykepleiere noe som gjør at de unngår å sette av tid for det. Dette er uheldig siden barnet får ikke mulighet til å sette seg godt inn i sin situasjon, stille spørsmål og medvirke noe som er også i strid med lover og etikk.

### **5.3 Samarbeid med foreldre samt deres rolle i smertelindring til barn**

Både barn og helsepersonell setter stor pris på at foreldre er med under sykehusoppholdet. De kjenner barnet sitt best og kan tolke reaksjoner og signaler det sender ut samt er viktige samarbeidspartnere i samtaler med barn. De vet sine barns vaner og uttrykk i ulike situasjoner. I samarbeid med helsepersonell kan foreldre avklare hvilke oppgaver de kan utføre for barnet sitt. Oftest går disse på det praktiske som stell av barnet. Foreldre er ikke mindre viktige når det kommer til vurdering av barns smerte. De kjenner sine barns reaksjoner på smerte og er flinke til å oppdage atferdsforandringer eller tolke verbale utsagn som indikerer smerte (Grønseth og Markestad 2011).

Barn ønsker å ha foreldrene sine til seted når de opplever smerte. Det hjelper barna å mestre smerte mer effektivt (Reinertsen 2008). I en studie av Sng m.fl. (2013) har forskerne spurt barna om foreldrenes rolle under den postoperative perioden i forhold

til å redusere smerte. Barna fortalte at foreldre var de som oftest spurte dem om hvordan de hadde det og om de hadde vondt. Foreldre prøvde å distrahere barna fra å tenke på smerte ved å foreslå se på tv eller lese, ga forberedende informasjon og prøvde å innstille barn positivt. De rådet barna å unngå å fokusere seg på smerte og i stede tenke på noe fint. For å redusere smerte og gjøre det godt for barnet pleide noen foreldre å massere eller hjelpe med å skifte posisjon til en mer behagelig stilling. Noen foreldre strøk barna sine nær deres kirurgiske sår. Foreldre ga emosjonell støtte i form av betryggelse, tilstedeværelse og empati. Barn ga uttrykk at de følte seg mer glade med foreldre til stede. Berøring i form av å holde i hånd, stryke på kroppen og gi klem ble oppfattet av barna som at foreldre tar vare på dem. Foreldre hjalp mye med å utføre daglige aktiviteter som å gå på do, spise og pleide å informere helsepersonell når barn ga uttrykk for smerte. I alt opplever barn at foreldre spiller en viktig rolle under deres postoperative perioden. Til og med har barn rett til å ha foreldre med seg under hele sykehusoppholdet mens foreldre har rett til dekning av transport og oppholdsutgifter (Helse- og omsorgsdepartementet, 2000).

Å ha foreldre på sykehus kan også være en belastende og tidkrevende prosess. Sykepleier må da forholde seg både til barn og foreldre. Ofte er foreldre stresset på grunn av at barnet deres ble innlagt på sykehus. Stress kan overføres til barnet noe som er ugunstig under sykehusoppholdet (Grønseth og Markestad 2011). Foreldre kan også være bekymret når barna deres skal få opioider med tanke på tilvenning (Twycross og Finley 2013). For å kunne formidle trygghet til barnet sitt trenger foreldre selv å føle seg trygge. Dette medfører et ansvar for sykepleiere å ivareta foreldre, deres velvære, gi god og tilstrekkelig informasjon (Grønseth og Markestad 2011). I tillegg kan tilstedeværelse av foreldre komplisere ivaretagelse av barns autonomi. Barn har rett til å uttale seg, men foreldre har rett til å bestemme. I dette tilfellet er det viktig at sykepleier blir kjent med foreldre og forsikrer seg at de handler til beste for barnet. Siden sykehusopphold skal være så kort som mulig, vil mulighet for å bli godt kjent, være en utfordring (Tveiten 2012). Av og til kan foreldre være et hinder for sykepleie i å bygge opp en tillitsforhold til barn ved å si at hvis ikke de hører på kommer sykepleier til å gjøre noe ubehagelig (Grønseth og Markestad 2011). Barn vil og har rett til å ha med seg foreldre under hele sykehusoppholdet. Barn mener at foreldre hjelper mye i den postoperative fasen. De spør barna ofte om de har vondt, distraherer dem eller forteller at de ikke skal konsentrere seg på smerte. De stryker barna nær deres kirurgiske sår eller holder i hånd. Flere barn rapporterer

smerte først til foreldre for at disse skal informere helsepersonell. Trygge og ikke stressede foreldre overfører det samme til barnet. Dette medfører ansvar til sykepleier som går ut på å ivareta foreldre, gi tilstrekkelig informasjon og sørge for deres velvære. Helsepersonell setter også pris på å ha foreldre på sykehuset. Foreldre kjenner barnet sitt best og kan derfor bidra med å melde fra om forandringer i barnets atferd, bidra under smertevurdering og i samtaler med barn.

## **5.4 Å redusere angst**

Studie utført av Chieng m.fl. (2013) ved bruk av litteratursøk som metode, fant ut at barns preoperativ og postoperativ angst har innvirkning på postoperativ smerte. Med dette menes at jo høyere nivå av angst barnet har desto mer smerte vil det oppleve postoperativt. Travelbee (1999) sier i sin teori at et av de to grunnleggende behovene for mennesker som skal gjennom et kirurgisk inngrep er å få tilstrekkelig informasjon om hva som skal skje. Dette vil bidra til reduksjon av angst. Finrud (2011) skriver at et kirurgisk inngrep fører til stress og engstelse hos barn. Dette kan resultere i flere uheldige konsekvenser før og etter operasjonen, som bl.a. økt smerte. Å gi barnet og foreldre tilstrekkelig og tilpasset informasjon vil bidra til å redusere engstelsen. Dette kan videre bidra til følelse av å ha kontroll over situasjonen, skape forutsigbarhet og trygghet. Barn fra 6 eller 7 års alderen har ofte behov for mer detaljert informasjon om hva som skal skje med dem. De kan til og med stille spørsmål om hvilke legemidler de vil få og om forløpet til selve operasjonen. Barn med negativ opplevelse fra sykehuset tidligere kan bli mer engstelige av å få mange detaljer, mens de som har tidligere vært på sykehuset og ikke opplevd negative ting kan ha behov for mer avansert informasjon. Dette stiller krav til sykepleier om å kunne vurdere situasjonen og tilpasse informasjonen ut fra behov til hver enkel (Finrud 2011). Med dette kan det konkluderes at den første intervensjonen sykepleier kan utføre for å bidra til bedre smertelindring postoperativt er å redusere angst ved å gi tilpasset og tilstrekkelig informasjon preoperativt. Altså det er flere kilder som støtter hverandre og sier at angst har stor innvirkning på smertenivå etter operasjonen. Videre står det i hver av kildene at tilstrekkelig og tilpasset informasjon gitt av sykepleier vil bidra til å redusere engstelsen og flere uheldige komplikasjoner etter operasjonen der en av de er økt smerte.

