

Lite stikk kan velte stort lass

Om ikke-medikamentell smertelindring til barn på sykehus

Edel Jannecke Svendsen



Masteroppgave ved Det medisinske fakultet
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag

UNIVERSITETET I OSLO

31.august 2009



UNIVERSITETET I OSLO
 DET MEDISINSKE FAKULTETET
 Institutt for sykepleievitenskap og helsefag
 Boks 1153 Blindern, 0318 Oslo

Navn: Edel Jannecke Svendsen	Dato: 31. August 2009
<p>Tittel og undertittel: LITE STIKK KAN VELTE STORT LASS.</p> <p>Om bruken av ikke-medikamentell smertelindring til barn på sykehus.</p>	
<p><u>Sammendrag:</u></p> <p><u>Formål:</u> Utforske og beskrive erfaringene til sykepleiere som bruker ikke-medikamentell smertelindring til barn på sykehus i Norge.</p> <p><u>Teoretisk forankring:</u> Rådende litteratur i forhold til bruk av ikke-medikamentelle smertelindringsstrategier til barn gjøres rede for. I tillegg belyses problemstillingen ved hjelp av teoretiske perspektiver rundt: Smerteforståelse – historisk utvikling, definisjoner, smertesyn og barns opplevelse av smerte.</p> <p><u>Metode:</u> Studien er utforskende og benytter fokusgruppeintervju som metode for innsamling av data. Tre fokusgrupper ble gjennomført med til sammen 14 deltakere. En kombinasjon av ”snøballutvalg” og maksimum variasjonsutvalg ble benyttet for å rekruttere sykepleiere. Intervju og analyse av data ble utført ved å benytte prinsipper fra Kvaales perspektiver på intervjuforskning.</p> <p><u>Resultater:</u> Sykepleiere bruker et stort antall ulike ikke-medikamentelle smertelindringsstrategier, hovedsaklig i forbindelse med smertefulle prosedyrer. Dette bidrar til et bedre samarbeid med barnet og mindre behov for å holde barnet fast. Vellykket bruk av ikke-medikamentell smertelindring avhenger av at strategien velges ut fra barnets behov for kontroll, grad av tillit til sykepleieren samt positiv innstilling til ikke-medikamentell smertelindring på avdelingen. Sykepleiekulturen på avdelingen har stor betydning for bruken og for å hevde eget smertesyn.</p> <p><u>Konklusjon:</u> Tillit er grunnleggende for bruken av ikke-medikamentell smertelindring til barn som gjennomgår prosedyresmerter. Det er av avgjørende betydning at barnet tilbys ikke-medikamentell smertelindring som er individuelt tilpasset i forhold til behovet for kontroll over situasjonen. Forskningen om ikke-medikamentell smertelindring bør dreies mer mot hvilke strategier som har effekt på hvilke barn, heller enn om en strategi har generell effekt eller ikke.</p>	
<p>Nøkkelord: barn, ikke-medikamentell smertelindring, smerte, sykepleiekultur, smertesyn.</p>	

UNIVERSITETET I OSLO
 DET MEDISINSKE FAKULTETET
 Institutt for sykepleievitenskap og helsefag
 Boks 1153 Blindern, 0318 Oslo

Name: Edel Jannecke Svendsen

Date: August 31 th, 2009

Title and subtitle: LITTLE PAIN, BIG DEAL

On the use of non-pharmacological pain management for hospitalized children.

Abstract:

Purpose: Explore and describe nurses' experiences of the use of non-pharmacological pain management for children in hospitals in Norway.

Litterature review: Current literature concerning the use of non-pharmacological pain management strategies will be examined. The research question will be explored further by studying relevant theoretical perspectives concerning: the understanding of pain - historical development, definitions, views on pain and children's experiences of pain.

Method: The research is explorative and uses focus group interviews in the collection of data. Three focus group meetings were performed, with a total of 14 participants. Snowball sampling and maximum variation sampling methods were used in combination to recruit nurses for the study. Interviews and data analyses were performed by applying principles from Kvaales perspectives on interview research.

Results: Nurses use a wide range of different non-pharmacological pain management strategies, mainly in connection with painful procedures. This contributes to improved cooperation with children, and reduces the need to hold children with force. Successful use of non-pharmacological pain management is dependent on strategies being chosen on the basis of the individual child's need for control, the degree of trust in the nurse and a positive attitude towards non-pharmaceutical pain management in the ward. The nursing culture on the ward greatly influences the extent to which nurses use non-pharmacological pain management strategies, and voice their personal views about pain.

Conclusion: Trust is fundamental in the use of non-pharmacological pain management for children experiencing procedural pain. It is vitally important that the child is offered non-pharmaceutical pain management strategies that are individually adapted to their need for control over the situation. Future research on non-pharmacological pain management should move in the direction of exploring which strategies are helpful to which children, rather than whether specific strategies are effective or not.

Key words: Child, non-pharmacological pain management, pain, nursing culture, views on pain.

Forord

Når arbeidet med masteroppgaven nå er slutt, vil jeg først og fremst takke alle sykepleierne som har delt sine erfaringer med bruk av ikke-medikamentell smertelindring med meg. Det har lært meg mye og har vekket min interesse for å videre arbeid med temaet. En varm takk går også til min veileder Ida Torunn Bjørk for inspirerende refleksjoner og kritiske tilbakemeldinger samt for all den tiden som er brukt på meg og på dette prosjektet. Takk til Barneklubben ved Oslo universitetssykehus, Ullevål for økonomisk støtte.

For Trine Wiigs tid, praktiske hjelp og konstruktive synspunkt er jeg evig takknemlig. Dernest vil jeg takke barnesykepleierne Ingun Hægstad-Wik, Ann Cecilie Mørk, Tonje Sørhaug Ameln og Anette Christiansen for ukuelig heining fra sidelinja og sterk overdreven tiltro til både meg og prosjektet. Takk også til Linda Kristin Svendsen, Live Korsvold, Randi Sæter, Merete Rimestad Riekles, Anne Karine Roos og Hildegunn Sagli-Gudim for engasjement og interesse. Det har betydd mye. Tusen takk til Sara Wheatley som i tillegg også har hjulpet meg med oversetting av sammendraget til engelsk.

Tusen takk til Jan Magne, Mikkel, Johannes og Nora for at dere holde ut, gjorde det mulig og heldigvis interesserte dere for helt andre ting.

