

Postoperativ smärta hos barn

En kvantitativ studie

Eklund Emilia

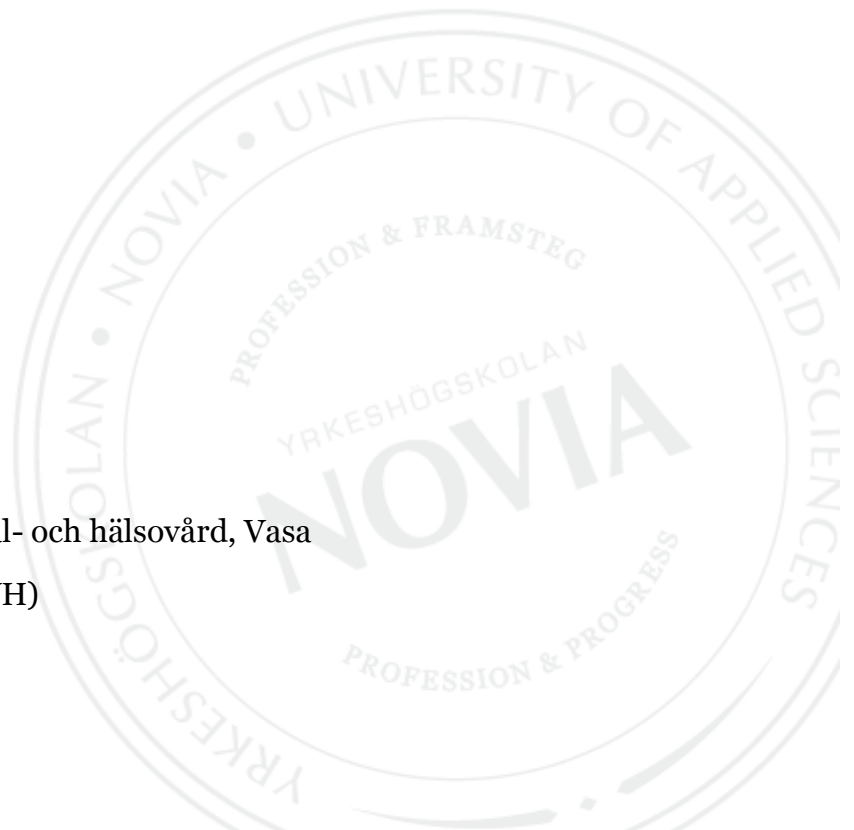
Eklund Evamaria

Häggman Johanna

Examensarbete inom social- och hälsovård, Vasa

Utbildning: Sjukskötare (YH)

Vasa 12 /2014



EXAMENSARBETE

Författare: Johanna Häggman, Emilia Eklund och Evamaria Eklund

Utbildning och ort: Sjukskötare, Vasa

Handledare: Barbro Mattson-Lidsle

Titel: Postoperativ smärta hos barn

Datum: December 2014

Sidantal: 33

Bilagor: 2

Sammanfattning

Detta examensarbete behandlar postoperativ smärta hos barn. Syftet med denna studie är att sjukskötare lättare ska kunna förstå och bemöta barn med postoperativa smärtor, hur man bedömer samt hur man lindrar barns postoperativa smärta. Våra frågeställningar var: Hur bemöter man barn med postoperativ smärta? Hur gör man smärtbedömning hos barn med postoperativ smärta? Hur kan man lindra barns postoperativa smärtor?

Undersökningen utgår från Erikssons teori om lidande (1994) och Lindbergs doktorsavhandling om lekens betydelse (2013). Vi valde att använda oss av enkät som undersökningsmetod. Enkäterna delades ut till tre olika sjukhus och där svarade 26 barnsjukskötare på dem. Enkäten bestod av både öppna och slutna frågor.

Resultatet visade att i bemötandet är det viktigt att föräldrarna är delaktiga i vården, att bemöta barnet på rätt sätt och på barnets nivå. Det är viktigt att göra en ordentlig smärtskattning, att använda smärtskattningsskalor men också att iaktta barnet och se på deras kroppsspråk, utgående från det kan man göra en rätt smärtbedömning. Angående smärtlindringen kom det tydligt fram att paracetamol används mest och att i de flesta fall så är smärtlindringen god.

Språk: Svenska

Nyckelord: Postoperativ smärta, barn, bemötande, smärtskattning, smärtlindring.

BACHELOR'S THESIS

Author: Johanna Häggman, Emilia Eklund and Evamaria Eklund

Education and place: Nurse, Vasa

Supervisors: Barbro Mattson-Lidsle

Title: Postoperative pain in children

Date: December 2014

Number of pages: 33

Appendices: 2

Summary

This thesis deals with post-operative pain in children. The purpose of this study is that nurses better understand and respond to children with postoperative pain, how to assess and how to alleviate children's postoperative pain. Our questions were: How do you treat children with postoperative pain? How do you make pain assessment in children with postoperative pain? How to relieve the child's postoperative pain?

The survey is based on Erikson's theory of suffering (1994) and Lindberg's doctoral of the importance of play (2013). We chose to use the questionnaire survey method. The questionnaires were distributed to three different hospitals and 26 child nurses answered the questions. The questionnaire consisted of both open and closed questions.

The results showed that in the response it is important that parents are involved in health care, to respond to the child in the right way and at the child's level. It is important to do a proper pain assessment, the use of pain assessment scales but also to observe the child and watch their body language, based on this you can make a correct assessment of pain. Regarding pain relief showed clearly that paracetamol is used the most and that in most cases is the pain relief good.

Language: Swedish

Key words: Postoperative pain, children, treatment, pain assessment, pain relief.

OPINNÄYTETYÖ

Tekijä: Johanna Häggman, Emilia Eklund ja Evamaria Eklund

Koulutus ja paikkakunta: Sairaanhoidaja, Vaasa

Ohjaaja: Barbro Mattson-Lidsle

Nimike: Lasten postoperatiivinen kipu

Päivämäärä: Joulukuu 2014

Sivumäärä: 33

Liitteet: 2

Tiivistelmä

Tämä opinnäytetyö käsittelee lasten postoperatiivista kipua. Tutkimuksen tarkoitus on sitä, että sairaanhoitajat helpommin voi ymmärtää ja kohdella lapsia, joilla on postoperatiivista kipua ja miten he voivat arvioida ja lieventää lasten kipua. Kysymyksenasettelujamme olivat: Miten kohdellaan lasta postoperatiivisella kivulla? Miten tehdään kipuarviointi lapsille, joilla on postoperatiivista kipua? Miten voidaan lieventää lasten postoperatiivista kipua?

Tutkimus perustuu Eriksonin teoriaan kärsimystä (1994) ja Lindbergin jatkokoulutus leikin tarkoituksesta (2013). Tutkimusmenetelmänä olemme käyttäneet kyselyä. Kyselylomakkeita jaettiin kolmeen sairaalaan, ja 26 lastensairaanhoitajaa vastasivat kysymyksiin. Kysely sisälsi sekä avoimia että suljettuja kysymyksiä.

Tulokset osoittivat että on tärkeää ottaa vanhemmat mukaan hoitoon, kohdata lapsia oikealla tavalla ja olla lasten tasoilla. On tärkeää tehdä oikean kipuarvioinnin, käyttää mittakaavoja mutta myös tarkkailla lapsia ja heidän kehonkieltä, ja sen perusteella voidaan tehdä oikean kipuarvioinnin. Kivunlievitystä tuli esille, että parasetamoli käytetään eniten, ja useimmissa tapauksissa kivunlievitys on hyvä.

Kieli:Ruotsi

Avainsanat: postoperatiivinen kipu, lapsi, kohtelu, kipuarviointi, kivunlievitys.

Innehållsförteckning

1 Inledning	1
2 Syfte och frågeställning	2
3 Teoretisk utgångspunkt	2
3.1 Sjukdomslidande enligt Eriksson	2
3.2 Lidandet kan lindras	3
3.3 Leken enligt Lindberg	3
4 Teoretisk bakgrund	4
4.1 Smärta	5
4.2 Bemötande	6
4.2.1 Ett bra bemötande	6
4.2.2 Sjukskötarens roll vid behandling av postoperativ smärta	6
4.2.3 Kommunikationen med barn	7
4.2.4 Att förstå samtalet med barn	8
4.3 Bedömning	8
4.3.1 Kommunikation.....	9
4.3.2 Observation av beteendereaktioner	9
4.3.3 Fysiologiska reaktioner	9
4.4 Smärtskattning	9
4.4.1 Pieces of Hurt Tool	10
4.4.2 Faces Pain Scale	10
4.4.3 Visuellt analog skala 10 cm (VAS)	10
4.4.4 Dokumentering	11
4.5 Smärtlindring	11
4.5.1 Allmänt om analgetika	13
4.5.2 Cox-hämmare/NSAID	13
4.5.3 Paracetamol	13
4.5.4 Klonidin och S-Ketamin	14
4.5.5 Opioider	14
4.5.6 Lokal anestetika	15
4.5.7 Alternativa icke-farmakologiska metoder	15
4.5.8 Information om smärtbehandling och smärta	16

4.5.9 Övervakningsmetoder vid smärtbehandling	16
5 Tidigare forskningar	17
6 Metod	22
6.1 Undersökningens material/Val av informanter	22
6.2 Enkät	22
6.3 Deskriptiv statistik	23
6.4 Innehållsanalys	23
6.5 Forskningsetiska principer	24
7 Undersökningens praktiska genomförande	24
8 Resultatredovisning	25
8.1 Bemötande	25
8.2 Smärtskattning	26
8.3 Smärtlindring	27
9 Tolkning	28
9.1 Bemötande	29
9.2 Smärtskattning	30
9.3 Smärtlindring	30
10 Kritisk granskning	31
11 Diskussion	32

Källor

Bilaga 1

Bilaga 2

1 Inledning

En litteraturundersökning om postoperativ smärta som nyligen blev gjord innefattar omkring 20 000 patienter. Denna undersökning visar att cirka 30 % av patienterna har medelsvår till svår postoperativ smärta. Undersökningen visar även att 45 % av patienterna hade betydande smärta i hemmet efter ett dagkirurgiskt ingrepp. Utgående från denna undersökning ser man att den postoperativa smärtlindringen märkbart kunde förbättras. Orsaker till otillräcklig smärtbehandling kan bero på rädsla för biverkningar, andningsdepression eller läkemedelsberoende, men det kan även bero på personalens bristfälliga kunskaper om analgetikas farmakologi. Bristande uppföljning och utvärdering av smärtbehandlingen är en betydande orsak till att smärta inte behandlas optimalt. Därför bör regelbundna skattningar av smärtan och behandlingseffekten införas som rutin på samma sätt som man regelbundet tar blodtryck, puls eller temperatur. Regelbunden uppföljning av smärtan gör att barn får en individuell smärtbehandling. Behandlas postoperativ smärta fel kan det leda till sömnsvårigheter, depression eller att läknings- och rehabiliteringstiden förlängs. Därför är det viktigt att rätt smärtlindring sätts in i ett tidigt skede. Det gör även att barnets livskvalité och hälsa höjs. (Werner & Strang 2005, s.233-234)

Vi som respondenter har gjort en enkätundersökning till barnsjukskötare på tre sjukhus. Frågorna innefattar tre olika områden, bemötande, smärtskattning och smärtlindring. Med de tre frågeställningarna vill vi undersöka hur man bemöter barn med postoperativ smärta, hur man bedömer smärtan samt hur man lindrar den postoperativa smärtan.

2 Syfte och frågeställning

Syftet med denna studie är att sjukskötare lättare ska kunna förstå och bemöta barn med postoperativa smärtor samt hur man bedömer och hur man lindrar barns postoperativa smärta. Respondenterna har i sin studie avgränsat sig till barn i 1-16 års ålder med postoperativ smärta.

Våra frågeställningar är:

- Hur bemöter man barn med postoperativ smärta?
- Hur gör man smärtbedömning hos barn med postoperativ smärta?
- Hur kan man lindra barns postoperativa smärtor?