## 5.5 Smertevurdering

Barn kan by på utfordringer når det kommer til smertevurdering. De har egne strategier på å distrahere seg fra smerte. De kan bruke ulike aktiviteter eller velge å ligge i ro. Noen sovner av utmattelse på grunn av smerte (Killingberg og Akselbo 2013). Andre velger bare å ikke si at de har smerte for å unngå injeksjoner eller stikkpiller (Reinertsen 2008). Sykepleiere har i en studie fortalt at når barn rapporterer smerte, men oppfører seg ikke på en måte som viser at de er smertepåvirket, gjør det vanskelig for sykepleiere å tro at barnet har vondt. Dette kan også være grunn til at barn opplever vanskeligheter med å overbevise helsepersonell om at de har vondt (Twycross og Finley 2013b).

Piaget har i sin utviklingsteori skrevet at barn fra 7 til 11 år begynner å tenke mer logisk, fleksibelt og annerledes organisert. Han mener at deres tankemåte blir mer lik vokses. Det viktigste barnet utvikler i dette stadiet er å konservere, det betyr huske ting slik de er selv om de har forandret utseende. Barn klarer noen romlige forhold og er mer flinke til å kategorisere (Askland og Sataøen 2013).

Grønseth og Markestad (2010) mener at barn i alderen 7 til 11 år kan beskrive sin smerte både som et fysisk og psykisk ubehag. Disse opplysningene burde tas i betraktning når sykepleier skal vurdere smerte hos barn. Vurdering skal være systematisk noe som innebærer observasjon av barnets atferd, ansiktsuttrykk, samtale med foreldre, sykepleie observasjoner og ikke minst barnets egen beskrivelse.

Smerteintensitet og lokalisasjon skal også tas med. Det finnes flere hjelpemidler for vurdering av barns smerte som er tilpasset alders- og utviklingsnivå.

Barn i skole alder kan mengder og tall i større grad og kan derfor bruke smertevurderingsvektøy som Visuell Analog Skala (VAS), Bieris ansiktsskala for smertevurdering og Numerisk smerteskala (NRS). VAS har forside med ansikter som viser forskjellig uttrykk. Tallene på baksiden gir skåre fra 0 til 10. 0 betyr ingen smerte, 1-3 betyr mildt ubehag, 4-6 er moderat ubehag eller smerte, 7-10 samsvarer med sterk ubehag eller smerte. Ved bruk av denne skala vil verdier som er høyere enn fire tyde på behov for smertestillende medikamenter. Bieris ansiktsskala for smertevurdering består av 6 ansikter med forskjellig uttrykk som indikerer økende grad av smerte. Den har skåre fra 0 til 6. Ved bruk av denne skala vil smerte som er høyere enn to eller tre trenge smertestillende. NRS består av tall fra 0 til 10 der 0 er



ingen smerte og 10 er versttenkelig smerte. Smerte som skårer tre eller høyere trenger medikamentell lindring (Grønseth og Markestad 2011).

Barn kan også introduseres til kroppskart hvor de kan skravere området der de har vondt og kan til og med bruke ulike farger for å skille mellom smerteintensiteten. Dette kan gi pasienten bedre innsikt og forståelse for sin smerte (Torvik m.fl. 2008).

Smerteskjemaer bidrar effektivt til bedre smertelindring og har blitt benyttet oftere i barneavdelinger, men det må fortsatt arbeides med at det blir til en fast rutine (Grønseth og Markestad 2011). Noen sykepleiere anvender smerteskalaer, men ikke alltid bruker resultatet effektivt under vurdering av smertelindringsbehov (Twycross og Finley 2013a).

Systematisk vurdering av smerte og bruk av kartleggingsverktøy er den neste intervensjonen sykepleier kan utføre for å sikre en effektiv postoperativ smertelindring til barn. Dette innebærer at sykepleier har kunnskap om barnas uttrykk for smerte som ofte kan avvike fra deres atferdsmåte samt kunnskap om hvilke kartleggingsverktøy som passer best å bruke i ulike alders- og utviklingskategorier. Barn fra 7 år er modne nok til å kunne beskrive sin smerte og gi et smerteskåre nøyaktig. Derfor skal sykepleier ikke tvile på når de rapporterer smerte og ta det på alvor under vurdering av smertelindringsbehov.

## **5.6 Å forhandle et mål for smertelindring**

Barn har signalisert at de ønsker sykepleiere til å diskutere smertebehandling med dem oftere; å sette et smertelindringsmål kan bidra til å legge til rette for dette. Det kan også bidra til å lette kommunikasjonen mellom barn og sykepleiere om hvordan smerte skal behandles så effektivt som mulig. Dette kan også gi en mulighet til å øke barns kunnskap og forståelse om deres smerte og smertebehandling samt bidra til at barns rapportering av smerte blir tatt på alvor (Twycross og Finley 2013a; Twycross og Finley 2013b). Å ta barnet med på beslutninger står forankret i lov om bruker- og pasientrettigheter. Så lenge barnet har fått tilpasset og tilstrekkelig informasjon om sin egen situasjon, skal barnet tas med på råd om deres egen situasjon hvis utviklings- og modningsnivå tillater dette (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999). På denne måten ivaretas også barns autonomi som innebærer at barnet har rett til å uttale seg og bli hørt, men foreldre har rett til å bestemme. Derfor bør sykepleier forsikre seg at de handler til det beste for barnet (Tveiten 2012).