Arbeidet med denne masteroppgaven fremstår i etterkant av hele prosessen som grunnleggende spennende og morsom. Det har den også vært, men det er imidlertid langt fra hele sannheten. Til sist går derfor min aller varmeste takk til Camilla Hardeland. Takk for at du har lest alt jeg har skrevet opptil flere ganger og tusen takk for tett oppfølging og alle langvarige diskusjoner med krisepsykiatrisk tilsnitt.

Edel J. Svendsen

31.august, 2009

Innhold

SAMMENDRAG

FORORD

Innhold	6
Innledning.....	10
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	10
1.2 Hensikt og forskningsspørsmål	12
1.3 Oppbygning av oppgaven	12
2. Forskningsstatus på området.....	13
2.1 Ikke-medikamentell smertelindring.....	13
2.1.1 Barns opplevelse av ikke-medikamentell smertelindring	15
2.1.2 Sykepleieres bruk av ikke-medikamentell smertelindring	16
2.2 Faktorer som påvirker bruk av ikke-medikamentell smertelindring	18
2.3 Oppsummering	21
3. Teoretiske perspektiver.....	22
3.1 Smertesyn.....	22
3.2 Smertens funksjon og kjennetegn	22
3.3 Historisk utvikling av smerteforståelsen	23
3.4 Barn og smerteopplevelse	26
3.5 Synet på smerte i ikke-medikamentell smertelindring	28

4. Design og metode	30
4.1 Utforskende og beskrivende design.....	30
4.2 Utvalg.....	31
4.3 Innsamling av data	33
4.3.1 Pilotintervjuet.....	34
4.3.2 Intervjusituasjonen	35
4.3.3 Studiens begrensninger	37
4.4 Analyse.....	37
4.4.1 Transkribering.....	38
4.4.2 Analyse av tekstdata.....	38
4.5 Forskningsetiske hensyn	43
4.5.1 Etske sider ved forskerens rolle.....	45
5. Resultater.....	46
5.1 Bruk av ikke-medikamentell smertelindring bidrar til bedre samarbeid med barnet	47
5.2 Barnets behov for kontroll og grad av tillit til sykepleieren bestemmer valg av ikke-medikamentell smertelindringsstrategi.....	52
5.3 Tillit mellom barnet og sykepleieren synes grunnleggende for vellykket bruk av ikke-medikamentell smertelindring	56
5.4 En engasjert og kompetent sykepleiekultur har stor betydning for bruk av ikke-medikamentell smertelindring.	61
6. Diskusjon.....	67

6.1	Betydningen av tillit i ikke-medikamentell smertelindring	67
6.2	Valg av strategi.....	75
6.3	Sykepleierkultur for ikke-medikamentell smertelindring.....	81
6.4	Sykepleiernes syn på smerte og konsekvenser for praksis og forskning	83
6.4.1	Smertesynets betydning for barnets tillit til helsevesenet.....	83
6.4.2	Sykepleiernes smertesyn versus smertesyn i forskning og lærebøker	85
7.	Konklusjon.....	90
	Litteraturliste	93

VEDLEGG:

- Vedlegg I Eksempel på søkestrategi
- Vedlegg II Svar fra Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste
- Vedlegg III Eksempel på informasjonsskriv til ulike sykehus
- Vedlegg IV Informasjonsskriv med samtykkeerklæring til studiens deltakere
- Vedlegg V Intervjuguide

TABELLER:

- Tabell 1 Utvalgsstrategi i barneavdelinger - side 32
- Tabell 2 Utskrift av transkribert tekst med tilhørende meningsenheter - side 39
- Tabell 3 Fra meningsenheter til hovedkategorier - side 42

Innledning

Denne mastergradsstudien utforsker og beskriver sykepleieres erfaringer med bruk av ikke-medikamentell smertelindring til barn på sykehus i Norge, samt forhold som kan påvirker bruk av denne type smertelindring.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Flere års erfaring med barn på sykehus har gitt meg innsikt i temaet barn og smerte, og bruk av ikke-medikamentelle smertelindring. Etter det jeg har erfart, råder det bred enighet i praksisfeltet om betydningen av og fordelene ved bruk av ikke-medikamentell smertelindring til barn innlagt på sykehus. Den gode virkningen av ulike ikke-medikamentelle smertelindringsstrategier har forbløffet meg mange ganger. Samtidig har jeg i fortvilte situasjoner, undret meg over at bruk av de samme strategiene i visse tilfeller synes fullstendig feilslått til noen barn. Jeg har stilt spørsmålstegn ved hvordan sykepleiere på best mulig måte bør møte barns smerteopplevelse, og hvilke faktorer det bør tas hensyn til. Disse spørsmålene vekket min interesse for en mer helhetlig forståelse av ikke-medikamentell smertelindring, og ble senere grunnlaget for valg av tematikk i denne studien.

I historisk perspektiv er ikke fokuset på barns smerteproblematikk gammelt. Interessen for denne problematikken hos barn utviklet seg for alvor først i løpet av 1980-årene. I den sammenheng var forskningsstudiene til Anand og Hickey fra 1987 viktige fordi de viste at opplevelse av smerte var tilstede allerede hos nyfødte og for tidlig fødte barn. Denne økte kunnskapen og interessen har bidratt til et stort fokus på barns smerteproblematikk og utløste også den første internasjonale konferansen om barn og smerte i Washington i 1988. Forskning på barn og smerte økte dramatisk i løpet av 1990-tallet, men til tross for dette fortsetter noen barnepasienter å oppleve moderat til alvorlig smerte i sykehus (Polkki, Vehvilainen-Julkunen og Pietila, 2001; Twycross, 2007; Vincent og Denyes, 2004).