3 Teoretisk utgångspunkt

Vi har valt Katie Eriksson som vårdteoretiker eftersom hon tar upp lidandet hos människan, vilket vi tycker passar in i vårt examensarbete. Vi har även valt Susan Lindbergs doktorsavhandling I hälsans spelrum- lek på vårdandets scen. Erikssons teori valde vi för att hon beskriver lidandet på ett enkelt och förståeligt sätt. Eriksson vill lyfta fram det lidande som finns och som vi möter i vården idag. Ofta möter vi tre olika former av lidande i vården. De tre olika är sjukdomslidande, vårdlidande och livslidande. I vårt lärdomsprov kommer vi mest att fokusera på sjukdomslidande. (Eriksson, 1994, s.82-83) Linbergs doktorsavhandling tar upp lekens betydelse i pre- och postoperativ vård. *”Avhandlingens tänkta kunskapsbehållning och övergripande syfte är att med vårdvetenskap som grund och med hjälp av den perioperativa dialogen framställa vad lek är och kunde vara i den vårdande verkligheten, en idealmodell. Den perioperativa dialogen är anestesisjuksköterskans pre-, intra- och postoperativa dialoger med barnet hon vårdar i samband med anestesin.”* (Lindberg S. 2013)

3.1 Sjukdomslidande enligt Eriksson

Med sjukdomslidande menar Eriksson det lidande som vi upplever i samband mellan sjukdom och behandling. (Eriksson, 1994, s.82) Under alla tider har vi vetat att sjukdom och behandling kan förorsaka lidande för patienten genom att patienten drabbas av smärta. En vanlig orsak till lidande i samband med sjukdom är kroppslig smärta. Eftersom den kroppsliga smärta ofta fokuserar på en bestämd del av kroppen fångar den människans

uppmärksamhet vilket försvårar möjligheterna att använda hela sin förmåga att behärska lidandet. Smärta är inte alltid identisk med lidandet, men förhållandet mellan smärta och lidande går ofta hand i hand. En kroppslig smärta bör alltid lindras med alla metoder som finns tillgängliga. Sjukdomslidande kan indelas i kroppslig smärta och själslig och andlig smärta. Den själsliga och andliga smärtan skrivs det inte så mycket om medan den kroppsliga smärtan är mera omskriven. Den kroppsliga smärtan förorsakas av sjukdom och behandling. Smärtan är sällan enbart kroppslig utan den upplevs av människan som en helhet, därför skall vi förstå att smärtan och lidandet som plågar människan också kan upplevas fysiskt. Det själsliga och andliga lidandet förorsakas av upplevelser såsom förnedring, skam och/eller skuld känslor. Dessa kan patienten själv förorsaka men även attityden från vårdpersonalen påverkar. (Eriksson, 1994, s.83-84)

3.2 Lidandet kan lindras

Vi skall sträva till att få bort det onödiga lidandet. Det lidande som vi inte helt kan ta bort måste vi på bästa sätt lindra. För att på bästa sätt kunna lindra så förutsätter det att vi har en vårdkultur där patienten känner sig välkommen, respekterad och vårdad. Att lindra lidandet hos patienten betyder framför allt att man inte kränker hans eller hennes värdighet, inte dömer eller missbrukar makten utan ger den bästa vård som patienten behöver. Viktigt att visa respekt och bekräfta patientens värdighet. Lindandet kan lindras för en stund genom en vänlig blick, ett ord eller beröring som visar en ärlig känsla av medlidande. Det finns flera sätt att lindra lidandet, man kan exempelvis ta med lek och skratt i lindrande av lidande. Lek i lidandet kan bli ett uttryck för kärlek och lindra lidandet. Vårdarna har erfarenhet att de kan lindra patientens lidande genom att bara vara där för patienten. Samtala och uppmuntra, stöda och trösta kan ha en stor betydelse för lidandet. Det viktigaste är att man vågar möta lidandet, gå rakt emot det eller tvärs igenom det. (Eriksson, 1994, s.95-96)

3.3 Leken enligt Lindberg

Leken och vårdandet har en del gemensamt. Vårdandet är att skapa, ansa, leka och lära. I leken kommer kroppsliga, själsliga och andliga behov fram. Vårdaren ska stödja och hjälpa patienten att förflytta sig till de platser eller händelser som ger energi, eller vila genom att skapa andrum och att vara lyhörd för det symboliska. Vårdaren visar tro, hopp och kärlek till sina medmänniskor via leken när de får uttrycka sina känslor såsom glädje och sorg, då är vårdarens uppgift att uppmuntra och stöda. Leken ger upphov till och uttrycker glädje och kan få patienten att se nya chanser och vägar i livet. Leken är övning, prövning, lust,

skapande, allvar och spänning. Vården borde få mera inslag av lek eftersom man konstaterat att leken lindrar lidande. (Lindberg, s. 33-34)

Idealmodellen för lekandet delas in i tre vårdande akter. Den första vårdande akten tar sin början i inlekandet och träder in i hälsans spelrum. Idealet förverkligas i det verkliga mötet, man möts ansikte mot ansikte. Inlekandet förutsätter att man har ett öppet ansikte som bevarar vissheten om att det finns en medspelare som står en nära. Det innebär inte att man ger den andra friheten att göra vad han vill utan att ge honom friheten att skapa något nytt med sina talanger. Den andre ska känna sig hemma och känna att han har friheten att öva och pröva. (Lindberg, s. 80)

I den andra vårdande akten leker inlekandet vidare till det milda samspelet emellan människor, lekandet är nu i hälsans spelrum. Samspelet lockar, griper tag och väcker förundran hos de lekande såväl som åskådaren som uppfattar rytmen och harmonin i leken. Leken har inget språk, men det skapar tusentals språk genom hjärtan som talar, berör och känner. I den tredje vårdande akten leker leken vidare till det oändliga. I den vårdande akten låter man individen leva som en hel och skapande varelse, en lekande människa som är hemma i sig själv. Leken är och fodrar på alla sätt att våga stå för sina värden och beslut och hålla fast vid dem. (Lindberg, s.80-81)

4 Teoretisk bakgrund

I den teoretiska bakgrunden har vi använt oss av böcker och internetsidor där det tas upp om postoperativ smärta, bemötning, smärtskattning och lindrande av smärta. Postoperativ smärta betyder ”smärta efter ett kirurgiskt ingrepp”. Idag finns ett stort utbud av läkemedel och behandlingsmetoder för att barns smärta lättare kan vårdas. Efter ett större kirurgiskt ingrepp är den postoperativa smärtan behandlingskrävande i 3-4 dagar. Den postoperativa smärtan brukar gradvist avta beroende på ingreppets art, lokalisation eller barnets smärtröskel. Postoperativ smärta varierar mellan olika individer, till exempel psykologiska och farmakologiska faktorer kan påverka. Behandlingen av barns postoperativa smärta börjar redan preoperativt, det vill säga före själva ingreppet. Barn som känner sig lugn och trygg vid anestesistart har större möjlighet att få ett lugnt uppvaknande och en smärtfri postoperativ period. Under de senaste decennierna har man fått större kunskaper om postoperativ smärta och utvecklingen av smärta och smärfysiologi har ökat väsentligt. Det är alltså inte möjligheterna som saknas utan en omedvetenhet om hur postoperativa smärtor på bästa sätt

skall behandlas. Trots att det finns mycket kunskaper om behandlingen av postoperativa smärtor upplever många barn, men även vuxna, att smärtbehandlingen inte räcker till. En återkommande ond cirkel av smärta och kortvarig smärtlindring uppkommer.

4.1 Smärta

Enligt International Association for the Study of Pain (IASP) definieras smärta såhär:

“Smärta är en obehaglig sensorisk och emotionell upplevelse förenad med verklig eller hotande vävnadsskada, eller beskriven i termer av sådan smärta.”

Smärta är ett komplicerat fenomen och kan beskrivas som en obehaglig fysiskt eller känslomässig upplevelse. Endast den drabbade vet hur smärtan känns och ingen annan kan säga hur ont det gör. Inte heller några metoder finns som objektivt kan mäta hur intensiv smärta man känner. För att man skall uppleva smärta krävs att något påverkar kroppen men det behöver inte vara något utifrån som påverkar smärtan. Smärt kan upplevas på olika sätt, allt från ett nålstick till psykiska besvär. Om man har ont kan smärtan ta större plats och kännas svårare om man har en svår livssituation och samtidigt mår psykiskt dåligt.

Smärta delas in i akut och långvarig. Det finns ingen specifik gräns när man har långvarig smärta men man brukar säga att om smärtan varar över tre månader är den långvarig. Akut smärta uppstår akut vid ett trauma eller t.ex. efter ett kirurgiskt ingrepp. Det är helt normalt att ha smärta efter ett kirurgiskt ingrepp eftersom ett sår har sytts ihop, det stramar och drar. Dessutom kan muskler delats och andra vävnader kommit i kläm. Smärtan upplevs olika beroende på vem man är och hur stor operationen varit. Vissa kanske har väldigt ont medan andra kanske inte känner något alls. Även om det är naturligt att ha ont efter en operation skall ingen behöva lida i onödan, därför brukar man vara under uppsikt på en uppvakningsavdelning tills smärtan tilltagit något. (www.1177.se)

Det finns flera olika slag av smärta, när en vävnad skadats och nervimpulser utlöses i ett tidigare friskt nervsystem talar man om *nociceptiv smärta*. Nociceptiv smärta är den vanligaste smärtyten och uppstår vid t.ex. postoperativ smärta. När smärtan orsakas av en skada eller sjukdom i nervsystemet talar man om *neurogen smärta*. *Psykogen smärta* är direkt relaterade till psykiatriska sjukdomstillstånd och *idiopatisk smärta* kännetecknas av någon orsak som inte går att finna. (Haegerstam 2008, s.16) Vid ett smärttillstånd är det viktigt att man undersöker och tolkar vilken typ av smärta barnet har. När man utför ett kirurgiskt ingrepp eller utsätts för trauma aktiveras smärtreceptorer, s.k. nociceptorer, i vävnaden.

Denna aktivering leder till att smärtsignaler sänds till ryggmärgen och hjärnan och gör att inflammatoriska ämnen frisätts, antalet inflammatoriska celler i området för vävnadsskadan ökar, kärlen utvidgas och genomträngningen ökas, ökad smärtekänslighet i smärtreceptorerna samt att musklerna dras ihop. Dessa fysiologiska reaktioner är ämnade att skydda oss från skador och att förbättra läkningen vid en vävnadsskada. (www.internetmedicin.se)

4.2 Bemötande

Bemötande är en viktig del i en god vård och gör att förtroendet för vårdpersonalen ökar. Om det första mötet med vårdpersonalen inte fungerar kan det lätt bli missförstånd och fel som kan leda till allvarliga skador längre fram i vårdprocessen. Ett bra bemötande innebär att man tar patienten på allvar, lyssnar och informerar den planerade vården eller vad som kommer att hända. (Hallström & Lindberg 2009, s.93)

4.2.1 Ett bra bemötande

För att barnet skall känna att han/hon blir bemött på ett bra sätt behöver man vara vänlig, uppmärksam, ge stöd och lyssnar. Hälsa på barnet samt presentera dig så får barnet förtroende för dig. Ta barnet på allvar, svara på eventuella frågor, visa att det finns tid och ge tillräcklig och begriplig information.

När information ges bör man ta hänsyn till barnets ålder. Det gäller att använda sig av enkla, konkreta och korta förklaringar så att barnet förstår vad som menas. Man bör även tänka på att inte väcka onödig oro, men samtidigt få barnet att förstå vad som kommer att hända. Flera forskare visar att barn som blivit välinformerade inför ett sjukhusbesök eller annan vårdåtgärd upplever mindre stress och kan bättre anpassa sitt beteende till situationen under tiden proceduren pågår eller efter att proceduren är klar. (Hallström & Lindberg 2009, s.95-96)

4.2.2 Sjukskötarens roll vid behandling av postoperativ smärta

Sjukskötaren har en central roll och ett etiskt ansvar i den postoperativa smärtbehandlingen. De två viktigaste uppgifterna är uppföljning av den postoperativa smärtan samt grundläggande utbildning inom smärta, smärtskattning och behandlingen av smärta. Sjuksköterskan är den som har mest kontakt med barnet och annan personal på avdelningen. Därför är det sjukskötarens uppgift att se till att vårdplaneringen fungerar i varje steg under

hela vårdprocessen. För att barnet skall känna en god omvårdad är det viktigt att sjuksköterskan ser barnet ur ett helhetsperspektiv och tar hänsyn till barnets individuella behov. (Olsson & Jylli 2001, s. 210)

4.2.3 Kommunikationen med barn

Vid första besöket med ett barn är de fem första minuterna viktigaste, det är då barnet får sin egen uppfattning om hur du som sjukskötare är. Ha ögonkontakt, le, skapa en varm och vänlig atmosfär samt småprata om barnets intressen, det gör att barnet får annat att tänka på och kanske glömmet bort sin sjukdom en stund. En god kontakt med barnet är nyckeln till att skapa en relation med barnet samt att barnet får förtroende för dig. (Linton 2005, s. 180)

En god kommunikation med barnet förbättrar förståelsen, samförståndet och barnets tillfredsställelse. Visa empati, undervisa barnet och förmå patienten att delta aktivt i vården. En effektiv kommunikation innebär att man utvecklar en gemensam förståelse, skapar en relation till barnet och bygger upp ett gott samarbete. Visa att du har tid att lyssna på barnet och svara på eventuella frågor. Att lyssna betyder att du är uppmärksam på vad barnet säger, det visas genom kroppsspråket såsom ögonkontakt och nickande. Ett annat sätt att visa barnet att du lyssnar är genom bekräftelse. Det går ut på att omformulera och sammanfatta det du hört för att kontrollera med barnet om det stämmer. Det hjälper dessutom till att bygga upp en gemensam förståelse av problemet och en ömsesidig bekräftelse av problemets natur. (Linton 2005, s. 167, 180-182)

Att känna empati är ett grundläggande sätt att få kontakt med barnet. Det ger barnet en känsla av närhet och delaktighet och hjälper oss att upprätthålla en gemensam överenskommelse med barnet. Empati går att visa på två olika sätt. För det första måste du visa barnet att du ser och hör honom eller henne. För det andra måste du acceptera och respektera barnets åsikter, vilket kan vara svårare. Genom att observera, ställa frågor eller vara uppmärksam, kommunicerar du till barnet att du verkligen förstår honom eller henne. Acceptans är kärnan i empatin, det handlar om medkänsla och positiv uppmärksamhet. Detta kan ibland vara en utmaning, särskilt om barnet har ett sådant beteende som du inte gillar. Acceptans är dock inte gillande, det är att förstå barnets frågor och att acceptera att så här är det i nuläget. Vårdaren accepterar situationen och ser framåt för att hitta ett sätt att ta itu med problemet, hellre än att göra barnet besviken eller arg. (Linton 2005, s.185-186)