Den siste intervensjonen som denne oppgaven tar for seg vil være å forhandle med barna om et mål for smertelindring. Dette vil føre til en mer effektiv smertebehandling og gi barnet mulighet til å bli kjent med sin smerte, ulike behandlingsmuligheter og mulighet til å medvirke i si situasjon. Samtidig skal sykepleier være flinkere til å ta barns rapportering om smerte mer alvorlig.

## **5.7 Medikamentell smertelindring**

Ulike operasjoner vil alltid medføre én eller annen form for vevskade og med dette utløse nociseptiv smerte. Denne smertetypen kan lett forebygges med administrering av vanlig analgetikum (Nordeng og Spigset 2013). Det er kun legen som har rett til å forordne reseptbelagte legemidler mens sykepleier er den som administrerer legemidlene og har en viktig funksjon i smertebehandling og stort ansvar for å lindre pasientens smerte (Berntzen m.fl. 2010; Helse- og omsorgsdepartementet 1999). Til tross for det hevder flere studier at smerte hos barn blir ofte betydelig underbehandlet (Twycross og Finley 2013a; Twycross og Finley 2013b; Twycross 2010; Sng m.fl. 2013; Hovde m.fl. 2011). Dette har sammenheng med sykepleieholdninger og kunnskaper. Det eksisterer et gap mellom sykepleiekunnskap og handling i praksis. Mange sykepleiere frykter å gi høyest forordnet dose opioide legemidler til barn selv om de opplever moderat smerte. Grunnen til dette er engstelse for mulig respirasjonsdepresjon, overmedisinering og tilvenning. Til tross for at sykepleiere mener barn ikke skal oppmurtes til å tåle smerte, hindrer manglende kunnskap om enkelte medikamenter og ikke-farmakologiske behandlingsmuligheter i å gi tilfredsstillende smertelindring til barn. Mange sykepleiere undervurderer smerte pasienten uttrykker siden de mener at pasienten ofte har mindre smerte enn det den gir uttrykk for (Hovde m.fl. 2011). Dette strider i mot med den ofte brukte smerte definisjonen som sier at ”smerte er det personen sier det er...” (McCaffery og Beebe gjengitt fra Stubhaug og Ljoså 2008:25). Travelbee (1999) sier i sin teori at smerte er en unik opplevelse til hver enkel. Derfor burde sykepleier ta hensyn til når personen rapporterer smerte, ta dette på alvor og forsøke å finne måter å hjelpe til. Barn har uttrykt at de opplever vanskeligheter med å overbevise helsepersonell om at de har vondt (Twycross og Finley 2013a). Dette kan også ha sammenheng med sykepleieholdninger til og erfaringer med smerte. Hvis sykepleiere mente at noe smerte er å forvente etter gjennomgått kirurgisk inngrep, ble det tilsvarende lite

prioritert å lindre den. Det er flere sykepleiere som har utdatert kunnskap om smerte og ikke setter smertebehandling på prioritet noe som fører til en ikke-optimal praksis (Twycross 2010). Etter hvert kan helsepersonell som ser mye smerte bli mindre følsomme for personer som har vondt og distansere seg fra dem. Dette viser viktigheten av å reflektere over og diskutere egne holdninger for å kunne gi god smertelindring til barn (Grønseth og Markestad 2011). Sykepleiere som selv har erfart smerte eller har barn selv, er flinkere til å gi fort smertestillende til barn når de har vondt. Hvis sykepleier har fulgt et barn over tid har det innvirkning på smertevurdering (Reinertsen 2008). Noen ganger kan holdninger på arbeidsplassen begrense god sykepleieutøvelse i forhold til smerte. Det trengs mer interesse og engasjement fra helsepersonell for å skape forandringer, men samtidig opplever sykepleiere at de får ofte lite støtte fra ledelsen, leger og annet helsepersonell for å kunne endre praksis (Reinertsen 2008; Twycross 2010). Twycross (2010) foreslår også i sin studie at arbeidsplassen burde gå gjennom dagens rutiner og praksis i forhold til smertelindring og erstatte eller utfylle disse med de nyeste retningslinjene og utarbeide en handlingsplan.

Smertelindring kan fort bli til en valg sykepleier tar. Hun har ansvar for å vurdere pasientens smerte og gi tilstrekkelig mengde analgetika. Dette står til og med forankret i lov om helsepersonell der helsepersonell har krav om faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp i sitt arbeid (Helse- og omsorgsdepartementet 1999). På denne måten kan sykepleier være den som enten fremmer en god smertelindring eller er en barriere som hindrer i det og med dette belaster barnet med unødig ubehag og lidelse som konsekvens (Hovde m.fl. 2011).

Å gi barnet smertestillende vil være den viktigste sykepleieintervensjonen for å redusere barns smerte postoperativt. Siden operasjon medfører en nociseptiv smerte vil den lett forebygges med administrering av analgetika. Til tross for det er smerte hos barn ofte underbehandlet. Grunnen til dette er uheldige holdninger sykepleier har til smerte samt manglende kunnskap om smertelindring og ulike legemidler. Derfor er det viktig at sykepleier har gode og oppdaterte kunnskap samt er bevisst og reflekterer over sine holdninger.