Selv om administrasjon av medikamentell smertelindring er grunnleggende for en effektiv smertelindring, er ikke medikamenter alltid nok for å håndtere smerte effektivt for barnepasienten (Coty, Tourigny, Koren, 1995; Kankunen, 1992). Smerte som fenomen er mer enn en sensorisk opplevelse og trenger derfor en bredere tilnærming (Walker, Tan og Georges, 1995). Ikke-medikamentell smertelindring er spesielt viktig og virksomt for barn som på grunn av sin alder og umodenhet utsettes for en spesielt stor belastning ved opplevd smerte (Tamm, 1996). Til tross for at ulike forskningsstudier presenterer noe motstridende funn, kan det se ut til at ikke-medikamentelle strategier i liten grad brukes til barn med smerte mens de er på sykehus (Twycross, 2007; Byrne, 2001). Det er imidlertid forsket relativt lite på ikke-medikamentell smertelindring, sammenlignet med det store antallet studier som foreligger i forhold til medikamentell smertelindring til barn. Hvilke faktorer som påvirker ikke-medikamentell smertelindring er tilsvarende sparsomt belyst i forskningslitteraturen. Internasjonalt har noen få kvantitative studier sett på utbredelse av utvalgte faktorer som kan hemme og fremme bruk av ikke-medikamentelle intervensjoner til barn på sykehus (He, Polkki, Vehivilainen-Julkunen og Pietila, 2005; Polkki, Laukkala, Vehivilainen-Julkunen og Pietila, 2003; Salanterä, Lauri, Salmi og Aantaa, 1999). De faktorene det er forsket på i disse kvantitative forskningsstudiene vurderes som lite dekkende eller helhetlig forstått slik jeg forstår praksis. Det synes derfor som fruktbart å utforske de grunnleggende forutsetninger for sykepleieres bruk av ikke-medikamentelle strategier. Hvordan strategiene brukes av sykepleiere i Norge samt hvilke erfaringer og vurderinger som knyttes til denne smertelindringspraksisen er uklar. Det er heller ikke funnet studier utført ved norske behandlingsinstitusjoner om dette temaet.

På bakgrunn av tidligere beskrevet egne erfaringer og tilsynelatende manglende kvalitative studier på området, er det i denne studien valgt å beskrive og utforske ulike sider ved sykepleieres erfaringer med ikke-medikamentell smertelindring. Dette for å utvikle kunnskapsgrunnlaget for ikke-medikamentell smertelindring, noe som vil bli nærmere gjort rede for i det følgende.

1.2 Hensikt og forskningsspørsmål

Det å utforske og beskrive sykepleieres kliniske erfaring med bruk av ikke-medikamentelle strategier, kan bidra til nødvendig kunnskap om viktige sider ved smertelindringspraksis rettet mot barn. Hensikten med denne studien er å utforske og beskrive erfaringene til sykepleiere som bruker ikke-medikamentelle smertelindringsstrategier til barn på sykehus i Norge. På bakgrunn av ovenstående tematikk er det ønskelig å utforske og beskrive følgende:

1. Hvilket repertoar av ikke-medikamentell smertelindring bruker sykepleierne?
2. Hvilken nytte og funksjon mener sykepleierne de har av å bruke ikke-medikamentell smertelindring?
3. Til hvilke pasienter og i hvilke situasjoner bruker sykepleierne ikke-medikamentell smertelindring?
4. Hvilke forhold oppfatter sykepleieren kan fremme og hemme bruk av ikke-medikamentell smertelindring?

1.3 Oppbygning av oppgaven

Etter denne innledningen følger en litteraturgjennomgang som tar for seg forskningsstatus på området for ikke-medikamentell smertelindring. I kapittel tre følger ulike teoretiske perspektiver på smerte som kan ha betydning for bruk av ikke-medikamentelle smertelindring. Kapittel fire behandler design og datainnsamlingsmetode og hvilken analysetilnærming som er benyttet samt etiske betraktninger. Kapittel fem presenterer resultatene fra studien. Resultatene vil bli diskutert i kapittel seks. Kapittel sju oppsummerer hovedpunktene i studien og konkluderer med implikasjoner for praksis og videre forskning på området.

2. Forskningsstatus på området

I det følgende presenteres forskningsstatus om bruk av ikke-medikamentell smertelindring. For å finne frem til tidligere forskning på området ble det søkt i medline, CINAHL og swemed+, med blant annet følgende søkeord:

pain, postoperative, measure, fear, stress, anxiety, non-pharm, non-med, distract, alleviate, procedures, helping behaviour, comfort, nursing care, nursing assessment, nurse, child, pediat, paediat og parent. (Konkret eksempel fra medline, se vedlegg I)

Det er også søkt etter forskningsartikler på ulike nettsteder som www.iasp-pain.org, www.barnogsmerte.no, www.norsksmerteforening.no, noe som også var nyttig i forbindelse med utarbeiding av forskningsspørsmålene. I tillegg ble det gjort individuelle søk ut fra referanselistene til artiklene.

2.1 Ikke-medikamentell smertelindring

Det eksisterer ingen avklart definisjon av begrepet ikke-medikamentell smertelindring. Hva som kjennetegner begrepet, utover å lindre smerte uten å bruke medikamentelle preparater, er ikke klart. Synonymt med begrepet ikke-medikamentell smertelindring benyttes også begrepene; ikke-medikamentelle intervensjoner, metoder eller strategier. Dette er begreper som brukes om hverandre i litteraturen. I denne oppgaven benyttes i hovedsak begrepet ikke-medikamentelle smertelindringsstrategier eller ikke medikamentell smertelindring. Begrepet strategi kan være både overordnet og spesifikt. En strategi kan defineres som en fremgangsmåte brukt for å nå et mål og omfatter et mer eller mindre bevisst handlingsmønster for å mestre visse situasjoner eller møte visse utfordringer (Kunnskapsforlagets ordliste 2007). Strategi blir også brukt om taktiske opplegg. Begrepet strategi rommer på mange måter også intervensjoner og metoder, som har en mer avgrenset betydning fordi de tar for seg oppsatte eller avgrensede prosedyrer eller måter og gjøre ting på.

Hvem som bestemmer om en strategi har lindrende effekt eller i hvilken grad den har effekt på smerte vil være den som opplever smerte. Den som opplever smerte kan altså bedømme om en strategi kan lindre smerte. Hva som da kan defineres som ikke-medikamentell smertelindring vil dermed strekke seg fra healing som smertelindring på den ene siden, til mer vitenskaplige testede strategier, som avledning på den andre siden (MacLaren og Cohen, 2007). Variasjonsbredden vil også dreie seg om hvor omfattende en strategi er.