4.2.4 Att förstå samtalet med barnet

Man kan dela in samtal i tre olika faser, inledning, syfte och avslutning. Med inledning menar man att man bekantar sig med varandra och pratar allmänt om hur läget är. Inledningen är det viktigaste när det handlar om barn eftersom barnen skapar en uppfattning om hur du är som person redan vid första kontakten. Under den andra fasen, syftet, diskuteras hur den individuella vårdplanen skall utformas. Här gäller det att på ett enkelt men noggrant sätt berätta för barnet om planen. I den andra fasen är barnets frågor viktiga, samt diskussioner kring vad barnet undrar över. Den tredje fasen är avslutning och där sammanfattar man vad man har diskuterat och kommit fram till. Därefter görs en överenskommelse om hur man skall gå vidare. Under hela samtalet är det viktigt att man lyssnar aktivt och visar intresse för vad barnet har att säga. Undvik att titta på klockan, eftersom det skapar stress och du verkar som ointresserad. Platsen man samtalar på har också stor betydelse. Välj en plats där man kan tala ostört och där det finns närhet mellan de som samtalar. Samtidigt är det viktigt att inte vara för nära barnet som du samtalar med, det vill säga att reviret kränks. En god regel för att det skall bli ett bra samtal är att samtalsmiljön är trygg och att atmosfären är välkomnande och öppen. (Johansson & Skärgren 2008, s.35-36)

4.3 Bedömning

När man gör en smärtskattning så försöker man göra en subjektiv upplevelse objektiv. Det ger ett gemensamt språk och det är möjligheten att utvärdera smärtintensiteten och smärtbehandlingen. Det finns olika instrument och skalor som man använder för att barnet skall kunna utvärdera sina smärtor skall vara anpassade för barnets ålder.(Moëll & Gustafsson 2011, s.79)

För att uppnå en god kvalitet av smärtbehandling är att aktivt ta ställning till om barnet har smärta. Hos olika individer så varierar toleransen för smärta, det betyder att man behöver anpassa smärtbehandlingen efter individens smärtnivå. Det man i första hand vill sträva till är att barnet får beskriva hur smärtan är. När barnet beskriver sin smärta är det viktigt att ta hänsyn till olika faktorer som kan påverka barnets smärtupplevelser (Edwinson-Månsson & Enskär 2008, s.104)

4.3.1 Kommunikation

Det är viktigt att ge relevant information i samband med postoperativ smärtbehandling. Vårdaren skall ge ärlig information till barnet om smärta och hur behandlingen ser ut. Barnet behöver också veta hur smärtskattnings skalor fungerar och hur de fungerar. När vårdaren ger information till barnet behöver man veta att barnet förstått den information som getts. (Edwinson-Månsson & Enskär 2008, s.109)

4.3.2 Observation av beteende reaktioner

När man gör en smärtbedömning ger barnets ansiktsuttryck och kroppshållning en viktig information om hur barnet upplever smärtan. Förändringar i beteendet kan också vara ett uttryck på annat en smärta. Reaktioner i beteendet vid smärta kan vara olika beroende på barnets utvecklingsnivå, hälsostatus och vilken barnet har. (Edwinson-Månsson & Enskär 2008, s.104)

Den engelska FLACC-skalan är en beteendeskattnings skala. Det har gjorts en studie som visar att denna skala har en god tillförlitlighet hos barn med smärta. När man gör beteendeskattning så bedömer man ansikte, ben, aktivitet, gråt och tröstbarhet. Från detta ger man då poäng efter skalan. (Edwinson-Månsson & Enskär 2008, s.109)

Barnet uttrycker smärta och rädsla på olika sätt, när smärtan inte kan uttryckas språkligt så är det svårare för vårdaren att tolka smärtsignaler. Vid akut smärta så blir oftast barnet rädd att röra sig, det är ofta lätt att tro att ett barn som är tyst har inte ont. Därför är det viktigt att vårdaren och föräldrarna gemensamt smärtskattar barnet. (Hallström & Lindberg 2009, s.128)

4.3.3 Fysiologiska reaktioner

Fysiologiska responsen kan vara en följd av ett smärttillstånd. Observation av blodtryck, puls och andningsfrekvens kan man komplettera bedömningen av smärtan. Fysiologiska reaktioner på kraftig smärta hos yngre barn kan vara ett förändrat andningsmönster, barnet kniper i hop sina händer och barnet har svettig panna och handflator. (Edwinson-Månsson & Enskär 2008, s.104-105)

4.4 Smärtskattning

Det man baserar smärtskattning på är observation och bedömning av barnets beteende, fysiologiska, psykologiska reaktioner och att barnet får göra en självskattning så långt det är

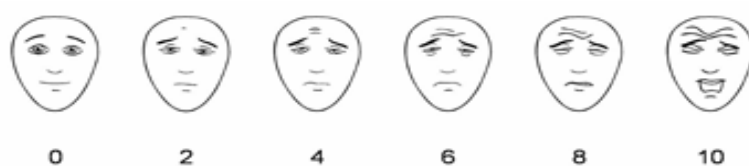
möjligt. En viktig utgångspunkt vid smärtskattning är den verbala kommunikationen. När man skall göra en smärtskattning så börjar man med att fråga hur barnet mår och efter det börjar man fråga om smärtan. Viktigt att ha föräldrarna med när smärtskattning görs för de känner sitt barn och kan uppfatta bäst hur barnet mår. Med hjälp av smärtskattnings skalor kan man mäta smärtan objektivt och kvantifiera smärtans intensitet. (Edwinson-Månsson & Enskär 2008, s.106) Det finns olika smärtskattningsskalor som rekommenderas vid postoperativ smärta.

4.4.1 Pieces of Hurt tool

Denna smärtskattnings skala består av fyra röda brickor där en plastbricka motsvarar lätt smärta och fyra brickor svår smärta. Då skall barnet själv visa hur många brickor motsvarar deras smärta. Denna skala är anpassad för 3-4 år, eftersom ett barn i åldern 3 år kan uttrycka sin smärta med ord men har svårt att visa smärtupplevelsen på en skala, därför kan det vara lättare för barnet att visa på en konkret skala med brickor. (Edwinson-Månsson & Enskär 2008, s.106)

4.4.2 Faces Pain Scales

Den består av sex tecknade ansikten med olika ansiktsuttryck. Från vänster av skalan börjar ett neutralt ansiktsuttryck och motsvara ingen smärta medan ansikte nummer sex motsvarar visar ett bekymrad och lessen ansiktsuttryck och det motsvara svår smärta. Denna skala lämpar sig åt barn i ålder 4-12år. (Edwinson-Månsson & Enskär 2008, s.106)

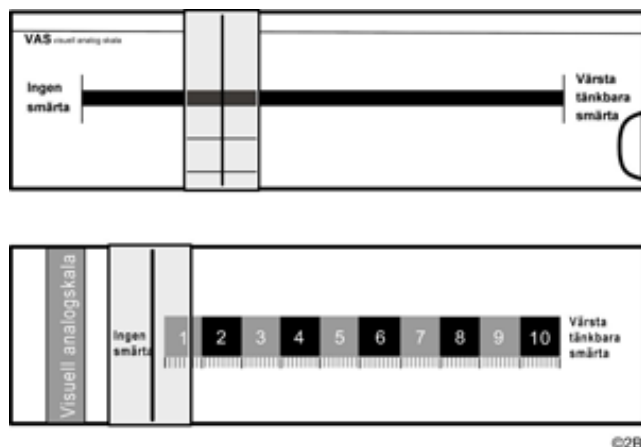


Ansiktsskala "The faces Pain Scale".

4.4.3 Visuell analog skala 10cm (VAS)

Denna skala är 10cm lång och går från 0-10. Med noll menas att man inte har någon smärta och vid 10 så har man värsta tänk bara smärta. Med denna skala är det viktigt att förklara för barnet utifrån deras utvecklings nivå vad de olika ändpunkterna betyder. VAS skalan kan man börja använda åt barn vid 8 års ålder och uppåt. (Edwinson-Månsson & Enskär 2008, s.106)

Vas är ett effektivt instrument för att synliggöra och att dokumentera på bästa sätt smärtan. Det fås även fram hur smärtan ändras i vila, rörelse och olika tider på dygnet. Det är viktigt att bedöma smärtan i rörelse postoperativt, eftersom det är behövs vara en god smärtlindring så att barnet kan mobiliseras på bästa sätt efter en operation. (Werner & Strang 2005, s.70-71)



Visuell analog skala(VAS)

4.4.4 Dokumentering

När man gör en smärtanalys bör alltid dokumenteras för att man skall kunna utvärdera effekten av behandlingen och att man kan se eventuella ändringar i smärtmönstret. Det kan vara till stor fördel att man skriver i journalen barnets egen beskrivning av smärtan ex. om det känns brännande, krampaktigt o.s.v. (Werner & Strang 2005, s.74)

Då man hittat en smärtskattnings skala som fungerar för barnet är det viktigt att dokumentera vilken det är och hur den görs så att man kan använda sig av samma flera gånger. När smärtskattningen görs så skall det dokumenteras så att man kan regelbundet följa med hur barnet känner smärtan. (KU 2013,s.13)

4.5 Smärtlindring

Smärtan efter större kirurgi är behandlingskrävande 3-4 dagar postoperativt. Smärtupplevelsen är individuell så därför måste behandlingen anpassas efter individen. För att uppnå en god smärtlindring planeras smärtbehandlingen efter barnets ålder, området för kirurgi, kirurgins invasivitet och förväntad smärtduration. Genom att kombinera olika typer av analgetika kan smärtimpulsflödet blockeras på flera nivåer i smärtsystemet. På det här sättet minskas läkemedlens negativa effekter och lägre doser kan användas för att uppnå tillräcklig smärtlindring. (Edwinson-Månsson & Enskär 2009, s. 102-103).

Vid Karolinska universitetssjukhuset har man generella behandlingslinjer om postoperativ smärtlindring. Paracetamol skall ges regelbundet under 2-3 dygn, under det första dygnet ges det intravenöst och det används som basterapi. Coxhämmare/NSAID används som tillägg vid kirurgi och kan ges i kombination med paracetamol, vid blödningsrisk ger man Cox 2 hämmare. Ett bra basläkemedel vid postoperativ smärta är Klonidin som ges intravenöst eller per oralt. Det ges regelbundet 3 gånger per dygn. Opioder (ex. Morfin) ges som bolusinjektioner. Som femte smärtlindringsmetoden används kontinuerliga regionala blockader med kateter. Det är viktigt att läkemedlen tas regelbundet för att undvika ”smärttoppar” fastän barnet inte har ont för stunden. Smärtlindringen varierar lite beroende på vilken operation barnet genomgått. (Karolinska universitetssjukhuset (KU) 2013, s. 10).

Vid intravenös administrering uppnår man snabbt smärtlindring hos barn med postoperativ smärta. Läkemedel ges oralt när barnet kan inta flytande föda. För att kunna avgöra om den smärtlindrande effekten är tillräcklig eller om barnet fått bieffekter behöver sjukskötaren ha goda kunskaper om läkemedlets effekter och bieffekter. Man bör sträva till att ge barnet en så god smärtlindring och så få biverkningar som möjligt. Eftersom de mindre operationerna nuförtiden ofta sköts inom dagkirurgin ställer det stora krav på föräldrar som vårdar sitt barn hemma postoperativt. De barn som vårdas hemma behöver få läkemedlet regelbundet och därför är det viktigt att man informerar föräldrarna ordentlig om smärtbehandlingen. Man kan ge ett smärtlindringsschema åt föräldrarna där det finns uppgifter om smärtskattning och smärtlindring. Det har visat sig att det är ett bra stöd för föräldrar som vårdar sina barn hemma postoperativ. (Edwinson-Månsson & Enskär, 2009, s. 103).

Det finns en skillnad mellan barn och vuxna ur ett farmakologiskt perspektiv och det är att det finns en större interindividuell variation avseende effekt och kinetik hos barn. Barn har större risk att få toxiska reaktioner eftersom läkemedlets proteinbindningsgrad är lägre och det leder till en högre fri koncentration av läkemedlet i blodet. Man måste ta hänsyn till att små barn har en större distributionsvolym vilket medför en viss utspädningseffekt när vattenlösliga farmakan ges. Om man vårdar ett litet barn under 4 månader bör man observera att leverns förmåga att bryta ner läkemedlet är nedsatt. Det innebär att dosen behöver reduceras före man tillför vissa läkemedel såsom morfin, paracetamol och lokalanestesimedel. (Edwinson-Månsson & Enskär, 2009m s. 103).

4.5.1 Allmänt om analgetika

Vid enteral tillförsel kan absorptionen vara annorlunda hos barn än hos vuxna. Eftersom barn har en större distributionsvolym än vuxna kan detta ge en viss utspädningseffekt av vattenlösliga farmaka. Barn har också högre risk för toxiska reaktioner. En dosreduktion är ofta nödvändig eftersom leverns förmåga att bryta ned läkemedlen är nedsatt hos de minsta barnen. (KU 2013 s. 26)

En enkel indelning av analgetika kan delas in i tre grupper. ”Perifert” verkande – Cox-hämmare/NSAID, lokalanestetika, ”Centralt” verkande – Paracetamol, tramadol, klonidin, opioider, s-ketamin och ”Regionalt” verkande – lokalanestetika och s-ketamin.

Beroende på det kirurgiska ingreppet, smärtans ursprung, intensitet och karaktär individbaseras terapin. Intravenös tillförsel används mest eftersom att ge intramuskulärt eller subcutant utsätter patienten för ytterligare smärta. Man kan också ge läkemedel enteralt, epiduralt, nasalt och transkutant. (KU 2013, s. 26)

4.5.2 Cox-hämmare/NSAID

Cox-hämmare/NSAID utövar sin analgetiska effekt genom att hämma prostaglandinsyntesen. Den har god effekt på nociceptiv smärta. För kortare tids användning kan NSAID användas regelbundet vid postoperativ smärta. Barn under 3 månader bör inte på NSAID rutinmässigt eftersom en biverkan är njurpåverkan. Biverkningar är dock ovanliga vid kortare tids användning. (KU 2013, s. 29-30).