## 5.8 Ikke-medikamentell smertelindring

I en studie utført av Sng m.fl. (2013) mente barna at sykepleierens viktigste oppgave var å administrere smertestillende. Dette er ikke rart siden sykepleiere selv relaterer ofte smertelindring til administrering av smertestillende medikamenter og glemmer at det finnes flere måter å forebygge smerte på. De ikke-medikamentelle smertebehandlingsmetodene er kategorisert i kognitive og fysiske behandlingsmetoder, emosjonell støtte, hjelp med daglige aktiviteter og tilrettelegging av miljø. Distraksjon, avslapningsøvelser og pusteteknikker inngår i de kognitive behandlingsmetodene. Med fysiske behandlingsmetoder menes det endring av ligge- eller sittestilling og massasje. Emosjonell støtte går ut på berøring, beroligelse og positiv innstilling av barn (He m.fl. 2011). Barn bruker noen av disse metodene selv for å lindre sin smerte (Sng m.fl. 2013).

151 sykepleier ble spurt om hvilke av de ikke-medikamentelle metodene bruker de mest til daglig for å redusere barns smerte. Alltid eller nesten alltid ble avslapningsøvelser brukt av 119 sykepleiere, 118 brukte pusteteknikker og 100 distraksjon. Stillingsendringer ble brukt av 82 sykepleiere. 106 sykepleiere mente de alltid eller nesten alltid beroliget barna og 98 mente at det alltid eller nesten alltid brukte berøring som en måte å bidra til smertelindring. 110 sykepleiere hjalp alltid eller nesten alltid med daglige aktiviteter til barn som bading og vask av kroppen. 102 sykepleiere pleide alltid eller nesten alltid tilstrebet å skape en behagelig miljø etter operasjonen som å redusere støy, regulere temperatur og belysning på rommet (He m.fl. 2011).

Studien fant også ut at arbeidserfaring hadde noe å si om hvor effektivt sykepleiere brukte ikke-medikamentelle behandlingsmåter. Sykepleiere som selv har barn og som har vært på sykehuset med sitt barn er flinkere til å anvende ulike ikke-medikamentelle behandlingsmetoder enn sykepleiere som ikke har barn (He m.fl. 2011).

En studie av Sng m.fl. (2013) undersøkte barnas observasjoner på hva sykepleiere gjorde for å smertelindre dem. Ut i fra de kognitive smertelindringsmetodene mente barna at sykepleiere brukte distraksjon mest der de pratet med barn og lot dem se på TV. Sykepleiere ga positive forsterkninger, lærte pusteteknikker, forsøkte å oppmuntre og rose barna. Emosjonell støtte ble brukt i form av beroligelse og berøring. Noen barn fortalte at sykepleiere oppmuntret de til å slappe av og roe seg

ned og ikke tenke på smerte. Barn i studien opplevde å ha fått nok hjelp av sykepleiere med deres daglige gjøremål. Sykepleiere hjalp med spising, drikking, pussing av tenner og bruk av doen. Det barna foreslo sykepleiere kunne forbedre smertelindring med var å tillate barna gå til lekerom for å distrahere seg fra smerte og være mer oppmerksomme på stillingsendringer både under sykepleieprosedyrer og generelt.

Det kan også være flere grunner på hvorfor sykepleiere ikke bruker de ikke-medikamentelle behandlingsmetodene effektivt. Høy arbeidsbelastning, mangelfull kunnskap og lite støtte på arbeidsplassen gir begrensninger for sykepleiere å ta effektivt i bruk de ikke-farmakologiske behandlingsmetodene effektivt (Sng m.fl. 2013). Ofte så sykepleiere for seg at foreldrene skal ta seg av de ikke-medikamentelle smertelindringsmetodene som for eksempel å tilrettelegge et godt miljø og en behagelig liggestilling til barnet (Twycross 2010).

Den fjerde sykepleieintervensjonen i denne oppgaven vil være å anvende ikke-medikamentelle behandlingsmetoder for å lindre barns smerte postoperativt. Ikke-medikamentell smertelindring innebærer distraksjon, avslapningsøvelser, pusteteknikker, stillingsendring, massasje, positiv forsterkning, beroligelse og berøring samt hjelp til daglige gjøremål og tilrettelegging av miljøet. Barn bruker noen av disse metodene selv. Dette gir mulighet får sykepleier å veilede og forsterke barnet i det. Sykepleiere selv sier at de er flinke til å anvende ikke-medikamentellemetoder. Men det ble også funnet ut at ofte disse ble sett på som foreldrenes oppgave. Høy arbeidsbelastning, lite støtte på arbeidsplass og ikke minst manglende kunnskap er faktorer som påvirker god utøvelse av ikke-medikamentell smertelindring.

## 6.0 Konklusjon

For at samarbeidet med barn lykkes skal sykepleier tilstrebe å skape en god, tillitsfull relasjon og etablere et menneske-til-menneske-forhold. Dette forutsetter bruk av kommunikasjon som er tilpasset barnets utviklingsnivå og foregår på barnets premisser. I samtaler bør sykepleier fremstå interessert og være til stede både fysisk og psykisk. Bruk av lek terapeutisk kan hjelpe sykepleier å få innblikk i barnas verden og virkelighet. Barn setter stor pris på å ha foreldre med på sykehuset. De rapporterer oftest smerte først til foreldre for at disse skal melde det videre. Foreldre kjenner barnet sitt best og kan være viktige samarbeidspartnere når sykepleier skal samtale med eller vurdere smerte hos barn. For å nyte samarbeid best har sykepleier ansvar for å ivareta foreldre, deres velvære og gi tilstrekkelig informasjon.