Ikke-medikamentelle smertelindringsstrategier deles av enkelte forfattere inn i to ulike, ikke gjensidig utelukkende kategorier: fysiske intervensjoner og kognitivt adferdsbaserte intervensjoner (MacLaren og Cohen, 2007; Vessey og Carlson, 1996). De fysiske metodene brukt som smertelindring omfatter kalde og varme omslag, massasje, transcutan nerve stimulering (TENS) og leiring. I følge MacLaren og Cohen (2007) er dette strategier det er forsket relativt lite på, spesielt hos barn. Det er imidlertid gjort flere studier av kognitive/ kognitivt adferdsbaserte metoder (Sparks, 2001; Sander Wint, Eshelman, Steel og Guzzetta, 2002; Vessey, Carlson og McGill, 1994). Windich-Biermeier et al (2007) har gjort en systematisk review av randomiserte kontrollerte studier som undersøker effekten av kognitive/ kognitivt adferdsbaserte metoder. Metodene som var inkludert i studien var bruk av fantasi, hypnose, distraksjon, avslapping, blåsing (på vindmøller eller av såpebobler) så vel som forberedende informasjon. Her hevdes det at den eneste metoden det er forsket tilstrekkelig på til å kunne konkludere vitenskaplig, er bruk av avledning. Windich-Biermeier et al (2007) konkluderte med at avledning hadde en svak effekt på smerte, men ingen effekt på angst.

En del forskere definerer også en tredje kategori som kan kalles emosjonell støtte (Polkki et al, 2001). Emosjonelt støttende strategier omfatter tilstedeværelse, hjelp til daglige aktiviteter, oppmuntring, trøst og forsikring. Studier som ser på effekten av disse strategiene på barns smerte er ikke funnet.

2.1.1 Barns opplevelse av ikke-medikamentell smertelindring

Barn kan bruke ikke-medikamentell smertelindring for å hjelpe seg selv, eller sykepleieren og foreldrene kan bruke ulike strategier for å hjelpe barnet (Boyd og Hunsberger, 1998). Polkki, Pietila og Vehivilainen-Julkunen (2003b) intervjuet barn (8-12 år) om deres erfaringer med ikke-medikamentell smertelindring. De fant at alle barna (n=52) som ble intervjuet, benyttet minst en selvinitiert ikke-medikamentell smertelindringsstrategi (for eksempel soving/distraksjon) i tillegg til å motta assistanse i smertelindringen fra sykepleieren og foreldrene (ibid). Polkki et al (2003b) hevdet at barna etterlyste en høyere bruk av fysiske og kognitive/kognitivt adferdsbaserte metoder. He, Vehivilainen-Julkunen, Polkki og Pietila (2007) har utført lignende strukturerte intervjuer av barns (8-12 år) opplevelse av medikamentell og ikke-medikamentell smertelindring. Deres studie viste at barna mente sykepleierne burde bruke mer ikke-medikamentelle smertelindringsstrategier, vise en vennlig holdning og gi bedre service. De burde også formidle informasjon og administrere medikamentell smertelindring. Barna ønsket at foreldrene benyttet ikke-medikamentell smertelindring, at de ga smertelindrende medikamenter, at de ga den hjelpen barna ønsket seg og at de kommuniserte oftere med sykepleieren (He et al, 2007). Caty, Ritchie og Ellerton (1989) spurte mødre om hvilke ikke-medikamentelle strategier de brukte til egne barn under sykehusopphold. Mødrene sa at de ga informasjon, trøst, sørget for avveksling, og ga følelsesmessig og fysisk støtte. Støtten bestod i å gi belønning, fokusere på det positive og tilrettelegge for kontroll (Caty et al, 1989). Barn kan oppleve det belastende og vanskelig å være innlagt på sykehus. Claar, Simons og Logan (2008) har også sett på virkningen av foreldres reaksjon på barns opplevelse av smerte. De mener at foreldrene i stor grad kan påvirke barnas mestring av smerter. Hvis foreldrene var kritiske til om barnet hadde smerte eller at de var overopptatt av barnets smerte, førte det til at barna klarte å gjøre mindre selv og de hadde også flere somatiske symptomer. Dette gjaldt spesielt de barna som i utgangspunktet hadde høyt opplevd stressnivå. Kruse (1991) kom i sin hovedfagsoppgave frem til ulike trusselkategorier som barn måtte forholde seg til på sykehuset. Trusselkategoriene var: det ukjente, det usikre, kroppsskade, tap av

kontroll og separasjon (Kruse, 1991). Boyd og Hunsberger (1998) hevdet at det som barn opplevde som mest stressende på sykehus var: invasive prosedyrer som innebar kanyler, tap av selvstendighet, tap av kontroll, separasjon, intravenøs behandling, kirurgi, sykehusmiljøet og kjedsomhet. For å håndtere de stressende forholdene benyttet barna både kognitive og adferdsbaserte mestringsstrategier. Barna ble i denne studien også bedt om å beskrive hvordan helsepersonellet kunne fremme deres mestring av stressende situasjoner. Det var klart at barna anså helsepersonellet som en viktig støtte, men ikke like viktig som støtten og nærværet av familiemedlemmene. Barna mente at helsepersonellet hjalp dem hvis de ga informasjon i form av å forklare prosedyrene, spesifiserte handlingene sine og forklarte hva de kunne forvente seg (ibid). Tilsvarende viktig var det at helsepersonell tilbød rom for privatliv, hadde tålmodighet, var snill, uttrykte en positiv innstilling og benyttet humor. I kontrast til dette opplevde barna at de ble hindret i å takle og håndtere en prosedyre når helsepersonellet ikke støttet dem, begrenset tilgangen på informasjon, forhindret dem fra å ha kontroll, ignorerte behovet for privatliv og demonstrerte manglende tålmodighet, sensitivitet eller respekt (Boyd og Hunsberger, 1998). Det finnes sparsomt med studier som beskriver opplevelsene til mindre barn. Imidlertid har Woodgate og Kristjanson (1996b) intervjuet barn mellom 2,5 - 6,5 år, som mente at det ”å ta godt vare på” var det viktigste helsepersonell og foreldre kunne gjøre når barn hadde det vondt. Dette innebar blant annet at mamma og pappa skulle være tilstede og at de voksne burde gjøre ting som hjalp (ibid).