4.5.3 Paracetamol

Paracetamol kan ges åt barn i alla åldrar. Verkningsmekanismen är multifaktoriell, den påverkar smärtrmissionen på flera sätt inom CNS. Om man ger Paracetamol oralt uppnås den maximala analgetiska effekten två timmar efter given dos och en timme efter intravenös tillförsel. Under de 2-3 första postoperativa dyggen kan doser upp till 90-100mg/kg och dygn ges hos leverfriska barn, max dos är 1,5g x 4. Vid början av en behandling ges en laddningsdos på 40mg/kg för att uppnå terapeutiska serumnivåer. Rektalt upptag är sämre än det orala. Under det första dygnet ges Paracetamol intravenöst för att uppnå bäst analgetisk effekt. (KU 2013, s. 30-31).

4.5.4 Klonidin och S-Ketamin

Klonidin som har läkemedelsnamnet Catapresan är en icke-opiod som verkar via receptorer på olika platser inom CNS. Genom att receptorerna stimuleras uppnår man algetisk effekt. Om barnet får Klonidin ska man komma ihåg att hypotension och bradykardi kan förekomma. Vakenhetscentret påverkas också av Klonidin så läkemedlet ger upphov till sedering. Man kan ge Klonidin intravenöst, per oralt, rektalt eller epiduralt. S-Ketamin är ett analgetikum. Vid större kirurgiska ingrepp ges ofta s-ketamin som bolus-dos innan operationen, peroperativt samt under de första postoperativa dyggen. Läkemedlet kan ges i kombination med lokalanestetika. Biverkningar är mardrömmar och hallucinationer men genom att påbörja en bolusdos innan operationen minskar man på biverkningarna. S-Ketamin ges oftast som infusion intravenöst men kan också ges nasalt och per oralt. (KU 2013, s. 26,28)

4.5.5 Opioder

Opioder är oftast effektiva vid postoperativ smärta. När man ger opioder måste smärterapin individanpassas, den analgetiska effekten och biverkningsprofilen varierar hos olika individer. De vanligaste biverkningarna är illamående, yrsel och oro men dessa kan minskas om man ger infusionen långsamt, om man ger infusionen/injektionen för snabbt kan patienten få yrsel, smärta från nackregionen, obehagskänsla från magen och förlust av självkontroll. Obstipation får 30 % av alla som använder opioder. Äldre barn har tendens att få mera biverkningar än de yngre. Om barnet får biverkningar ska dessa i första hand behandlas istället för att avbryta infusionen. När man förebygger smärta med opioder behövs en mindre mängd analgetisk än om man ger det vid smärtutbrott. (KU 2013, s.31-32).

Man måste beakta att risken för andningsdepression finns, risken är störst hos de nyfödda barnen. Naloxon är en antidot som ges vid andningsdepression och vid uttalad sedering orsakad av en opiod. Naloxon är en ren opiod-antagonist som kan ges i.v, i.m och s.c, den har inte en lika lång effekt som morfin och därför kan upprepade doser behövas ge. Man behöver övervaka barnet tills risken för andningsdepression inte längre föreligger. (KU 2013, s. 35).

Rapifen är en snabb- och kortverkande opiod och norspan används vid långvariga smärttillstånd. Ketobemidon har en nästan lika effekt som morfin. Kodein används i kombination med paracetamol men kodein rekommenderas inte åt barn. Metadol används

ofta tillsammans med en annan opioid för att förstärka den analgetiska effekten och ges vid långvariga smärttillstånd. Morfin är förstahandsval inom opioidgruppen vid nociceptiv smärta. För att få en snabb effekt ska morfin ges intravenöst vid akuta smärttillstånd, man bör undvika upprepade smärtsamma intramuskulära och subcutana injektioner. Man ska komma ihåg att individanpassa dosen. Oxikodon kan ges intravenöst men finns också som mixtur och tabletter. Petidin används sällan åt barn idag. Remifentanil lämpar sig för smärtlindring vid korta procedurer, man ska dock vara försiktig och erfaren om man ger remifentanil. Sufentanil ska man också vara försiktig med och det kan också ges nasalt om tillgång till intravenös infart inte finns. Opioden används vid akut smärta, som premedicinering eller vid smärtsamma procedurer. (KU 2013, s. 32-35).

4.5.6 Lokal anestetika

För att uppnå en god postoperativ smärtlindring används regionala blockader och infiltration av sårkanter vid operativa ingrepp. Chirocaine, marcain och Narop har alla lång duration. Chirocainen vars verksamma ämne är Levobupivacin är förstahandsval för postoperativ smärtlindring hos barn och ungdomar. Lidocain är ett kortverkande medel med snabbt anslag, vid kontinuerlig tillförsel är det ett bra alternativ. Vid större ingrepp eller traumafall läggs ofta en epidural blockad, s.k. EDA. Vid paravertebral blockad läggs vid t.ex. thorakotomi, njurkirurgi och gallkirurgi. Vad som getts preoperativt vid blockaderna påverkar första skedet av det postoperativa. Femoralisblockad är ett alternativ till EDA och använd som smärtlindring vid ex. Knä- och höftoperationer. Det finns också en axillarisblockad kan bedövas antingen axillärt eller supraclaviculärt. En kvarliggande sårkateter används 2-3 dygn och är ett alternativ till ledningsblockader och EDA. Det finns två typer av katetrar som kan användas, epiduralkateter eller en multiperforerad kateter. (KU 2013, s. 44-49).

4.5.7 Alternativa icke farmakologiska metoder

Cryobehandling kallas det när man kyler ned vävnad och då blir området till en viss del bedövat. God analgetisk effekt har det om man postoperativt kyler ner ett operationsområde. Transkutan nervstimulering, akupunktur, akupressur och massage används också som smärtlindring men används sällan på barn och vid postoperativ smärta hjälper det inte. Avledning kan också används i många fall, dvs. man distraherar barnet för att minska smärtupplevelsen. De flesta barn tycker om att se på TV och filmer så för att avleda dem kan man låta dem se på någon barnfilm. Man kan ha avslappning och andningsövningar vilket

gör att barnet slappnar av och kan uthärda smärtan lättare tills smärtan släppt. (KU 2013, s. 54-55, 64)

4.5.8 Information om smärtbehandling och smärta

Det är viktigt att föräldrarna och barnen undervisas och informeras om smärtbehandling för att uppnå en tillräcklig smärtlindring. Informationen ska ges på barnets nivå, så barnet förstår vad som menas. Både barnen och föräldrarna känner sig trygga om de vet hur smärtbehandlingen går till. Felaktiga tolkningar av smärtlindringen kan leda till försämrad kommunikation vid fråga om smärta, därför är det viktigt att man försäkras om att de har förstått informationen, annars kan det leda till otillräcklig smärtlindring. Man berättar om varför man ger grundsmärtlindring, om hur smärtlindringsmetoderna fungerar, om eventuella biverkningar och allt detta anpassas efter barnets ålder. (KU 2013, s.11).

Barnet behöver veta att smärtlindringsmetoderna fungerar olika. Om man har patientkontrollerad smärtlindring behöver barnet få veta att det är han/hon som styr smärtlindringen och inte föräldrarna eller vårdpersonalen. Man informerar om smärta, att det är vanligt efter kirurgiska ingrepp och hur viktigt det är att man behandlar smärtan. Barnet behöver också förstå att smärtan är individuell och att den varierar under dygnet. Smärtan avtar gradvis vilket är bra att berätta så barnet förstår att smärtorna kommer att försvinna. När man informerar om smärtan är det viktigt att man är ärlig och berättar att för att tillfrisknade ska ske måste man få en rätt smärtbehandling. Barnet och föräldrarna måste förstå hur viktigt det är att de berättar vidare om de har fått en otillräcklig smärtlindring. (KU 2013, s.11-12).

4.5.9 Övervakningsmetoder vid smärtbehandling

Allmänna rutiner används för alla barn som behandlas med opioder, klonidin, s-ketamin eller lokalanestetika. Man utvärderar minst var 3:e timme andningsfrekvensen, smärtan, sederingsgraden och biverkningar. Vid sederingsgrad >2 eller vid sömn utvärderar man andningsfrekvens, sederingsgrad och biverkningar minst en gång per timme. Om barnet sover kontrollerar man om han/hon reagerar på stimuli genom att lätt beröra barnet. Andningsfrekvensen behöver noggrant kontrolleras! Smärtbehandlingen behöver noggrant följas med för att säkerställa att behandlingen är tillräcklig. Tilltagande smärta under smärtbehandlingen skall alltid tas på allvar, man behöver analysera smärtan angående karaktär och lokalisation. Vid utebliven smärtlindring och en gradvis tilltagande sederingsgrad skall man alltid kontakta läkare. Det är viktigt att man dokumenterar alla

avvikelser i journalen. Det finns olika övervakningsrutiner och kontroller beroende på vilket läkemedel och vilka blockader barnet får. (KU 2013, s. 19).

5 Tidigare forskning

Simons, J. & Moseley, L. (2008) har gjort en forskning där man ville se skillnaden mellan vad man ordinerat för smärtlindring postoperativt åt barnet och vad de administreras under de första 24 timmarna efter operation. Även att undersöka effekten av den smärtstillande som ordinerats "efter behov" eller regelbundet. Det gjordes en undersökning om barnens läkemedelsscheman under de första 24 timmarna efter operationen. Studien genomfördes vid två platser, ett barnsjukhus och en pediatrik enhet i ett allmänt sjukhus. Undersökningen gjordes av barn i Storbritannien. Man jämförde också barnskötare som använde sig av en pediatrik smärtkontroll team och de som inte gjorde det. Forskaren besökte varje enhet en gång i veckan under en fyramånadersperiod för att få material till forskningen. Barnen som var med i undersökningen hade genomgått en operation och var på avdelningen 24 timmar efter operation. Det var totalt 175 barn som var med i studien. I resultatet framkommer det att paracetamol var det mest ordinerade analgetika för barn postoperativt på både platserna där studien genomfördes. När man jämför de två platser i den här studien så ser man en skillnad att sjuksköterskor på barnsjukhuset gav mer paracetamol och diklofenak än sjuksköterskor på den pediatrika enheten. Det fanns bara lite skillnad i administrering av ibuprofen. Kodein var den enda smärtlindringen som gavs mer på den pediatrika enheten. När barnet hade ordination på morfin så fick flest det via perfusor. På barnsjukhuset så övervakades hur smärtan var av en specialiserad sjukskötare, sjukskötaren kom och besökte barnet två gånger dagligen. På den pediatrika avdelning så var det en av avdelnings skötare som övervakade behandlingen och kunde kontakta en specialist vid behov. På barnsjukhuset fick dubbelt fler morfin än på den pediatrika enheten. I slutet av resultatet så menas det att mer bedömning av barns smärta med hjälp av validerade instrument, kan förbättra sjuksköterskor förtroende för att administrera analgetika, särskilt starkare analgetika såsom kodein och morfin. (Simons & Moseley, 2008)

Smith, W., Toombes, J. & Usher, K. (2011) gjorde en studie där man ville undersöka omvårdnadsmetoder i samband med administrationen av postoperativ smärtlindring till barn för att få en preliminär förståelse av de beslut sjuksköterskor gör i det här viktiga ingripandet. Frågeställningarna i studien var: Vilken postoperativ smärtlindring ges till barn, i vilka doser beroende på ålder och kön, vid vilken tid på dygnet, antal dagar efter operationen och vad var det totala antalet administreringar? Vilka skäl för administrationen av postoperativ smärtlindring dokumenterades i patientjournaler? Vilka typer av bedömningsmetoder och andra metoder användes av sjuksköterskorna före och efter administrering av postoperativ smärtlindring? Vilka förklaringar gjorde sjuksköterskorna vid deras beslut att administrera postoperativ smärtlindring? Metoden man använde sig av indelades i två faser. Fas 1, en tillbakablickande granskning av befintlig dokumentation genomfördes för att besvara den första forskningen gällande mönstren för administrationen av postoperativ smärtlindring. Man hade valt ut 95 barn på en postoperativ barnavdelning. Barnen hade varit på avdelningen åtminstone en natt. I fas 2 hade man intervjuat 18 sjuksköterskor som besvarade frågeställningar om beslutsprocessen som rör administrering av postoperativ smärtlindring till barn. Antalet intervjuer ansågs lämpligt för den kvalitativa fasen och är förenlig med kvalitativa studier (Streubert Speziale & Rinaldi Carpenter, 2003). Resultatet presenterades från de två faserna. Fas 1: Tolv barn fick smärtlindring via en patientkontrollerad smärtlindringsmaskin, 14 barn fick smärtlindring omedelbart i det postoperativa skedet innan de återvände till avdelningen, 67 barn hade blivit ordinerade smärtlindring regelbundet varav 25 av barnen hade fått flera olika smärtstillande läkemedel. Paracetamol var det smärtstillande som oftast ordinerades regelbundet. Majoriteten av barnen (N=72) hade blivit ordinerade postoperativ smärtlindring och nästan hälften (N=46) hade tagit emot smärtlindring. Fas 2: aktiva iakttagelser och intervjuer. Det kvalitativa data indelades i fyra områden som fastställdes efter analysen av kvantitativa data. De fyra områden är: bedömning av barnets behov av smärtlindring, beslut att administrera postoperativ smärtlindring, utvärdering av effektiviteten av postoperativ smärtlindring samt kommunikationen mellan sjuksköterskor och föräldrar. Det specifika målet med denna studie var att förstå de viktiga beslut sjuksköterskor fattar när det gäller administrering av postoperativ smärtlindring, vilket kan ha en stor betydande inverkan på om resultatet av patientens vård uppnåddes. Bedömningen av postoperativ smärtlindring och påföljande beslut att administrera postoperativ smärtlindring är viktigt, likaså att följa med resultatet av administreringen. (Smith, Toombes & Usher, 2011)