Oppgaven konkluderer videre med fem intervensjoner sykepleier kan utføre for å smertelindre barn postoperativt. Det første sykepleier møter er angst hos barnet. Angst har sammenheng med økt postoperativ smerte. Dette medfører behov for å redusere angst for samtidig å redusere smerte. Angst kan reduseres ved hjelp av en tilpasset og tilstrekkelig informasjon før et kirurgisk inngrep. Vurdering av smerte er en viktig sykepleieintervensjon for å finne ut hvor mye smerte barnet har og gi tilstrekkelig smertelindring. Siden barn fra 7 årsalderen anses kompetente nok til å bruke flere smerteskalaer og kan beskrive sin smerte både som fysisk og psykisk fenomen, kan sykepleier bruke kartleggingsverktøy på barn og ta deres rapportering av smerte på alvor for å få en optimal og effektiv smertevurdering. Sykepleieintervensjon som går ut på å forhandle et smertelindringsmål vil bedre kommunikasjon mellom sykepleier og barn samt gi barnet mulighet til å medvirke i sin situasjon. Den viktigste intervensjonen for å smertelindre barna postoperativt vil være å gi smertelindrende legemidler så fort barn gir uttrykk for smerte. Dette innebærer at sykepleier har gode kunnskap og er reflektert over sine holdninger. For å supplere medikamentell smertelindring bør sykepleier i tillegg anvende de ikke-medikamentelle behandlingsmetodene. Barn bruker noen av disse metodene selv. Dette gir mulighet for sykepleier å veilede og forsterke barnet i det. Det vises også at manglende kunnskap, høy arbeidsbelastning, lite erfaring og støtte fra arbeidsplassen kan hindre god utøvelse av disse.

## Litteraturliste

Askland, L. og Sataøen, S. O. (2013). Å forstå omverdenen. I: L. Askland og S. O. Sataøen. *Utviklingspsykologiske perspektiv på barns oppvekst*. 3. utgave, 1. opplag. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Berntzen, H., Danielsen, A. og Almås, H. (2010). Sykepleie ved smerter. I: Almås, H., Stubberud, D-G. og Grønset, R. (2010). *Klinisk sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Chieng, Y. S., Chan, W. S., Klainin-Yobas, P., & He, H. (2013). 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 13p. doi:10.1111/jan.12205. Hentet 29. januar 2016 fra CINAHL.

Finrud, I. A. (2011). Pre- og postoperativ sykepleie til barn og ungdom. I: R. Grønseth og T. Markestad. *Pediatri og pediatrik sykepleie*. 3. utgave. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.

Grønseth, R. og Markestad, T. (2011). *Pediatri og pediatrik sykepleie*. 3. utgave. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.

He, H., Lee, T., Jahja, R., Sinnappan, R., Vehviläinen-Julkunen, K., Pölkki, T., & Ang, E. (2010). The use of nonpharmacological methods for children's postoperative pain relief: Singapore nurses' perspectives. *Journal For Specialists In Pediatric Nursing*, 16(1), 27-38 12p. doi:10.1111/j.1744-6155.2010.00268.x. Hentet 29. januar 2016 fra CINAHL.

Helse- og omsorgsdepartementet (2000). *Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon* av 1. des. 2000 nr. 1217. Hentet 25. februar fra: [https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1217#KAPITTEL\\_1](https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1217#KAPITTEL_1)

Helse- og omsorgsdepartementet (1999). *Lov om helsepersonell* av 2. juli 1999 nr. 64. Hentet 9. mars fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Helse- og omsorgsdepartementet (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* av 2. juli 1999 nr. 63. Hentet 25. februar fra: [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasrl#KAPITTEL\\_1](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasrl#KAPITTEL_1)

Hovde, K. R., Granheim, T. H., Christophersen, K. A. og Dhile, A. (2011). Norske sykepleieres kunnskap om og holdning til smerter hos barn. *Sykepleien Forskning* 2011 6 (4):332-339. doi:10.4220/sykepleienf.2011.0191. Hentet 13. februar fra SveMed+.

Hundeide, K. og Gulbrandsen, L. M. (2006). Jean Piaget: en konstruktivistisk teori om barnets utvikling. I: L. M. Gulbrandsen (red.). *Oppvekst og psykologisk utvikling*. 5. opplag. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Killingberg, H. og Akselbo, I. (2013). Hvordan samtale med barn? I: K. Johansen og H. O. Engvold (red.). *Klinisk kommunikasjon i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.

Kristoffersen, N. J. (2012). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I: N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt og E-A. Skaug. *Grunnleggende sykepleie*. Bind 1. 2. utgave. 2. opplag. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Nordeng, H og Spigset, O (red.) (2013). *Legemidler og bruken av dem*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Reinertsen, H. (2008). Smerte hos barn. I: A. Rustøen og A. K. Wahl (red.). *Ulike tekster om smerte. Fra nocisepsjon til livskvalitet*. 1. utgave, 1. opplag. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Sng, Q. W., Taylor, B., Liam, J. L., Klainin-Yobas, P., Wang, W., & He, H. (2013). Postoperative pain management experiences among school-aged children: a qualitative study. *Journal Of Clinical Nursing*, 22(7/8), 958-968. doi:10.1111/jocn.12052. Hentet 29. januar 2016 fra CINAHL



Stubhaug A. og Ljoså, T. M. (2008). Hva er smerte? I: A. Rustøen og A. K. Wahl (red.). *Ulike tekster om smerte. Fra nocisepsjon til livskvalitet*. 1. utgave, 1. opplag. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Thidemann, I. J. (2015). Valg av metode. I: I. J. Thidemann. *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter. Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.

Torvik, K., Skauge, M., Rustøen, T. (2008). Smertekartlegging. I: A. Rustøen og A. K. Wahl (red.). *Ulike tekster om smerte. Fra nocisepsjon til livskvalitet*. 1. utgave, 1. opplag. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Travelbee, J. (1999). Mellommenneskelige forhold i sykepleie. 1. utgave, 7. opplag. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Tveiten, S. (2012). Hva er spesielt med sykepleie til barn og familiesentrert sykepleie? I: S. Tveiten, A. Wennick og H. F. Steen. *Sykepleie til barn. Familiesentrert sykepleie*. 1. utgave, 1. opplag. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Tveiten, S. (2012). Etisk perspektiv på sykepleie til barn. I: S. Tveiten, A. Wennick og H. F. Steen. *Sykepleie til barn. Familiesentrert sykepleie*. 1. utgave, 1. opplag. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Twycross, A. (2010). Managing pain in children: where to from here?. *Journal Of Clinical Nursing*, 19(15/16), 2090-2099 10p. doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03271.x Hentet 29. januar 2016 fra CINAHL.