2.1.2 Sykepleieres bruk av ikke-medikamentell smertelindring

Hvilke ulike strategier som brukes og hvor ofte de ulike strategiene brukes av sykepleiere vil kunne si noe om bruk av ikke-medikamentell smertelindring til barn. Sykepleieres bruk vil også kunne si noe om i hvilken grad deres strategier er på linje med barnets behov og opplevelse av ikke-medikamentell smertelindring. I en finsk studie av Polkki et al (2001) ble bruk av ikke-medikamentelle smertelindringsstrategier sammenlignet på tvers av ulike barnekirurgiske avdelinger. Studien viste for eksempel at kalde og varme omslag, leiring i sengen, ledede fantasireiser og terapeutisk berøring ble mye brukt (Polkki et al, 2001). Caty, Touringny og Koren

(1995) hevdet at de tre strategiene som sykepleierne (n=72) sa var hyppigst i bruk på barneavdelinger på tre ulike lokalsykehus i Canada var: tilstedeværelse av foreldre, tilby avledning og leiring/posisjonering i seng. Disse strategiene ble brukt uavhengig av barnets alder. Imidlertid var en del andre strategier avhengig av barnets alder. Tilstedeværelse av foreldre var den strategien som var hyppigst brukt til treåringer, trøst var hyppigst brukt til spedbarn og avslapning var hyppigst brukt til syvåringer (Coty et al, 1995). Broome, Richtsmeier, Maikler og Alexander (1996) spurte helsepersonell om hvor ofte de hadde benyttet ulike ikke-medikamentelle strategier til barn innlagt på sykehus. Studien viste at over 50 % av de spurte legene og sykepleierne sa at de hadde brukt strategier som avslapping, avledning, leiring og massasje ofte eller noen ganger, mens kulde- og varmebehandling, transcutan nervestimulering (TENS), hypnose og adferdsbaserte intervensjoner hadde blitt brukt sjelden eller få ganger.

De strategiene som var hyppigst i bruk på barnekirurgiske avdelinger i Finland, var forberedende informasjon, leiring, trøst/forsikring og hjelp til daglige aktiviteter. Dette hevdet over 90 % av sykepleierne at de brukte nesten alltid eller alltid. De strategiene som sykepleierne sa de aldri eller veldig sjeldent brukte var bruk av fantasi, varme og kalde omslag, TENS, massasje og avslapping (Polkki et al, 2001). Samlet sett ser det ut til at avledning, forberedende informasjon, leiring og avslapning ble brukt mest. At det er noe sprik i funn studiene imellom, kan delvis forklares ut fra det faktum at surveyene ikke har spurt etter bruk av de samme strategiene.

På bakgrunn av disse surveyene er det mulig å konkludere med at ulike ikke-medikamentelle strategier brukes relativt hyppig. Studiene det refereres til har alle benyttet selvrapporteringsverktøy for å forsøke å gi et bilde av hvilke og hvor hyppig ulike strategier anvendes av sykepleiere. En overveiende del av studiene på dette området benytter surveyer, som alle angir relativt høy bruk av enkelte ikke-medikamentelle smertelindringsstrategier (He et al, 2005; Jacob og Puntillo, 1999; Polkki et al, 2001; Salantera et al, 1999; Broom et al, 1996; Coty et al, 1995). Dette står imidlertid i kontrast til funnene fra ulike observasjonsstudier. Et eksempel på dette er en strukturert observasjonsstudie av Clarke, French, Bilodeu, Capasso,

Edwards og Empoliti (1996) der de gjennomførte en kartleggingsundersøkelse av smertelindringspraksis ved hjelp av smertejournaler. De fant at 90 % av journalregistreringskortene ikke viste tegn til bruk av ikke-medikamentelle smertelindringsstrategier (ibid). En observasjonsstudie utført på en barneavdeling viste tilnærmet fravær av ikke-medikamentell smertelindring (Woodgate og Kristjanson, 1996a). I en annen observasjonsstudie utført noen år senere eksisterte samme trend (Byrne, Morton og Salmon, 2001). I en observasjonsstudie fra Storbritannia ble ikke-medikamentelle smertelindringsstrategier kun observert brukt fire ganger av fire ulike sykepleiere på en barneavdeling. Observasjonsstudien hadde en samlet observasjonstid som utgjorde 230 timer (Twycross, 2007). En svakhet ved de tre sistnevnte observasjonsstudiene kan imidlertid være at ingen av observatørene klart hadde definert hva de mente med en ikke-medikamentell strategi og hva de således hadde registrert eller sett etter. Det synes å være et gap når det gjelder hyppighet i bruk mellom observasjonsstudiene og surveyene. Dihle, Bjølseth og Helseth (2006) hevdet i en norsk studie av sykepleiere, hvor de brukte både intervjuer og observasjon som metode, at det var et gap mellom hva sykepleiere sa at de gjorde og hva som faktisk ble gjort i forhold til smerte og smertelindring. Det de sa at de gjorde, var ikke nødvendigvis det samme som det de faktisk gjorde i praksis. Selv om denne siste studien ble foretatt på en voksenavdeling og de andre på ulike barneavdelinger, kan det se ut som om ikke-medikamentelle strategier ikke ble benyttet av sykepleiere i like stor utstrekning som surveyundersøkelsene viste.

2.2 Faktorer som påvirker bruk av ikke-medikamentell smertelindring

For å få til en optimal bruk av ikke-medikamentell smertelindring til barn på sykehus, er det vesentlig å se på hvilke forhold som påvirker bruken. Det kan tenkes at mange av de forholdene som påvirker medikamentell smertelindring også vil påvirke ikke-medikamentell smertelindring (MacLaren og Cohen, 2001) som for eksempel holdninger til smerte og/eller holdninger til barnet. På bakgrunn av studiene som blant annet Vessey og Carlsson (1996), Salantera et al (1999), Polkki et al (2001,

2003) og He et al (2005, 2006) baserer sine studier på, kan det se ut til at spørsmålene som blir brukt i surveyene i hovedsak bygger på studier som ser på hva som påvirker medikamentell smertelindring. Om medikamentell og ikke-medikamentell smertelindring kan ha sammenfallende påvirkningsfaktorer er ikke kjent. Det er imidlertid forskjell mellom medikamentell og ikke-medikamentell smertelindring blant annet når det er snakk om sykepleierens funksjon. Ikke-medikamentell smertelindring er en del av den selvstendige funksjonen, mens medikamentell smertelindring krever forordning fra lege. Studier som i hovedsak har fokus på faktorer som påvirker ikke-medikamentell smertelindring er ikke funnet.