I en annan studie som gjordes av Qian Wen Sng, Beverley Taylor, Joanne LW Liam, Piyanee Klainin-Yobas, Wenru Wang and Hong-Gu He.(2013) ville man undersöka postoperativ smärtlindring upplevelser bland barn i skolåldern. De flesta studier har förbiset barnens upplevelser av smärtlindringen, därför ville man nu undersöka barnens upplevelser. Skolbarn hade i studien möjlighet att utvärdera hur deras smärta hanteras och vilka metoder de föredrar vid smärtlindringen. Undersökningen är en kvalitativ studie med ansikte mot ansikte-intervjuer. Data samlades in från 15 barn i skolåldern som varit på sjukhus i Singapore, genom intervjuer mellan november 2010 och januari 2011. Data analyserades med tematisk analys. Deltagarna var på från två barn- operationsavdelningar i på officiella sjukhus i Singapore. 15 barn intervjuades och kriterierna var att barnen skulle vara i 6-12 årsåldern, kunna kommunicera på engelska eller mandarinska, hade genomgått en operation på något av de två utvalda sjukhusen, hade varit minst 24 timmar på avdelningen efter operationen och att de var i stabilt tillstånd efter operationen. I resultatet presenterades tre ståndpunkter: 1. Barnen gjorde själv åtgärder för att lindra sin postoperativa smärta, t.ex. med hjälp av kognitiv beteendemetoddistraktion och bildspråk, fysikalisk metod för positionering, sova och dricka, söka andras hjälp genom att informera föräldrar och gråta för att få smärtstillande läkemedel. 2. Barns uppfattningar om åtgärder som föräldrarna tar för deras postoperativa smärtlindring; de bedömer smärtan, administrerar smärtstillande medel med hjälp av olika kognitiva beteende, ger fysikaliska metoder och känslomässiga stödstrategier och bistår i aktiviteter och larmar vårdpersonalen. 3 Barns uppfattning om åtgärder sjuksköterskor tar för deras postoperativa smärtlindring; administrering av läkemedel, med hjälp av kognitiva beteendemetoder har de känslomässiga stödstrategier och hjälper till med dagliga aktiviteter, ger förslag åt föräldrarna och sjuksköterna lindrar genom detta barnets postoperativa smärtor. Denna studie har bidragit till den kunskapen om barns postoperativa smärtlindring utifrån sina egna erfarenheter. Barn, föräldrar och sjuksköterskor använde olika strategier, inklusive smärtamedicinering och icke - farmakologiska metoder, speciellt distraktion, för barnens postoperativa smärtlindring. Denna studie ger bevis för att sjukvårdspersonal borde överväga att använda mer smärtlindringsstrategier vid vård av barnens postoperativa smärtor och ge vägledning för barn att öva dessa strategier. (Qian Wen, Beverley, Joanne, Piyanee, Wenru Wang & Hong-Gu, 2013)

Traudeau,J. Lamb,E. Gowans,M. & Lauder,G.(2009) undersökte effektiviteten av postoperativ smärtlindrings tillvägagångssätt för barn vid en postoperativ vårdenhet i Kanada. Dataanalys utfördes och deskriptiv statistik framställdes med hjälp av SPSS. Det var 173

patienter som var med i undersökningen. De hade vårdats på en postoperativ vård enhet. Resultatet av smärtskattningen, inom fem minuter efter ögonen öppnats efter operation eller när de kom till den postoperativa avdelningen så hade 101 (70,1%) av barnen värderat smärtan till 0 på en skall 0 till 10 och 120 (83,3%) av barnen hade värderat smärtan till under 4 av 10. För de barn som hade smärtpoäng över 4 tog det i medel 6,7 minut innan de fick smärtstillande medicin. För att uppnå en smärtpoäng under fyra tog det i medel 38 minuter. På den postoperativa avdelningen så fick totalt 56 barn (39%) smärtstillande medicin, varav de 33 barn hade smärt poäng över 4. De barnen som fick smärtlindring så fick de flesta paracetamol, med det gavs också paracetamol plus kodein. Vid utskrivning från postoperativa avdelningen hade fyra patienter smärtpoäng över 4 (2,8%). Längden på vistelsen på postoperativa avdelningen bestämdes på patientens ålder och kirurgiska operation. Tjugotvå patienter (15,3%) hade en långvarig vistelse, detta berodde på smärta (46%), sedering (23%), operationen (14%) andnödssymtom (9%) och övrigt (14%). (Traudeau, Lamb, Gowans & Lauder, 2009)

En annan artikel vi hittade hade gjorts av Siew Hoon Lim, Sandra Mackey, Joanne Li Wee Liam and Hong-Gu He (2012). Syftet med studien var att öka förståelsen och upplevelsen för föräldrarna så att de ska kunna hantera sitt barns postoperativa smärta. Föräldrarna spelar en viktig roll i barnens postoperativa smärtlindring när de är på sjukhus. Deras aktiva medverkan kan bidra till en korrekt smärtbedömning och effektiv smärtlindring för sina barn. Denna studie har antagit en deskriptiv kvalitativ metod. Man använde semi - strukturerade intervjuer som genomfördes för att samla in data från 14 föräldrar vars barn blev inlagda på sjukhus på en pediatrik-kirurgisk avdelning på ett sjukhus i Singapore i december 2009. Tematisk analys användes för att analysera data. Tre teman identifierades: "Åtgärder som används av föräldrar för att lindra sina barns postoperativa smärta", "Faktorer som påverkar föräldrars hantering av deras barns postoperativa smärta" och "Föräldrars behov av att ta hand om sina barns postoperativa smärta". Föräldrarna använde en rad icke - farmakologiska smärtlindringsinsatser för deras barn. Föräldraroller och förväntningar, bandet mellan förälder och barn, stöd från sjuksköterskor, familj och egna religiösa övertygelser, liksom barnens ålder och mognad var faktorer som främjade föräldrarnas delaktighet, medan föräldrarnas negativa känslor och okunskap samt sjuksköterskornas brådska var hindrande faktorer. Föräldrarna uttryckte behov av mer engagemang i sina barns omsorg, tillräcklig vila och informationsstöd från sjuksköterna.

Denna studie belyser vikten av att involvera föräldrarna i deras barns postoperativa smärtlindring. Den ger stöd för sjukvårdspersonal att de behöver vara uppmärksamma på faktorer som kan påverka föräldrarnas delaktighet. Sjukskötarna behöver ge föräldrarna mera stöd och kunskap för att underlätta deras roller och förbättra deras barns postoperativa smärtlindring. (Hoon Lim, Mackey, Wee Liam & Hong-Gu, 2012)

Brown, D-N. (2008) ville i sin artikel undersöka smärtbedömningen. Definitionen av smärta beskrivs som "en obehaglig, sensorisk och känslomässig upplevelse av en vävnadsskada". Denna definition av smärta omfattar fysiska, psykiska, sociala, kulturella och miljömässiga faktorer av hur smärtan uppfattas, hanteras och utvärderas. (International Association for the Study of Pain, 2003) Smärtbedömningsskalor ökar kommunikationen mellan patienter och sjuksköterskor genom att man gör en subjektiv mätbar upplevelse av smärtan. Field (1996) påstår att sjuksköterskor och andra som arbetar i uppvakningsrummet har en speciell och viktig roll i bedömningen och lindrandet av postoperativ smärta. I uppvakningsrummet tar sjuksköterskor aktivt del av smärtbedömningen genom att låta patienten sätta betyg på sin smärta samt dokumentera och rapportera smärtan hos patienten. Postoperativ smärtlindring bör rikta sig på behoven hos den enskilda patienten snarare än på förutfattade meningar av hur mycket smärta en viss typ av kirurgi kan framkalla. För att få den individuella upplevelsen av postoperativ smärta måste man använda sig av giltiga smärtbedömningsskalor. I artikeln tar man upp fyra olika smärtbedömningsskalor. Verbal Rating Scale (VRS) numreras från 0-3 eller A-D där 0 eller A är ingen smärta och 3 eller D är svår smärta, Visual Analogue Scale (VAS) där patienten graderar sin smärta från 0 (ingen smärta) till 10 (värsta tänkbara smärta), Numerical Rating Scale (NRS) är också en skala där man graderar smärtintensiteten från 0-10 och The Faces of Pain Scale (FPS) är en skala för barn där man med hjälp av ansiktsuttryck graderar smärtan. Ett område som ännu kräver mera forskning angående smärtbedömningen är hur man gör med de patienter som är oroliga eller på grund av sjukdom inte kan svara på frågor gällande smärtbedömningen. Det man vet är att sjukskötare på uppvakningen kan göra är att bedöma patientens oro, ansiktsuttryck, muskeltonus eller om huden är kallsvettig och blek samt observera de fysiologiska funktionerna så som blodtryck, puls och andningsfrekvens. (Brown, 2008)

6 Metod

I vårt examensarbete har vi använt oss av kvalitativa och kvantitativa metoder. Kvalitativa metoder är t.ex. fokusgrupper, intervjuer eller konferenser. Kvalitativ metod används ofta då man behöver förstå målgruppen djupare. När man använder kvalitativ metod har målgruppen större frihet och kan säga sina åsikter och synpunkter. Kvantitativ metod är när man använder sig av statistiska och kvantifierbara resultat. Det kan vara t.ex. enkätundersökning, pappers eller webbaserad. Enkäter kan vara lämpliga när man vill belysa omfattningen av något. Nackdelen med enkäter är att målgruppen inte kan diskutera svaren och komma med egna synpunkter. (www.edelegationen.se)

6.1 Undersökningens material/ Val av informanter

Vi har från tre sjukhus i Österbotten valt ut sjukskötare som arbetar med barnsjukvård. Vi har skickat ut 30 enkäter till sjukskötare som arbetar på barnavdelningar eftersom vi ansåg att de kan besvara våra frågeställningar bäst.

6.2 Enkät

Datainsamlingsmetoden i denna studie är en enkätundersökning. En enkät innebär en skriftlig förfrågan i pappersform, på internet eller i någon annan form som skickas ut till flera personer. Svaren lämnas in skriftligt på den blankett som skickats ut. Enkäten som vi skickat ut innehåller både öppna och slutna frågor. När vi analyserar enkäterna utgår vi från en kvantitativ metod, där vi valt deskriptiv statistik. Tanken med deskriptiv statistik är att man vill få en enkel och överskådlig bild av datamaterialet.

Vid ifyllandet av enkäter är det viktigt att man ser till att anonymiteten. Man bör också ha tillräckligt med tid åt informanterna att besvara enkäten för att minimera mätfelen och bortfallet på enskilda frågor. Det här är viktigt eftersom man inte kan ta ny kontakt med undersökningsgruppen för att reda ut oklara svar när enkäten görs anonymt. (Dahmström, s.95-96)

Med enkäter kan man nå många personer, de svar man får in är skriftliga och därmed lättare att bearbeta. Då vet man att alla personer har fått samma frågor och då är det lättare att jämföra svaren. Enkäten utformas genom att man grundligt genomarbetar den innan man sänder ut den. En enkät får inte vara för omfattande. Ledande frågor får inte förekomma och oklara, konstiga eller enkla frågor är dåliga att behandla. När man skall analysera svaren är

det viktigt att man har gjort så att svarsalternativen utesluter varandra, annars blir det genast en tolkningssvårighet. När man börjar analysera enkäterna måste man alltid fastställa hur många svar man fått och hur stort bortfallet är. Det finns två olika slag av bortfall, det ena är att man inte får tillbaka enkäten och det andra är att några frågor är obesvarade. (Ejvegård s.55-56).

6.3 Deskriptiv statistik

Deskriptiv statistik eller beskrivande statistik handlar om att sammanfatta ett datamaterial på ett lättfattligt sätt, man sammanfattar ett material och använder sig av statistiska sammanfattande mått, även kallat kännetecken. (Spssakademin, 2008.)