Twycross, A., & Finley, G. A. (2013a). Children's and parents' perceptions of postoperative pain management: a mixed methods study. *Journal Of Clinical Nursing*, 22(21/22), 3095-3108 14p. doi:10.1111/jocn.12152. Hentet 29. januar 2016 fra CINAHL.

Twycross, A., & Finley, G. A. (2013b). Nurses' aims when managing pediatric postoperative pain: Is what they say the same as what they do?. *Journal For Specialists In Pediatric Nursing, 19*(1), 17-27 11p. doi:10.1111/jspn.12029

## Vedlegg 1 Søkeloggen

Dato for søk	Database	Søkeord med kombinasjonsord	Avgrensninger	Antall treff	Antall leste abstract	Antall utvalgte artikler
10.01. 2016	CINAHL	Children <b>and</b> pain* <b>and</b> postoperative	Peer reviewd Research article Full text Abstract available References available 2005-2015	672	13	3
29.01. 2016	SweMed +	Barn smerte*	Peer reviewd Les online	49	2	1
29.01. 2016	SweMed +	Barn smerte* opplevelse	Peer reviewd Les online	0	0	0
29.01. 2016	CINAHL	Children* <b>and</b> pain* <b>and</b> perception	Peer reviewd Research article Full text Abstract available References available 2005-2015	4929	3	1
29.01. 2016	CINAHL	Children* <b>and</b> pain* <b>and</b> experience	Peer reviewd Research article	5654	5	1

			Full text Abstract available References available 2005-2015			
29.01. 2016	CINAHL	Posoperative pain* <b>and nurse and</b> children <b>not</b> parents*	Peer reviewd Research article Full text Abstract available References available 2005-2015	152	3	1
01.02. 2016	PubMed	Children <b>and</b> reassurance <b>and</b> pain	Full text 5 years ago	31	1	0
01.02. 2016	Medline via Helsebib lioteket	Children <b>and</b> reassurance <b>and</b> pain <b>and</b> posoperative	Abstract Full text Research 2008-2016	0	0	0

## Vedlegg 2 Artikkelmatrise

<b>Nr.1</b>	<p><b>Forfattere</b></p> <p><b>År</b></p> <p><b>Land</b></p> <p><b>Tidsskrift</b></p> <p><b>Tittel</b></p> <p><b>Litteraturliste</b></p> <p><b>Hensikt</b></p> <p><b>Metode</b></p>	<p><b>Chieng, Ying Jia Shermin; Chan, Wai Chi Sally; Klainin-Yobas, Piyanee; He, Hong-Gu</b></p> <p>2013</p> <p><b>Storbritannia</b></p> <p>Journal of Advanced Nursing</p> <p><b>Perioperative anxiety and postoperative pain in children and adolescents undergoing elective surgical procedures: a quantitative systematic review.</b></p> <p>Chieng, Y. S., Chan, W. S., Klainin-Yobas, P., &amp; He, H. (2013). Perioperative anxiety and postoperative pain in children and adolescents undergoing elective surgical procedures: a quantitative systematic review. <i>Journal Of Advanced Nursing</i>, 70(2), 243-255 13p. doi:10.1111/jan.12205</p> <p><b>Å undersøke sammenhengen mellom pre-operativ angst og postoperativ smerte hos barn og ungdom som gjennomgår elektiv kirurgi og forskjellene i barnas pre-operativ angst og postoperativ smerte blant undergrupper av demografi.</b></p> <p>Det ble benyttet en litteraturstudie hvor det ble søkt etter litteratur i 9 ulike databaser ved hjelp av ulike søkeordkombinasjoner. Disse var "ungdom", "angst", "barn", "smerte", "kirurgi" og "korrelasjon/forhold". Studiene ble videre utvalg ved hjelp av en spesiell strategi som heter Meta Analysis</p>
-------------	---	--

	<p><b>Deltakere</b></p> <p><b>Hovedfunn</b></p> <p><b>Kommentar/relevans</b></p>	<p>of Statistics Assessment and Review Instrument fra Joanna Briggs Instituttet.</p> <p><b>Deltakerne var barn og ungdom i alderen 5-18 år som skulle til planlagte operasjoner.</b></p> <p>Denne studien viser en positiv sammenheng mellom pre-operativ angst og postoperativ smerte hos barn og unge. Resultatene gir ytterligere et viktig bevis for forbedring av pre-operativ praksis i den pediatrike kirurgiske praksisen. Denne gjennomgangen viser også behovet for å iverksette tiltak for å redusere pre-operativ angst og derfor optimalisere postoperativ smertebehandling for barn og unge.</p> <p><b>Denne artikkelen studerer hvordan pre-operativ angst virker negativt inn på postoperativ smerte. Siden jeg valgte å fokusere på sykepleieintervensjoner for å smertelindre barna postoperativt kan denne studien være underbyggende for at angstreduksjon er en viktig sykepleieintervensjon for å redusere smerte.</b></p>
<p><b>Nr.2</b></p>	<p><b>Forfattere</b></p> <p><b>År</b></p> <p><b>Land</b></p> <p><b>Tidsskrift</b></p> <p><b>Tittel</b></p>	<p><b>Alison Twycross og Allen G. Finley</b></p> <p>2013</p> <p>Storbritannia</p> <p>Journal for Specialists in Pediatric Nursing</p> <p><b>Nurses' aims when managing pediatric postoperative pain: Is what they say the same as what they do?</b></p>