I forskningslitteraturen framkommer det at ulike aspekter ved sykepleieren som kan påvirke bruk av ikke-medikamentell smertelindring. Polkki et al (2003) hevdet at aspekter ved sykepleieren hadde en mer substansiell effekt på bruk av ikke-medikamentelle smertelindring til pediatriske pasienter, enn jobbrelevante faktorer samt faktorer knyttet til foreldrene eller barnet (Polkki et al, 2003). De hevdet at sykepleierens kompetanse var en klart fremmende faktor, og mente at sykepleierens usikkerhet, kunne hindre bruk av ikke-medikamentelle smertelindringsstrategier. Kompetansen til sykepleierne ble målt ved hjelp av spørsmål om i hvilken grad de opplevde at de hadde nok kunnskap, om de hadde fått opplæring i ikke-medikamentelle smertelindringsstrategier, og om de hadde erfaring med å bruke strategiene. De fant at sykepleierens usikkerhet knyttet seg til hvorvidt de mente de hadde nok kunnskap om temaet, om de var engstelige for å bruke ikke-medikamentelle strategier, om de ønsket mer utdanning på området eller om de hadde lite erfaring med bruk av ikke-medikamentelle strategier (Polkki et al, 2003). I studier som kartlegger kunnskapsnivået om smerte, fremkommer det at ikke-medikamentell smertelindring er et av de områdene sykepleiere har aller minst presis kunnskap om (Clarke et al, 1996; Vincent, 1997). Manglende kunnskaper kan i seg selv være et hinder for anvendelse (Salantera et al, 1999; He, Polkki, Vehivilainen-Julkunen og Pietila, 2005).

Samtidig vil det heller ikke nødvendigvis være sammenheng mellom sykepleierens kunnskapsnivå om medikamentell og om ikke-medikamentelle smertelindring

(Salantera, Lauri, Salmi og Helenius, 1999). Noen sykepleiere kan altså mye om medikamenter og mindre om ikke-medikamentell smertelindring og omvendt. En overveiende andel av forskningen som tar for seg hvilke faktorer som påvirker bruk av ikke-medikamentell smertelindring har sett på hvilke demografiske bakgrunnsfaktorer som samsvarer med høy bruk av ikke medikamentell smertelindring (Polkki et al, 2001; He et al 2005; Salantera et al 1999). Polkki et al (2001) fant at kjennetegn som sykepleierens alder, utdanning, jobberfaring og erfaring med egne barns innleggelse i sykehus relaterte seg signifikant til bruk av enkelte ikke-medikamentelle smertelindringsstrategier. Clarke et al (1996) hevdet at sykepleierens utdanning hadde en signifikant innvirkning på smertelindring, men ikke når det gjaldt ikke-medikamentell smertelindring spesielt. I tillegg brukte sykepleiere med klinisk spesialisering på barn et større antall av ikke-medikamentelle strategier enn andre (Salantera, Lauri, Salmi og Helenius, 1999), og at et allsidig bruk av ikke-medikamentelle strategier representerte en fremmede faktor i seg selv (Polkki et al, 2003).

I tillegg til at aspekter ved sykepleieren vil påvirke bruk av ulike ikke-medikamentelle strategier, vil forhold ved konteksten også ha betydning. Blant annet hevdet Polkki et al (2003) at dersom pleien på en avdeling var organisert slik at den var oppgaveorientert i større grad enn pasientorientert, kunne dette hindre bruk av ikke-medikamentell smertelindring. Det sammen gjaldt avdelinger med stor turnover av pasienter, og sier til sammen noe om at tidsaspektet i kontakten med pasienten har betydning. Moderat arbeidsbelastning og god tid til rådighet kunne tilsvarende virke fremmede for bruk av ikke-medikamentelle strategier (Polkki et al, 2003). Ely (2001) hevdet også at for lite tid kunne være en hindrende faktor for god smertelindringspraksis. Det samme gjaldt hvis sykepleierne opplevde at de hadde lite makt eller at moralen ved avdelingen var fallende.

Cohen, Bernard, Greco og McClellan (2002) tar imidlertid til orde for at aspekter ved foreldre-barn-samspelet er en del av de kontekstuelle aspektene som påvirker barnets smerteopplevelse. Situasjoner hvor ikke-medikamentelle strategier benyttes, kjennetegnes av at barnet opplever eller vil komme til å oppleve smerte, og aspekter

ved barnet og foreldrene kan derfor også påvirke smertelindringspraksisen i varierende grad (Abu-Saad og Hamers, 1997; Ely, 2001; Salantera et al, 1999).

Polkki et al (2003) hevdet i sin survey av finske sykepleiere, at manglende tro på foreldres og barns muligheter til å uttrykke smerte, var et signifikant hinder for bruk av ikke-medikamentelle strategier. Det vil si at sykepleierne ikke trodde at barn og foreldre formidlet smerten på en måte som sykepleierne kunne fange opp. Polkki et al (2003) hevdet videre at foreldrenes forståelse for ikke-medikamentell smertelindring, barnets alder og barnets mulighet til å samarbeide med sykepleieren, var signifikant fremmede faktorer for bruk av ikke-medikamentelle strategier. Eldre barn fikk i større grad tilbud om ikke-medikamentell smertelindring.

2.3 Oppsummering

På bakgrunn av litteraturgjennomgangen kan det se ut til at det er avledning, forberedende informasjon, leiring og avslapning som er de fire strategiene som er hyppigst i bruk på barneavdelinger. Dersom man sammenligner hvilke strategier barn opplever at hjelper dem, med de strategiene som er hyppigst i bruk blant sykepleierne, er det delvis samsvar. Barna nevner forberedende informasjon, men ellers i større grad mellommenneskelige aspekter som snillhet, tålmodighet eller humor. Enkelte surveyer viser til relativt høy bruk av ikke-medikamentelle smertelindringsstrategier, mens det ut fra ulike observasjonsstudier ikke ser ut til å bli brukt i stor grad til barn på sykehus. Foreldredeltakelse og barnets mulighet til å samarbeide er faktorer som påvirker bruk av ikke-medikamentell smertelindring. Det samme er tid til rådighet og holdningen til ikke-medikamentell smertelindring. Studiene som har kartlagt utvalgte faktorer som påvirker ikke-medikamentell smertelindring viste at de sykepleierne med kompetanse i form av erfaring, utdanning og kunnskap om ikke-medikamentelle strategier var de som brukte dette mest. Studier som søker en helhetlig forståelse av ikke-medikamentell smertelindring og hvilke ulike faktorer som påvirker bruk av ikke-medikamentelle strategier er ikke funnet.