Då man har stora mängder datamaterial är det inte lämpligt att presentera alla värden i en stor tabell eftersom det skulle bli överskådligt. Istället reducerar man informationen och tar fram det väsentliga i små tabeller. I den deskriptiva statistiken använder man sig av siffror för att ge en beskrivning av det insamlade materialet och på detta sätt belysa forskningsproblemet. I den kvantitativa metoden kan man dela i deskriptiv statistik i intervalldata och kvotdata. Intervalldata innebär data som är ordnade med mätbara skillnader och kvotdata är ordnade data där man kan bilda meningsfulla skillnader och kvoter. Beroende på vilken typ av data man har att göra med kan man göra olika former av förenkling. Exempel på olika former man kan göra är frekvensdiagram, stolpdigram eller trappstegsdiagram. (Patel & Davidson, 2011)

6.4 Innehållsanalys

Innehållsanalys är ett sätt att analysera texter och dokument som på ett systematiskt sätt syftar till att kvantifiera innehållet utifrån kategorier som bestämts i förväg. Inom vården används innehållsanalys ofta eftersom fokus ligger på att tolka olika former av texter (observation, intervju etc.) När man analyserar ett material skall texten som man analyserar skrivas ut ordagrant och texten borde läsas flera gånger för att få en helhetsbild. (Bryman, 2011)

Fördelar med innehållsanalys är att den kan användas på många olika typer av data, är användbar när datamaterialet är stort och omfångsrikt samt att det är en kreativ process. Det negativa med innehållsanalysen är att det är tidskrävande, kodningen splittrar så det finns risk att sammanhanget tappas bort, det kräver arbete på flera abstraktionsnivåer samtidigt samt att det finns en risk att man pressar in materialet i de kategorier som finns. Noggrann beskrivning är viktigt för att materialet ska vara trovärdigt. (Henricson, 2012)

6.5 Forskningsetiska principer

Respondenterna måste ta hänsyn till undersökningen vad gäller forskningsetiska aspekter. Målet för forskningsarbetet är att ta fram kunskap som är trovärdigt men som också är viktig för oss respondenter såväl som andra individer. Informanterna får inte utsättas för psykisk eller fysisk skada, förödmjukelser eller kränkning. När det handlar om humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning så har man formulerat fyra övergripande etikregler. De fyra huvudkraven är följande: Informationskravet – Forskaren skall informera syftet med forskningen åt informanterna. Samtyckeskravet- Informanterna i undersökningen har rätt att bestämma över sin medverkan. Konfidentialitetskravet – Uppgifterna i undersökningen skall behandlas konfidentiellt och personuppgifterna skall förvaras så att obehöriga inte kan ta del av det. Nyttjandekravet – De insamlade uppgifterna får användas enbart för forskningsändamål. (Patel & Davidson, s. 62-63)

7. Undersökningens praktiska genomförande

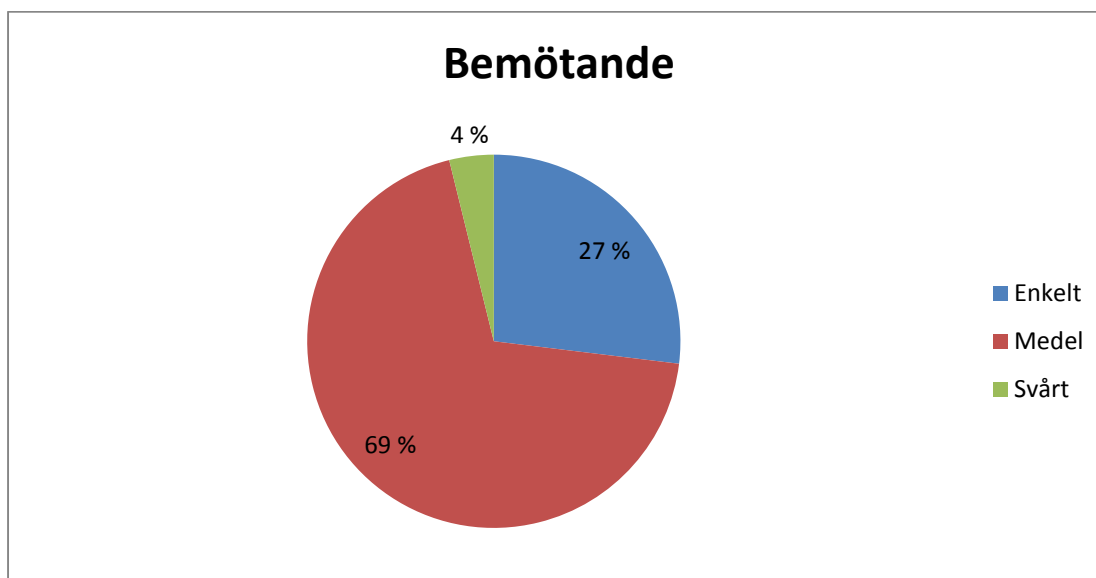
Undersökningen genomfördes våren 2014. Vi valde informanterna från tre olika sjukhus i Österbotten, sjukskötare som arbetar med barnsjukvård. Eftersom sjukskötare som arbetar på barnavdelningar är mest kunniga inom området vi undersöker valde vi dem, vi ansåg att de kan besvara våra frågeställningar bäst. Vi skickade mejl till avdelningsskötaren på respektive barnavdelning, från två sjukhus fick vi genast jakande svar medan det tog lite längre från det tredje eftersom vi måste skicka in en anhållan om lov (se bilaga 2) att få göra undersökningen där. Efter att vi fått svar från de två första, utformade vi enkäten (se bilaga 1) så vi skulle få svar på alla frågeställningar. Eftersom en del av informanterna är finskspråkiga översatte vi enkäten och följebrevet till finska. Efter att vi fått lov från alla sjukhus att göra undersökningen förde vi själva enkäterna och en låda att sätta svaren i, till respektive avdelning. Vi gav informanterna två veckor att besvara enkäterna. När två veckor hade gått hämtade respondenterna enkäterna. När 26 av 30 enkäter kom tillbaka så gick vi igenom dem. De slutna frågorna i enkäterna räknades och vi analyserade svaren med hjälp av deskriptiv statistik och presenterar resultatet med hjälp av diagram diagram. Diagrammen gjordes i Word. De öppna frågorna analyserades och kodades i olika kategorier. Med de olika analyseringarna fick vi fram resultaten.

8. Resultatredovisning

Av utdelade 30 frågeformulär blev 26 st besvarade. Svarsprocenten blir då 87 %. Vårt resultat utmynnade i tre temaområden. De tre temaområden är bemötande, smärtskattning och smärtlindring. Vi kommer att redovisa med cirkeldiagram från de slutna frågorna och kommentera resultatet från de öppna frågorna.

8.1 Bemötande

Vårt första temaområde var bemötande. I enkäten frågade vi informanterna hur de upplever bemötandet av barn med postoperativ smärta samt hur de kommunicerar med barnen för att alla skall förstå varandra.



Figur 1: Hur sjuksköterskan upplever bemötandet av barn med postoperativ smärta.

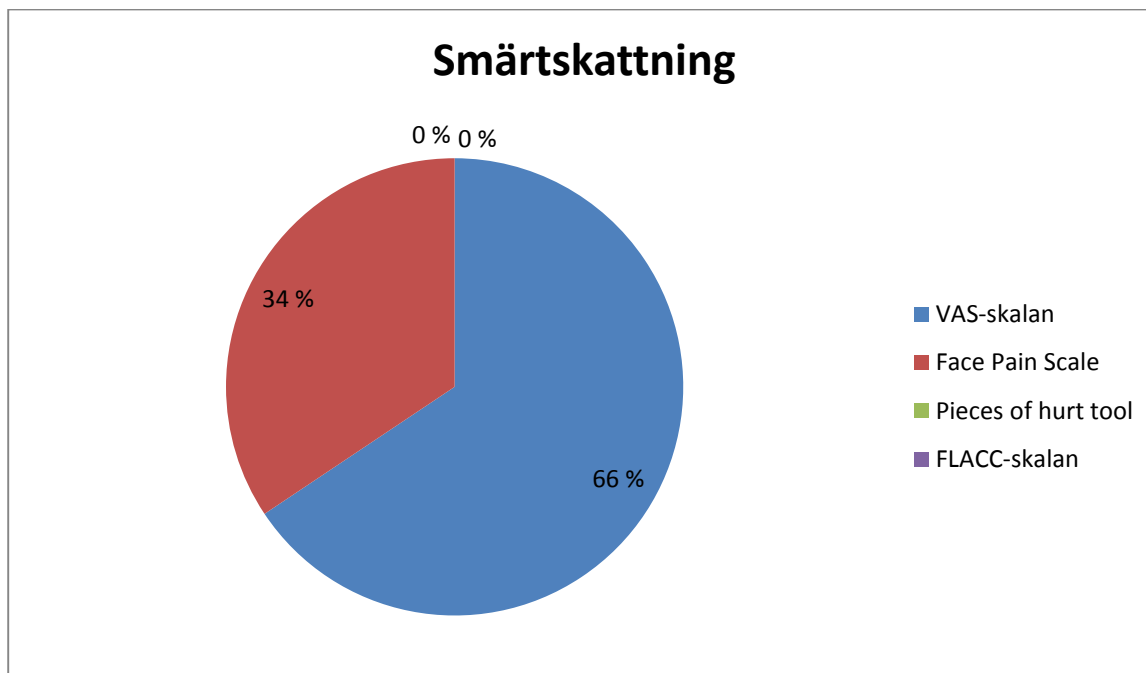
De flesta informanterna upplevde att bemötande av barn med smärta är medelsvårt (69 %). Informanterna tycker att bemötande är beroende av ålder, smärtröskel, kommunikation och barnets rädsla.

En av våra frågor var på vilket sätt informanterna kommunicerar med barnen. Det kom fram i svaren att informanterna pratar på barnets språk, använder ett lättförståeligt språk, kroppsspråk, lugn atmosfär och att man böjer sig ner så man är i samma längd som barnet. Många tyckte det var viktigt att man lägger märke till barnets ålder och utvecklingsfas. Flera ansåg att det är bäst att kommunicera med ett barn när föräldrarna är med, eftersom de bäst

förstår barnet. Förklara tydligt för barnet vad du gör, vara bestämd och säker, det inger trygghet hos barnet.

8.2 Smärtskattning

Smärtskattningsskalor är viktiga att använda sig av när man vill veta hur mycket smärta ett barn har, därför ville vi veta vilka smärtskattningsskalor man använder sig av på olika sjukhus.



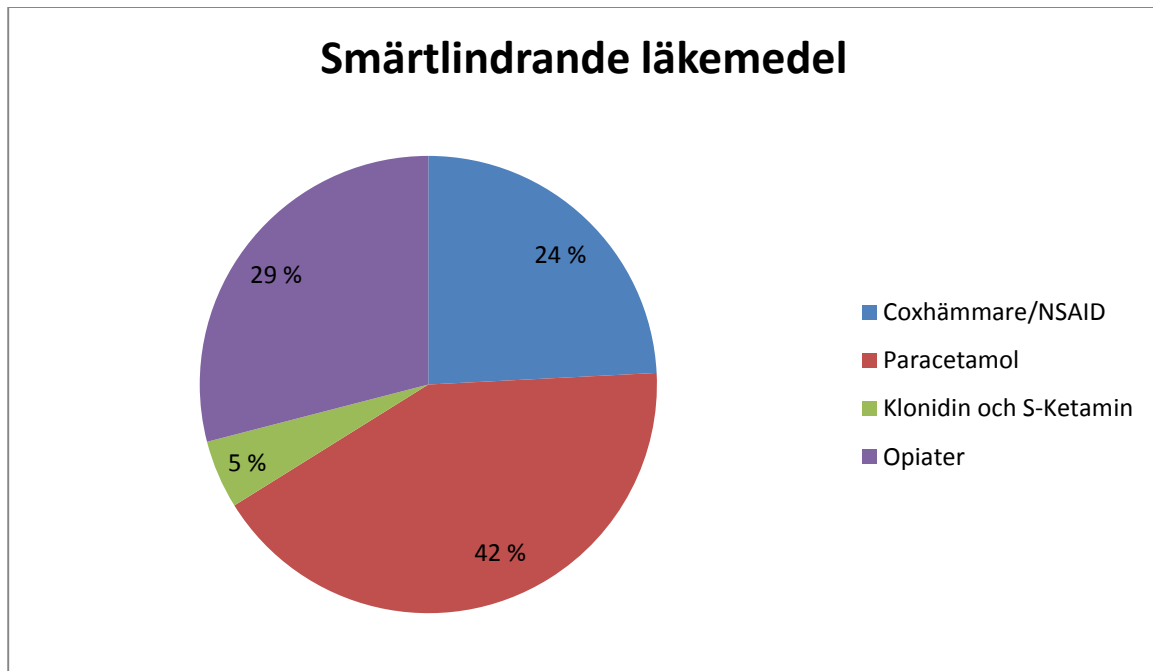
Figur 2: Vilka smärtskattningsskalor som används.

De flesta använde VAS-skalan för att bedöma barnets smärta (66 %). Motiveringen till att man använde just den skalan var att den finns till förfogande på avdelningen och att den är enkel att använda. Face Pain-skalan ansågs vara lätt för barnen att förstå och den passar för barn i alla åldrar. En ansåg att det underlättar om alla använder samma skala.

Andra metoder som används vid bedömning av smärta är att kontrollera de vitala funktionerna, kontrollera barnets kroppsspråk samt att fråga föräldrarna hur de upplever barnets smärta. Många tyckte det var viktigt att observera gråt och ansiktsuttryck. Genom att iaktta barnet får man en bra bild om hur smärtpåverkad barnet är.

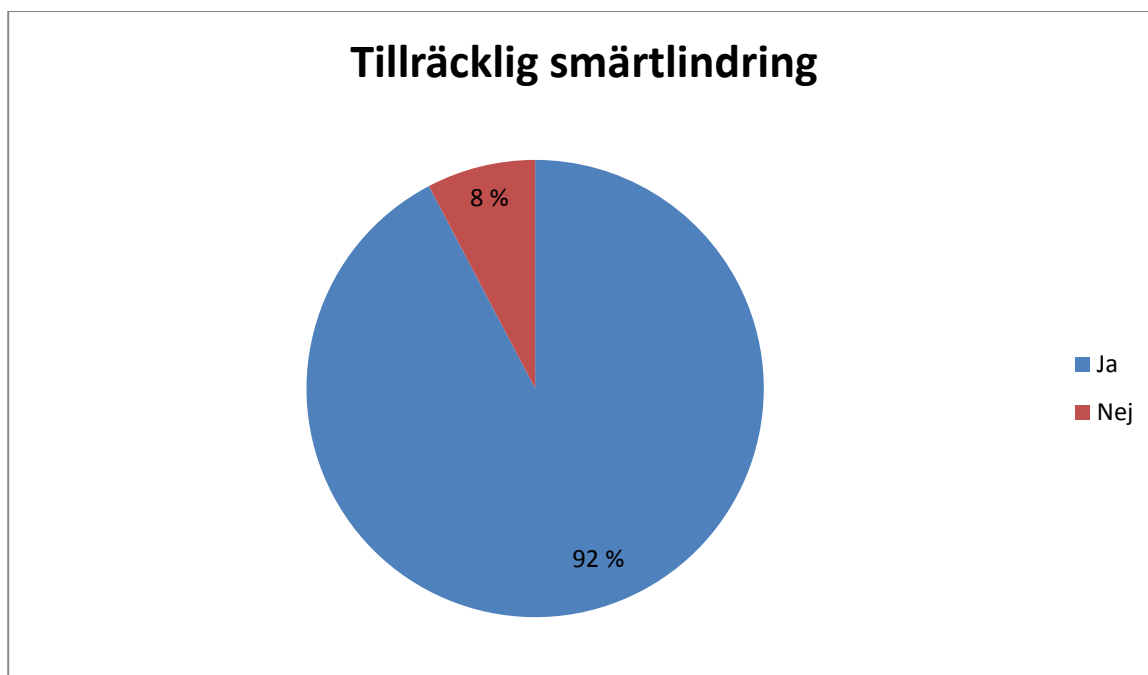
8.3 Smärtlindring

Det är viktigt att barnen får en tillräcklig smärtlindring så vi frågade informanterna vilket eller vilka läkemedel de använder sig av för att ge barnen tillräcklig smärtlindring.