	<p><b>Litteraturliste</b></p> <p><b>Hensikt</b></p> <p><b>Metode</b></p> <p><b>Deltakere</b></p> <p><b>Hovedfunn</b></p> <p><b>Kommentar/relevans</b></p>	<p>Twycross, A., &amp; Finley, G. A. (2013). Nurses' aims when managing pediatric postoperative pain: Is what they say the same as what they do?. <i>Journal For Specialists In Pediatric Nursing, 19(1)</i>, 17-27 11p. doi:10.1111/jspn.12029</p> <p><b>Hensikten med denne studien var å undersøke sykepleiernes mål for lindring av postoperativ smerte hos barn og om de innrapporterte målene gjenspeiler den faktiske praksisen.</b></p> <p>Sykepleiere ble først spurt om hva er deres overordnede mål når det angår smertelindring hos barn postoperativt. Deretter ble sykepleiere observert i sin praksis om det de gjorde samsvarte med de målene de har satt for seg tidligere.</p> <p><b>Sykepleiere som hadde ansvar for pleie av postoperative barn. I alt 19 sykepleiere.</b></p> <p>Hovedfunnet ved denne studien var at mer enn halvparten av sykepleiere satte som mål at barna føler seg komfortable og ikke uttrykker noe tegn til smerte, målet til resten av sykepleiere var skår på 2 til 3 eller mindre enn 5 på smerteskala. Kun litt over halvparten av sykepleiere utførte praksisen slik at den tjente for å oppnå det satte målet.</p> <p><b>I denne studien har barn uttrykt seg at de ønsker å bli tatt med på vurdering av deres smertebehandling derfor er denne relevant for å underbygge sykepleieintervensjon som går ut på</b></p>
--	---	---

		<b>å forhandle med barn om et mål for smertelindring.</b>
<b>Nr.3</b>	<b>Forfattere</b>  <b>År</b> <b>Land</b> <b>Tidsskrift</b> <b>Tittel</b>  <b>Litteraturliste</b>  <b>Hensikt</b>  <b>Metode</b>  <b>Deltakere</b>  <b>Hovedfunn</b>	<b>Qian Wen Sng, Beverley Taylor, Joanne LW Liam, Piyanee Klainin-Yobas, Wenru Wang and Hong-Gu He</b>  2013 <b>Storbritannia, Irland</b> Journal of Clinical Nursing <b>Postoperative pain management experiences among school-aged children: a qualitative study.</b>  Sng, Q. W., Taylor, B., Liam, J. L., Klainin-Yobas, P., Wang, W., & He, H. (2013). Postoperative pain management experiences among school-aged children: a qualitative study. <i>Journal Of Clinical Nursing</i> , 22(7/8), 958-968. doi:10.1111/jocn.12052  <b>Utforske erfaringer med postoperativ smertelindring blant barn i skolealder.</b>  Data ble samlet inn fra 15 skolebarn tatt på en tertiær sykehus i Singapore. Det ble gjennomført dybdeintervjuer mellom november 2010 og januar 2011. Data ble analysert med en tematisk analyse.  <b>Skolebarn</b>  Fem temaer ble identifisert: barns selvstyrte tiltak for å avlaste sin postoperativ smerte, barns oppfatninger av handlinger foreldre tar for å hjelpe barna med postoperativ smertelindring, barns oppfatning av handlinger sykepleiere tar for deres postoperativ smertelindring og forslag til foreldre og

	<p><b>Kommentar/relevans</b></p>	<p>sykepleiere for forbedring av postoperative smertelindring.</p> <p><b>Denne artikkelen tar for seg barnas perspektiver på deres smertelindring både når det gjelder hva de selv gjør, hva kan foreldre hjelpe til og hva kan sykepleiere gjøre. Studien har også tatt med barnas forslag til eventuelle forbedringer i forhold til deres smertelindring både fra foreldrenes og sykepleiernes side. Denne artikkelen er nyttig for å ta med i oppgaven for å vise hva barna selv tenker i forholdt til bruk av ikke-medikamentelle smertebehandlingsmuligheter og hvilke av disse anvendes av sykepleiere og foreldre.</b></p>
<p><b>Nr.4</b></p>	<p><b>Forfattere</b></p> <p><b>År</b></p> <p><b>Land</b></p> <p><b>Tidsskrift</b></p> <p><b>Tittel</b></p> <p><b>Litteraturliste</b></p>	<p><b>Hong-Gu He, Tat-Leang Lee, Riawati Jahja, Rajammal Sinnappan, Katri Vehviläinen-Julkunen, Tarja Pölkki, and Emily Neo Kim Ang</b></p> <p>2011</p> <p>USA</p> <p>Journal for Specialists in Pediatric Nursing</p> <p><b>The use of nonpharmacological methods for children's postoperative pain relief: Singapore nurses' perspectives</b></p> <p>He, H., Lee, T., Jahja, R., Sinnappan, R., Vehviläinen-Julkunen, K., Pölkki, T., &amp; Ang, E. (2011). The use of nonpharmacological methods for children's postoperative pain relief: Singapore nurses' perspectives. <i>Journal For Specialists In Pediatric Nursing</i>, 16(1), 27-38 12p. doi:10.1111/j.1744-6155.2010.00268.x</p> <p><b>Hensikten med denne studien var å undersøke</b></p>



	<p><b>Hensikt</b></p> <p><b>Metode</b></p> <p><b>Deltakere</b></p> <p><b>Hovedfunn</b></p> <p><b>Kommentar/relevans</b></p>	<p>sykepleiernes bruk av ikke-farmakologiske metoder for postoperativ smertelindring til barn i skolealder.</p> <p>Det ble gjennomført en spørreundersøkelse på 151 sykepleiere på 7 avdelinger i to sykehus i Singapore.</p> <p><b>Sykepleiere</b></p> <p>Det viste seg at sykepleiere med mindre jobberfaring brukte lite av de ikke-farmakologiske metodene for å smertelindre barna.</p> <p><b>Denne studien undersøker sykepleiernes bruk av ulike ikke-medikamentelle tiltak for å smertelindre barna. Siden oppgaven har fokus på de ikke-medikamentelle tiltak som sykepleier kan anvende for å smertelindre barna er denne artikkelen relevant for å underbygge dette.</b></p>
<b>Nr.5</b>	<p><b>Forfattere</b></p> <p><b>År</b></p> <p><b>Land</b></p> <p><b>Tidsskrift</b></p> <p><b>Tittel</b></p> <p><b>Litteraturliste</b></p>	<p><b>Alison Twycross and G Allen Finley</b></p> <p>2013</p> <p><b>Storbritannia</b></p> <p>Journal of Clinical Nursing</p> <p><b>Children's and parents' perceptions of postoperative pain management: a mixed methods study</b></p> <p>Twycross, A., &amp; Finley, G. A. (2013). Children's and parents' perceptions of postoperative pain management: a mixed methods study. <i>Journal Of Clinical Nursing</i>, 22(21/22), 3095-3108 14p. doi:10.1111/jocn.12152</p> <p><b>Utforske barnas og foreldrenes erfaringer med</b></p>