3. Teoretiske perspektiver

Teoretiske perspektiver for en studie kan fungere som grunnlag for diskusjonen av studiens forskningsspørsmål samt være et vindu for refleksjon over studiens funn (Bjørk og Solhaug, 2008; Creswell, 2003). Smertebegrepet står sentralt i denne studien, og en teoretisk redegjørelse for ulike aspekter ved smerte synes derfor som relevant.

3.1 Smertesyn

Hvordan man forstår smerte kan ha betydning for hvordan man mener at smerte er best håndtert. Den mest utbredte og aksepterte teoretiske definisjonen på smerte kommer fra the International Assosiation for the Study of Pain (IASP) som beskriver smerte som en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse forenelig med skade på vev, eller truende skade på vev eller beskrevet i slike termer (IASP, 2009). Det synes også å være generell enighet i teoretiske arbeider om smerte, at smerte er en høyst personlig erfaring. Det er en opplevelse med både fysiologiske, adferdsmessige, emosjonelle, utviklingsmessige, kognitive og sosiokulturelle komponenter (Linton, 2005; Usman, Chambers, McGrath og Kisely, 2006). Montes-Sandoval (2007) hevder imidlertid at smerte som fenomen ikke er entydig definert eller forstått hverken teoretisk eller i praksis.

3.2 Smertens funksjon og kjennetegn

Francis og Munjas (1975) mener at smerte fungerer som en beskyttelsesmekanisme. De definerer smerte videre som en uønsket, ensom, angstfremkallende erfaring som egentlig ikke kan deles eller fattes av andre. Smerte skaper angst, som igjen øker smerten og skaper en trussel mot kropp og sjel. Smerte er et signal om at noe er galt (ibid). Montes-Sandoval (2007) har i sin begrepsanalyse av smerte, sett på hvilke kritiske kjennetegn det er ved fenomenet smerte, og mener at smerte er en:

- dominerende, ubehagelig, stressfylt, uønsket og ukomfortabel erfaring.

-
- nevrofysiologisk, psykologisk, sosiokulturelt reaksjon på skade på vev.
 - variabel, subjektiv følelse som er vanskelig å dele eller fattes av andre.
 - ubehagelige følelse på en aktuell eller potensiell trussel om skade på vev og/eller sjel.
 - form for verbal eller nonverbal kommunikasjon.
 - unik erfaring som tjener som en beskyttelsesmekanisme for selvoppretholdelse.
 - i en gjensidig interaksjon med angst.
 - mental feiltolkning som leder til stressende tanker.

De ovenstående kjennetegnene ved smerte, sier noe om smertens mangesidige uttrykk. Smerte defineres her som en beskyttelsesreaksjon og sier noe om de sterke emosjonene som i den forbindelse knytter seg til smerte.

3.3 Historisk utvikling av smerteforståelsen

Fordi smerte oppfattes som negativ og universell, har man gjennom historien forsøkt å forklare smerte (Linton, 2005). I dag blir personen som opplever smerte møtt med medlidenhet og man tenker sjelden på moralske eller religiøse sammenhenger som skulle gi den lidende skylden for sin smerte. I flere historiske modeller for smerte kobles ordet smerte sammen med straff og lidelse. Det opprinnelige latinske ordet for pine springer ut fra ordet poena, som betyr straff (Linton, 2005). Enda i dag kobler man ordet sammen med skam, avstraffelse og disiplin (Morris, 1999). Restene av et slikt tankesett kan man ikke bare se i smertemodeller, men de kan også ligge bak en del av de ubevisste oppfatningene vi har om smerte, som for eksempel det som ligger i ordtaket: ”med vondt skal vondt fordrives” (Linton (2005).

For å forklare smerte fremla filosofen Descartes (1596-1650) en modell hvor kroppen ble forklart som dualistisk og maskinell. Smerten ble sett på som en skadereaksjon; når skaden kom, ble det dratt i et ”tau” som fikk en ”klokke til å ringe” i personens

hjerne. Kroppen ble sett på som en maskin og kunne forklares med hjelp av naturlovene, fordi kroppen ble styrt av en rasjonell sjel. Han mente at jo større skade som var inntruffet, jo større smerte ville mennesket oppleve. Linton (2005) hevder at Descartes' smertemodell fra 1600-tallet fortsetter å påvirke dagens syn på smerte. Antakelsene om at det finnes en direkte sammenheng mellom skade på vev og opplevd smertenivå er vanskelig å slippe hevder han videre. Det finnes noe intuitivt tiltalende i denne antakelsen, og åpenbart er skade på vev en viktig del av smerteresepsjonen. En annen antakelse som følger av Descartes modell er oppdelingen av personen i kropp og sjel, der smerten anses å være enten rendyrket fysisk eller rendyrket psykisk smerte (Linton, 2005). I løpet av hele 1900-tallet forsøkte leger å skille mellom rene fysiske eller rene psykiske årsaker. Når smertesymptomene var vanskelige å behandle eller forstå oppstod spørsmålet om hvorvidt smerten egentlig kom av noe fysisk besvær. Konsekvensen var at pasienten ble betraktet som psykisk snarere enn fysisk syk dersom smerten ikke kunne årsaksforklares. Linton (2005) hevder at en naturlig følge av å se på smerte som enten fysisk eller psykisk betinget er at smerte fra en genuin fysisk skade ikke kan kontrolleres eller påvirkes med annet enn fysiske metoder. Dette er interessant i forhold til ikke-medikamentell smertelindring der strategiene deles inn i fysiske, kognitive/adferdsbaserte og sosiale strategier jfr. Kap 2.1.