Figur 3: Smärtlindrande läkemedel som används mest för postoperativ smärta

På frågan om vilket läkemedel som ges mest hade många valt två alternativ. Informanterna ansåg att paracetamol var det mest använda läkemedlet men NSAID och cox-hämmare var också välanvända. Opiater ges till en del medan Klonidin och S-Ketamin inte används lika mycket.



Figur 4: Får barnet tillräcklig smärtlindring?

De flesta ansåg att barnen får tillräckligt med smärtlindring (92 %). Någon ansåg att barnen får för lite smärtlindrande som hemmamedicinering, några andra tyckte att barnen inte får tillräckligt efter en operation men om man kontaktar läkarna får man bra hjälp. En informant tyckte att barnet inte får allt som ordinerats och att det väntas på att de ska bli sjuka innan de får något.

De flesta hade många andra åtgärder man kan ta till för att lindra smärtan. Man använder kylpåsar, varma gelpåsar, smärtdämpande salvor och massage. Många ansåg viktigheten av lugn och ro, lägesändringar, avslappning och avledande samtal så att barnet får annat att tänka på. En informant tyckte det är viktig att informera om vad smärtan beror på och att förklara vad man kan göra för att ta bort smärtan. Kroppskontakten kan också vara viktig eftersom det hjälper barnet att slappna av.

9 Tolkning

Vi kommer att tolka vårt resultat från enkätundersökningen med tidigare forskning och den teoretiska bakgrunden. Frågeställningarna som vi ville ha svar på var hur man bemöter barn med postoperativ smärta, hur man gör smärtbedömning och hur man lindrar postoperativ smärta.

9.1 Bemötande

I den teoretiska bakgrunden framkom hur viktigt det är att man bemöter barnet på rätt sätt. För att barnet skall känna att han/hon blir bemött på ett bra sätt behöver man vara vänlig, uppmärksam, ge stöd och lyssna. När information ges bör man ta hänsyn till barnets ålder och utvecklingsfas. Det gäller att använda sig av enkla, konkreta och korta förklaringar så att barnet förstår vad som menas. Det är också forskat att barn som blivit väl informerade upplever senare mindre stress och anpassar sig bättre till vårdsituationen. Informanterna beskrev också viktigheten av ett bra bemötande, hur de tar hänsyn till barnets ålder och utvecklingsfas. I bemötandet och kommunikationen med barn är de första minuterna viktiga, hur man pratar med barnet, har ögonkontakt, ler och att man också pratar med barnet om annat än det som berör vården. Inga tydliga skillnader fanns i hur man upplever bemötandet med barn, den teoretiska bakgrunden, informanterna och forskningarna är av samma uppfattning.

Många informanter tyckte det var viktigt att ta med föräldrarna i vården. Siew, L., Sandra, M., Joanne, L. & Hong-Gu, H. (2012) skriver i sin studie om hur viktig roll föräldrarna har i den postoperativa smärtlindringen när barnen är på sjukhus. Föräldrarna känner sina barn bäst och behöver därför vara delaktiga i vården. Studien ger stöd för sjukvårdspersonalen att de behöver vara uppmärksamma på faktorer som kan påverka föräldrarnas delaktighet. Sjukskötarna behöver ge föräldrarna mera stöd och kunskap för att underlätta deras roller och förbättra deras barns postoperativa smärtlindring.

I studien av Qian Wen, S., Beverley, T., Joanne, L., Piyanee, K-Y., Wenru, W. & Hong-Gu, H. (2013) intervjuade man barn i skolåldern om deras upplevelser hur den postoperativa smärtlindringen gjordes, kan man se samma resultat mellan studien och vår enkätundersökning. Informanterna beskrev de iakttagelser som de gör för att förstå barnens smärtupplevelser vilket barnen i undersökningen uppgav att de visade på t.ex. kroppsspråk och gråt. Barnen upplevde också att sjukskötarna tog till andra stödstrategier än läkemedel, vilket de också ansåg var viktiga. Informanterna ansåg också viktigheten av att använda andra metoder. Det här ger stöd för hur viktigt det är att också använda andra metoder än läkemedel.

9.2 Smärtskattning

I studien av Simons, J. & Moseley, L. (2008) kom det fram att bedömningen av barns smärta med hjälp av validerade instrument kan förbättra sjuksköterskor förtroende för att administrera analgetika såsom kodein och morfin. I enkäterna framkom att informanterna använder sig av smärtskattningsskalor, VAS skalan är den som används mest. Det här förbättrar administrationen av smärtlindring, dvs. att barnen får den smärtlindring de behöver. I den teoretiska bakgrunden så kommer det också fram att det är viktigt att se till barnets ansiktsuttryck och kroppshållning för att se hur barnet upplever smärtan. Det hade också en del av informanterna skrivit i enkäterna.

9.3 Smärtlindring

När vi ser på resultaten så anses smärtlindringen tillräcklig för barn med postoperativ smärta. I tidigare forskning och även i våra enkäter så framkommer det att paracetamol är den mest använda smärtlindrande läkemedel hos barn. I Simons, J. & Moseleys, L. (2008) undersökning som gjordes 2008 framkom det i resultatet att paracetamol var det mest använda läkemedlet för smärtlindring. I vår enkätundersökning så var resultatet att paracetamol användes mest. Detta framkom också i den teoretiska bakgrunden att Paracetamol används som basterapi i smärtlindringen. NSAID-preparat är det näst vanligaste läkemedel som används vid postoperativ smärta, vilket framkom både i teoretiska bakgrunden och i enkätundersökningen. De flesta av informanterna ansåg att barnet får tillräcklig med smärtlindring. För att veta om smärtlindringen är tillräcklig borde man följa med och utvärdera barnets smärta regelbundet vilket framkom i den teoretiska bakgrunden och i studierna. En tillräcklig smärtlindring i god tid är viktigt. För att uppnå en god smärtlindring planeras smärtbehandlingen efter barnets ålder, området för kirurgi, kirurgins invasivitet och förväntad smärtduration. För att kunna avgöra om den smärtlindrande effekten är tillräcklig eller om barnet fått bieffekter behöver sjukskötaren ha goda kunskaper om läkemedlets effekter och bieffekter. Som det framkom i resultatet finns det många andra metoder än läkemedel att ta till när barnet har smärta, men man behöver ändå komma ihåg att det alltid behövs smärtlindrande läkemedel och att man sen tar till andra åtgärder.

Vi har inte sett någon större skillnad mellan den teoretiska bakgrunden, forskningarna och enkätundersökningen. Det vi kom fram till om bemötandet är att det är viktigt att föräldrarna

är delaktiga i vården, att bemöta barnet på rätt sätt och på barnets nivå. Det är viktigt att göra en ordenlig smärtskattning, att använda smärtskattningsskalor men också iaktta barnet och se på deras kroppsspråk, utgående från det kan man göra en rätt smärtbedömning. Angående smärtlindringen kom det tydligt fram att paracetamol används mest. Största delen av informanterna ansåg att barnen får en tillräcklig smärtlindring. Enligt den teoretiska bakgrunden har man smärtscheman så att barnet får god smärtlindring, detta har också respondenterna erfarenhet av.

10 Kritisk granskning

Vi kommer att kritiskt granska bristerna av våra enkäter samt antalet informanter. Granskningen har vi gjort utgående från Patel och Davidson (2008) bok om *Forskningsmetodikens grunder*.

Validitet innebär att man undersöker det som man avser undersöka, man måste veta att man har en god validitet. För att få en god reliabilitet måste vi veta att vi gör det på ett tillförlitligt sätt. (Patel & Davidson, 2008)

I vårt examensarbete har vi haft tre tydliga ståndpunkter som vi utgått från att undersöka; hur man bemöter barn med postoperativ smärta, hur man gör en smärtbedömning och hur man lindrar deras postoperativa smärta. I den teoretiska bakgrunden framkommer tydlig alla tre delar samt i enkätundersökningen kommer alla tre punkter fram. I studierna kunde validiteten vara bättre, där smärtlindringen kanske får för stor plats, men ändå är vi överens om att validiteten i vårt arbete är god. För att få en god reliabilitet har vi använt oss av tillförlitliga internetkällor och böcker i den teoretiska bakgrunden, studierna vi har hittat är vetenskapliga forskningar. Informanterna som valts arbetar alla på barnavdelningar där de vårdar barn med postoperativa smärtor, så därför är de en säker och tillförlitlig källa. Reliabiliteten i vårt arbete är alltså god.

Granskningen innebär att vi ifrågasätter vårt arbete på ett positivt sätt. Viktigt att komma ihåg vid granskning att inte bara ifrågasätta utan även komma med alternativ till förbättring, eftersom granskningen även är ett inlärningsstillfälle. Det gäller att hitta arbetets inre sammanhang, d.v.s. arbetets ”röda tråd”. (Patel & Davidson, 2008.)

När vi granskar vårt arbete så tycker vi att det fanns gott om litteratur och bakgrundsfakta om vårt ämne. Vi använde oss mest av böcker, detta kan i sin tur vara bra för ofta är böcker bra granskade så att vi får den rätta informationen. Internet använde vi också oss av, där finns den senaste forskningen och informationen men där måste man vara uppmärksam eftersom inte all information är relevant.

Efter en tids sökande hittade vi vetenskapliga artiklar som berör området, även fast några av artiklarna hade sina brister. Vi som respondenter borde ha varit noggrannare och lagt mera tid vid analyseringen av artiklarna, men eftersom de flesta artiklarna var engelskspråkiga hade vi inte så lätt att analysera dem.

I efterhand när vi granskat vårt arbete kom vi fram till att vi kunde ha gjort enkäterna på ett annat sätt. Enkäter kan ha både öppna och slutna frågor, vilket vi har använt oss av i vårt arbete, men när det kommer till tolkningen av enkäterna är det lättare om man har enbart slutna frågor. Enligt Patel & Davidson (2008) är standardisering och strukturering viktigt vid en enkäts uppbyggnad, dvs. att man har frågor som täcker alla delområden och se till att svarsalternativ är relevanta. Enkäter vi skickade ut innehöll frågor och svarsalternativ som gjorde att vi fick svar på våra frågeställningar. Slutsatsen av detta visar att vi hade en god struktur i våra enkäter.

Tolkning av resultatet var en svår del av arbetet, men vi fick fram en slutsats. Vi hittade samband mellan teorin, forskningen och vår egen enkätundersökning. Tolkningen kunde ha varit djupare och mer innehållsrik, men vi fick ändå fram det viktigaste.

11. Diskussion

Syftet med denna studie var att göra ett arbete för sjukskötare så att de lättare skulle förstå och bemöta barn med postoperativa smärtor samt hur man bedömer och hur man lindrar den postoperativa smärta.

Vårdpersonal kan ha nytta av denna studie. Mycket som kommit fram i studien används redan på avdelningarna men man har kanske ändå hittat något man kunde göra bättre. Med tanke på smärtlindringen är det viktigt att barnen får god smärtlindring i tid och att man alltid har smärtlindringsschema med tider när barnet ska få smärtlindring. Smärtlindringsscheman borde vara upplagda så att barnet inte hinner känna av smärtan. Dessa tider ska också kunna

justeras vid behov beroende på barnens smärtgrad. En god basmärtlindring gör att barnet repar sig snabbare från operationen samt bättre kan bearbeta sjukhusvistelsen.

Vid bemötande och vården av barn borde man komma i håg att alltid ha föräldrarna delaktiga i vården, så långt som det är möjligt. Det underlättar både för barnen och vårdpersonal om föräldrarna också är delaktiga. Eftersom föräldrarna sköter barnen där hemma efter sjukhusvistelsen känns också hemfärden tryggare om de fått vara med och delta i vården på avdelningen. Smärtskattningsskalor används flitigt och det bör man fortsätta med eftersom man då kan uppskatta barnets smärta och ge smärtlindring därefter. Viktigt att utvärdera smärtan regelbundet för att se om läkemedlet haft den effekt den borde ha.

När respondenterna började skriva examensarbetet söktes bakgrundsfakta om bemötande, smärtskattning och lindrande hos barn som genomgått en operation. Tillsammans sökte vi fakta i böcker och på internet om just de här ämnena. Respondenterna hittade bra information om postoperativ smärta. När vi upplevde att vi hade tillräcklig med bakgrundsfakta utformade vi enkäten som skulle skickas ut. 30 enkäter skickades ut och 26 enkäter fick vi tillbaka. Respondenterna var nöjda över antalet enkäter vi fick tillbaka.

När enkäterna hämtades tillbaka började respondenterna undersöka sambandet mellan bakgrundsfakta och svaren från enkäterna. Respondenterna fann ett samband från de tidigare forskningar och de svar vi fick från enkäterna. Bland annat fann vi både i enkäterna och i bakgrundsfakta att Paracetamol används flitigt inom den postoperativa vården.