	<p><b>Hensikt</b></p> <p><b>Metode</b></p> <p><b>Deltakere</b></p> <p><b>Hovedfunn</b></p> <p><b>Kommentar/relevans</b></p>	<p><b>kvaliteten av postoperativ smertebehandling.</b></p> <p>Barn ble intervjuet om deres oppfatninger av hvordan deres smerte ble tatt hånd om ved å bruke tegninger og/eller skriving og bedt om å rangere den verste smerten de opplevde postoperativt på en numerisk skala. Foreldre ble bedt om å fylle ut spørreskjema som går ut på informasjon av smerte (Information About Pain questionnaire).</p> <p><b>Barn i skolealder og deres foreldre.</b></p> <p>Det viste seg at deltakerne var fornøyd med omsorgen som ble gitt for å smertelindre selv om de har opplevd moderat til alvorlig smerte. Dette kan relateres til at deltakerne trodde på at sykepleiere ville gjøre alt de kunne for å smertelindre barnet og at smerte postoperativt er å forvente.</p> <p><b>Denne studien er relevant for oppgaven siden den går ut på barns og foreldres synspunkter om smertelindring og ble også brukt for å underbygge sykepleieintervensjonene om å forhandle et smertelindringsmål.</b></p>
<p><b>Nr.6</b></p>	<p><b>Forfattere</b></p> <p><b>År</b></p> <p><b>Land</b></p> <p><b>Tidsskrift</b></p> <p><b>Tittel</b></p> <p><b>Litteraturliste</b></p>	<p><b>Alison Twycross</b></p> <p>2010</p> <p><b>Storbritannia</b></p> <p>Journal of Clinical Nursing</p> <p><b>Managing pain in children: where to from here?</b></p> <p>Twycross, A. (2010). Managing pain in children: where to from here?. <i>Journal Of Clinical Nursing</i>, 19(15/16), 2090-2099 10p. doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03271.x</p> <p><b>Målet med denne studien er å gjennomgå</b></p>

	<p><b>Hensikt</b></p> <p><b>Metode</b></p> <p><b>Deltakere</b></p> <p><b>Hovedfunn</b></p> <p><b>Kommentar/relevans</b></p>	<p><b>forskning publisert i de siste 15 årene for å gi innsikt i hvilke faktorer som har innvirkning på bestemmelser som gjelder smertelindring hos barn og identifisere strategier som kan brukes for å forbedre smertelindringen.</b></p> <p>En data litteratursøk ble utført ved hjelp av CINAHL, Medline og British Nursing Index. Søkeordene som ble brukt var som følger: smerte, smertevurdering, smertebehandling, utdanning, kvalitet og sykepleiere. Artikler publisert i de siste 15 årene ble tatt med i gjennomgangen.</p> <p><b>Sykepleiere</b></p> <p>Forbedring smertebehandling krever tilnærming som omfatter flere faktorer: utdanning, institusjonell støtte, holdninger og endringer. Problemer som trenger mer fokus inkluderer utdanning, beslutningsstrategier og smertelindringskulturen i de ulike organisasjonene.</p> <p><b>Denne artikkelen er relevant for oppgaven for å kunne drøfte ulike</b></p>
<p><b>Nr.7</b></p>	<p><b>Forfattere</b></p> <p><b>År</b></p>	<p><b>Kari Raaum Hovde, Tone Høilo Granheim, Knut-Andreas Christophersen og Alfhild Dihle</b></p> <p><b>2011</b></p>

<b>Land</b>	Norge
<b>Tidsskrift</b>	Sykepleien
<b>Tittel</b>	<b>Norske sykepleieres kunnskap om og holdning til smerter hos barn</b>
<b>Litteraturliste</b>	Hovde, K. R., Granheim, T. H., Christophersen, K. A. og Dhile, A. (2011). Norske sykepleieres kunnskap om og holdning til smerter hos barn. Sykepleien Forskning 2011 6 (4):332-339. doi:10.4220/sykepleienf.2011.0191
<b>Hensikt</b>	<b>Å kartlegge norske sykepleieres og spesialsykepleieres kunnskaper om og holdninger til smerter hos barn og ungdom i alderen 0–18 år innlagt på sykehus.</b>
<b>Metode</b>	Studien er en tverrsnittsstudie med kvantitativ tilnærming. Den norske versjonen av kartleggingsverktøyet Pediatric Nurses' Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain (PNKAS-N) er benyttet. Skjemaet består av 40 spørsmål som omhandler smertehåndtering, smertevurdering, bruk av medikamentell og ikke-medikamentell smertelindring. Studien inkluderte 238 sykepleiere og spesialsykepleiere ved åtte barneavdelinger og en høyskole.
<b>Deltakere</b>	<b>79 sykepleiere og 104 spesialsykepleiere</b>
<b>Hovedfunn</b>	Studien fant at både sykepleiere og spesialsykepleiere hadde et høyt kunnskapsnivå, men det var uansett gap mellom kunnskap og smertevurderinger sykepleiere gjorde. Holdninger til sykepleiere har mye å si når det gjelder å tro på

	<p><b>Kommentar/relevans</b></p>	<p>pasientene og administrering av smertestillende legemidler.</p> <p><b>Sykepleieholdninger og kunnskaper har mye å si for å gi en god smertelindring til barn. Denne forskningen blir brukt for å underbygge påstander om hvordan uheldige holdninger og mangelfull kunnskap kan hindre sykepleiere å gi god smertelindring til barna.</b></p>