Respondenterna tycker att det har varit lärorikt och intressant att skriva om postoperativ smärta hos barn. Vi har lärt oss mycket nytt, men till viss del har det också varit repetition. Det vi tyckte var intressant var att se hur sjukskötare använder sig av andra metoder än läkemedel vid lindrande av smärta.

Respondenterna hade lätt att komma igång med examensarbete och vi höll vår tidsplan under våren. Enkäterna skickade vi ut på våren och det drog ut på tiden. Under sommaren hade vi en längre paus från arbetet, men under hösten tog vi tag i arbetet igen. Efter att vi skrivit vårt examensarbete har vi lärt oss vikten av samarbete, vilket vi tycker har fungerat bra. Samarbete är en viktig del i vårt kommande sjukskötaryrke.

Källor:

Bjerneroth-Lindström, G. (2011) *Smärta*. 1177. <http://www.1177.se> (hämtat 6.3.2014.)

Brantberg, A-L. & Allvin, R. (2012) *Smärtskattningsinstrument*. Vårdhandboken. www.varhandboken.se (Hämtad 12.2.2014)

Brown, D-N. (2008) Pain assessment in the recovery room. *Open Learning Zone*; 18.

Bryman, A. (2011) *Samhällsvetenskapliga metoder*. Liber: Stockholm

Dahmström, K. (2011) *Från datainsamling till rapport-att göra en statistisk undersökning*. Studentlitteratur: Poland.

Ejvegård, R. (2009) *Vetenskaplig metod*. Studentlitteratur: Lund.

Eriksson, K. (1994) *Den lidande människan* Liber: Arlöv

Gellerstedt, M. (2008) *Tillämpad statistik – att samla och sammanfatta data*. Spss Akademin <http://www.spssakademin.hv.se/Media/Get/12194/Laboration20deskriptiv20statistik.pdf>(hämtad 28.4.2014)

Haegerstam, G. (2008) *Smärta-ett mångfacetterat problem*. Studentlitteratur: Lund.

Hallström, I. & Lindberg, T. (2009) *Pediatrik omvårdnad*. Liber: Stockholm.

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

Johansson, R. & Skärgren, L. (2008) *Vårdpedagogik. 2:a uppl.* Liber: Stockholm.

Karlsson-Gadea, I. (2011) *Mötet med vården*. 1177. <http://www.1177.se> (hämtat 28.1.2014)

Lindberg, S. (2013) *I hälsans spelrum-lek på vårdandets scen*. Åbo Akademiens förlag: Åbo.

Linton, S. (2005) *Att förstå patienter med smärta*. Studentlitteratur: Lund.

Lundeberg, S., Ekmark, L., Lindberg, A., Segerberg, M. & Skogström, L. (2013) *Smärtbehandlingsenheten för barn*. Astrid Lindgrens barnsjukhus/Karolinska Universitetssjukhus. <http://www.karolinska.se> (hämtat 29.1.2014)

Moëll, C. & Gustafsson, J. (2011) *Pediatrik*. Liber: Stockholm

Månsson-Edwinson, M. & Enskär, K. (2008) *Pediatrisk vård och specifik omvårdnad 2:a uppl.* Studentlitteratur: Lund

Olsson, G. & Jylli, L. (2001) *Smärta hos barn och ungdomar.* Studentlitteratur: Lund.

Patel, R. & Davidson, B.(2011) *Forskningsmetodikens grunder* Studentlitteratur: Lund.

Patel, R. & Davidson, B.(2008) *Forskningsmetodikens grunder* Studentlitteratur: Lund

Siew, L., Sandra, M., Joanne, L. & Hong-Gu, H. (2012) An exploration of Singaporean parental experiences in managing school-aged children's postoperative pain: a descriptive qualitative approach. *Journal of Clinical Nursing* 21.

Simons,J. & Moseley,L. (2008) Post-operative pain: the impact of prescribing patterns on nurses' administration of analgesia *Paediatric nursing*, 14-19

Smith, W., Toombes, J. & Usher, K. (2011) Children's postoperative pro re nata (PRN) analgesia: Nurses' administration practices. *Contemporary Nurse*; 37, 160-172.

Traudeau,J. Lamb,E. Gowans,M. & Lauder,G.(2009) A prospective audit of postoperative pain control in pediatric patients. *Aorn Journal*.

Warstrand, L. (2014) *Vägledning för behovsdriven utveckling.* E-delegation. www.edelegation.se (hämtat 4.11.2014)

Werner, M. & Strang, P. (2005) *Smärta och smärtbehandling.* Liber: Stockholm

Westerling, D. (2013). *Smärta, postoperativ- vuxna.* Internetmedicin.

<http://www.internetmedicin.se> (hämtat 12.2.2014)

Qian Wen,S., Beverley, T., Joanne, L., Piyanee, K-Y., Wenru, W. & Hong-Gu, H.(2013) Postoperative pain management experiences among school-aged children: a qualitative study. *Journal of clinical nursing*, 22.

Bilaga 1

Bästa sjukskötare.

Vi är tre sjukskötarstuderande från Yrkeshögskolan Novia, Vasa. Vi gör nu vårt examensarbete som handlar om postoperativ smärta hos barn. Syftet med denna studie är att sjukskötare lättare ska kunna förstå och bemöta barn med postoperativa smärtor samt hur man bedömer och hur man lindrar smärtan. Vi har i vår studie avgränsat oss till barn i 1-16 års ålder.

Vi gör en kvalitativ studie där vi kommer att använda enkät som datainsamlingsmetod. Resultatet av undersökningen kommer vi att analysera med hjälp av innehållsanalys och deskriptiv statistik, resultatet presenteras i vårt slutarbete.

Det är frivilligt att fylla i denna enkät. Vi önskar att ni vill delta i vår studie, eftersom flera deltagare ger ett tillförlitligare resultat. Era svar behandlas konfidentiellt och vi garanterar er anonymitet. På avdelningen finns en låda att sätta enkäterna i. Enkätundersökningen pågår under vecka 18-20.

Tack för er medverkan!

Johanna Häggman

johanna.liljekvist@novia.fi

050 412 5032

Emilia Eklund

emilia.eklund@novia.fi

050 466 0489

Evamaria Eklund

evamaria.eklund@novia.fi

050 432 5871

Handledande lärare:

Barbro Mattsson-Lidsle

barbro.mattsson-lidsle@novia.fi

[06-3285338](tel:06-3285338)

Enkätundersökning om barns postoperativa smärta

1. Hur upplever du bemötande av barn med postoperativ smärta?

- a) Enkelt
- b) Medel
- c) Svårt

Motivera ditt

svar: _____

2. På vilket sätt kommunicerar du med barnet så att ni på bästa sätt förstår varandra?

3. När du gör en smärtskattning av barnet, vilka metoder använder du då?

4. Vilka skalor använder du vid smärtskattning?(Ringa in de du använder)

- a) VAS-skalan
- b) Face Pain Scale
- c) Pieces of Hurt tool
- d) FLACC-skalan
- e) Annan? _____

Motivera varför du använder just den

skalan: _____

5. Vilka smärtlindrande läkemedel används mest för postoperativa smärtor?

- a) Cox-hämmare/NSAID

- b) Paracetamol
- c) Klonidin och S-Ketamin
- d) Opioder
- e) Annan _____

6. Tycker du att barnen får tillräckligt med smärtlindring vid postoperativ smärta?

Ja ____

Nej ____

Motivera _____

7. Använder du andra åtgärder än läkemedel för att lindra smärtan? Beskriv de metoder du använder och hur du går tillväga.

Tack för ditt svar!

Hyvät sairaanhoitajat!

Meitä on kolme sairaanhoitajaopiskelijaa Novian ammattikorkeakoulusta Vaasasta. Opinnäytetyössämme käsittelemme lasten postoperatiivista kipua. Tutkimuksen tarkoitus on sitä, että sairaanhoitajat helpommin voi ymmärtää ja kohdella lapsia, joilla on postoperatiivista kipua. Tutkimuksen kautta haluamme myös saada selvää siitä, miten voidaan arvioida ja lieventää lasten kipua. Tutkimuksessamme lapset ovat 1-16 vuoden iässä.

Teemme tutkimus, jossa käytämme kyselyä. Kyselyn tulokset analysoidaan sisällönanalyysin ja deskriptiivinen tilaston avulla, ja tulokset esitetään opinnäytetyössämme.

On vapaaehtoista täyttää lomaketta. Olemme kiitollisia, jos haluatte osallistua, sillä useat osallistujat antavat luotettavamman tuloksen. Vastauksianne ovat luottamuksellisia ja varmistamme anonymiteettinne. Osastolla on laatikko, joihin voitte palauttaa täytetyn lomakkeen. Tutkimus jatkuu viikot 18-20.

Kiitos osallistumisestanne!

Johanna Häggman

johanna.liljekvist@novia.fi

050 412 5032

Emilia Eklund

emilia eklund@novia.fi

050 466 0489

Evamaria Eklund

evamaria eklund@novia.fi

050 432 5871

Ohjaava opettaja:

Barbro Mattsson-Lidsle

barbro.mattsson-lidsle@novia.fi

06-3285338

1. Miten koet kohtaamista lapsen kanssa?

- a) Helppo
- b) Keskivaikea
- c) Vaikea

Motivoida vastauksesi:

2. Millä tavalla kommunikoit lapsen kanssa, jotta ymmärrätte toisianne parhaalla tavalla?

3. Kun teet kipuarviointi, minkälaisia menetelmiä käytät?

4. Minkälaisia mittakaavoja käytät kipuarviointilla?

- a) VAS-mittari
- b) Face Pain Scale
- c) Pieces of Hurt tool
- d) FLACC-mittari
- e) Muuta? _____

Motivoida miksi käytät sen: _____

5. Minkälaisia kivunlievittäviä kipulääkkeitä käytetään eniten postoperatiivisella kivulla?

- a) Cox-estäjät/NSAID
- b) Parasetamoli
- c) Klondiini och S-Ketamiini
- d) Opiaatit

e) Muuta? _____

6. Saavatko mielestäsi lapset riittävästi postoperatiivista kivunlievitystä?

Kyllä _____

Ei _____ Motivoida _____

7. Käytätkö muita toimenpiteitä kuin lääkkeitä, lievittämään kipua? Kirjoita ne menetelmät, jotka käytät ja miten menettelet.

KIITOS VASTAUKSESI!


Bilaga 2

Ansökning om tillstånd för examensarbeten 1(2)

22/ 04 2014
Datum för när ansökningen ifyllts

Handläggningen av ansökningen har beskrivits i följande administrativa anvisning: Vasa sjukvårdsdistrikts anvisning angående yrkeshögskolornas lärdomsprov som utförs i Vasa sjukvårdsdistrikt. Ansökningen ska även förses med forskningsplanen, de blanketter som kommer att användas vid materialinsamling och följbrevet (vid en empirisk undersökning) eller arbetsplanen (vid ett praktiskt lärdomsprov).

<p>Studerande Emilia Eklund 0504660489 Evamaria Eklund 0504325871 Johanna Liljekvist 0504125032</p>	<p>Jomossbackavägen 44, 68810 Ytteresse Liljegränden 15, 68570 Larsmo Liljegränden 14, 68570 Larsmo</p> <p>Adress, telefonnummer och e-postadress</p>
<p>Studieplats</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> NOVIA <input type="checkbox"/> VAMK <input type="checkbox"/> annan yrkeshögskola</p> <p>Utbildningsprogram: Vård</p>	
<p>Examensarbete</p> <p>Namn: Postoperativ smärta hos barn. Kort beskrivning av examensarbetet: Syftet med denna studie är att sjukskötare lättare ska kunna förstå och bemöta barn med postoperativa smärtor samt hur man bedömer och hur man lindrar barns postoperativa smärta. Respondenterna har i sin studie avgränsat sig till barn i 1-16 års ålder med postoperativ smärta. Våra frågeställningar är:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hur bemöter man barn med postoperativ smärta? • Hur gör man smärtbedömning hos barn med postoperativ smärta? • Hur kan man lindra barns postoperativa smärtor? <p>Storleken på målgruppen är ca. 30 sjukskötare, varav 10 från VCS. Vi har valt sjukskötare som jobbar på barnavdelningar i Vasa, Jakobstad och Karleby. Vi kommer att föra enkäterna till avdelningarna under vecka 17 och så hämtar vi enkäterna tillbaka vecka 19. Examensarbetet kommer att vara klart i november.</p>	

Handledare för examensarbetet	
Barbro Mattson-Lidsle 06-3285338 Barbro.mattsson-lidsle@novia.fi	Namn
<input checked="" type="checkbox"/> gemensamt överenskommit med den studerande och handledaren 22 /04 2014	Telefonnummer, e-postadress <input type="checkbox"/> gemensamt överenskommit med den studerande och handledaren / 20
Kontaktperson på Vasa centralsjukhus	
Namn Avd.skötare Jaana Ahola	
Enhet Barnavdelningen	
Telefonnummer, e-postadress 2131940; jaana.ahola@vshp.fi	
Beslut	
<input type="checkbox"/> Tillstånd för examensarbetet beviljas enligt anhållan	
<input type="checkbox"/> Tillstånd för examensarbetet beviljas inte	
<input checked="" type="checkbox"/> Ansökan för godkännande av examensarbetet kräver: Enkäten och följebrevet bör översättas till finska så att den finns tillgänglig på båda språken före den delas ut till barnavdelningen	
<input checked="" type="checkbox"/> Vasa centralsjukhus namn får användas i examensarbetet	
<input type="checkbox"/> Vasa centralsjukhus namn får inte användas i examensarbetet	
Beslutsfattare	
24 /4 2014 §15 Datum	
 Carita Mäkelä, överskötare Förtydligande av namnet	

BILAGOR

Forskningsplan med bilagor (bl.a. följebrev till enkäten) 3 sidor (totalt sidantal).