Et paradigmeskifte når det gjelder forståelsen av smerte, kom i følge Pesut og McDonald (2007) i forbindelse med at Melzack og Wall presenterte portkontrollteorien i 1965. Denne teorien går ut på at det eksisterer mekanismer i kroppen for å håndtere smerte, også før signalet når hjernen (Melzack, 1965). Noen av disse mekanismene fungerer slik at individets tanker og følelser påvirker nervesystemet slik at individet også kunne bidra i å forme smertetransmisjonen (Pesut og McDonald, 2007). Dette betydde at smerten i mindre grad ble sett på som en automatisk reaksjon hos individet. Som et resultat av dette ble definisjonen av smerte som enten fysisk eller psykisk delvis erstattet med et syn på at fortolkning er vesentlig i all smerteopplevelse, og at den klare distinksjonen mellom fysisk og psykisk ble mindre påtrengende (Pesut og McDonald, 2007). Som en følge av dette

definerte McCaffery (1983) smerte som ”det pasienten sier det er”. Noe som dermed bekreftet det subjektive fortolkningsaspektet ved smertefenomenet. Denne definisjonen av smerte var revolusjonerende for sykepleien da den ble lansert i 1983, fordi den bidro til å legitimere at hvis pasienten hevdet at han opplevde smerte, så var det smerte (Pesut og McDonald, 2007). Pesut og McDonald (2007) hevder at dette bidro til å konstituere smerte som et subjektivt begrep. Ideen om at smerte var det pasienten sa at det var, hjalp sykepleiere med å komme bort fra tankene om at pasienten var lite utholdende i sin smerte, mot en noe større tiltro til pasientens opplevelse (ibid). Tilstedeværelsen av den psykologiske komponenten ble værende, men pasienten ble i mindre grad beskyldt for å konstruere smerten sin.

Det eksisterer ingen objektiv test for å avsløre en pasients smerteopplevelse. Smerte skiller seg i så henseende fra andre opplevelser som feber eller tungpustenhet. Rich (2000) hevder at vitenskaplig objektivitet gis en større verdi enn pasientens subjektive erfaring. Til tross for at sykepleiere har identifisert, ”spør pasienten” som den hyppigst måten å vurdere smerte på, rangerer mindre enn 50 % dette til å være en viktig informasjonskilde i smertevurderingen (Peter og Watt-Watson, 2002). Sykepleieren er formet av at de er eksperter på mye i sykehuset og i hvilken grad de tror på tilstedeværelsen av noe som ikke kan måles vil ha konsekvenser for hva de gjør med det (ibid).

Peter og Watt-Watson (2002) hevder at fenomenet underbehandlet smerte er viet forbausende lite oppmerksomhet. De sier videre at underbehandlet smerte i hvert fall delvis er en konsekvens av manglende tro på pasientene. Dette reflekteres både i etikken og epistemologien til klinikerne (ibid). Peter og Watt-Watson (2002) hevder at ubehandlet smerte er assosiert med tillit. Klinikernes manglende tillit til pasientens subjektive erfaring kommer av mistro til pasienter fra marginaliserte grupper med lite makt, og deres motstand mot å stole på andre. Barnet kan sies å være en slik pasient. De hevder også at klinikerne har en motstand mot å gjøre seg sårbare overfor pasientenes lidelse. Omfattende forskning beskriver utviklingen av tillit til pasientene (Peter og Watson, 2002). Å stole på pasientene er av etisk signifikans fordi det demonstrerer en deling av makt og respekt for pasientenes kunnskap og dyd. Pesut og

McDonald (2007) hevder at debatten om hvilken smertefilosofi helsepersonell har, strekker seg ut over debatten om smertebegrepet og dreier seg også om menneskesyn. Debatten innenfor sykepleie vil derfor dreie seg om hvordan man ser på verden og på mennesket. Ser man på personen som enhetlig og motsetter seg forsøk på å skille mellom fysiske og ikke-fysiske dimensjoner, eller tillater man seg en oppdelt tilnærming hvor man anerkjenner at individer har kroppslige erfaringer, som inneholder både en fysisk opplevelse, og en atskilt mening som knyttes til denne erfaringen (Cody, 1995). Montes-Sandoval (1999) hevder at sykepleiere bør se på smerte fra et holistisk perspektiv. Underbehandlet smerte er et problem for barnet som er innlagt i sykehus og det er betenkelig at barnets opplevelse av smerte ikke blir tatt alvorlig (Twycross, 2007; Byrne et al, 2001). Dihle, Bjølseth og Helseth (2006) hevder i sin studie at mange sykepleiere fortsetter med en aktivitet, til tross for at pasienten uttrykker smerte. De hevder at det er fire mulige fortolkninger på hvorfor sykepleiere velger å fortsette med en smertefremkallende aktivitet:

- Sykepleieren tror ikke at pasienten har smerter.
- Sykepleieren er uberørt av pasientens signaler, eller manglet personlig involvering i situasjonen.
- Sykepleieren tror ikke at det er mulig å bli fullstendig smertefri.
- Sykepleieren mener at pasienten bør tolerere noe smerte.

Underbehandlet smerte kan ha flere årsaker. For sykepleieren vil det sentrale være sykepleierens smertesyn og hans/hennes villighet til å gjøre seg sårbar overfor barnets smerte.

3.4 Barn og smerteopplevelse

Mye tyder på at barns evne til å tenke, forholde til kausalitet og ha interpersonlige forhold skiller seg fra voksne (Mills og Mills, 2000). Barn er i en periode med biologisk, intellektuell og sosial utvikling mer omfattende enn i noen annen periode i livet (ibid). Barns utvikling gjør at behovet for omsorg endrer seg oppover i alder.

Barn blir i stor grad bestemt over av andre og regnes for å være en gruppe med lite makt som behandles som umyndige i forhold til voksne. Fordi barnet befinner seg i denne avmaktssituasjonen vil de voksnes vurderinger og handlinger overfor barnet bestemme hvordan barnet har det (Skaalvik og Kvello (1998). Kristensson-Hallstrøm og Elander (2001) hevder at behandlingen av smerte hos barn, til en viss grad har skiftet gjennom tidene i takt med synet på barn. Historisk sett har man i enkelte tidsepoker behandlet barn som et objekt uten forståelse for deres individualitet. Til andre tider har man hatt en interesse for barns beste og hatt forståelse for dem som individer (Kristensson-Hallstrøm og Elander (2001). Synet på barn og de ulike egenskaper hos barn vil påvirke sykepleierens beslutninger omkring smerte på samme måte som synet på smerte vil gjøre det. Hvordan barn opplever smerte er vanskelig å vite, men når barnet begynner å kjenne redsel, vil dette forsterke opplevelsen av smerte hos barnet (Montes-Sandoval, 2007). Bjørklund (2001) hevder at når barnet er mellom 0-4 år kan erfaring med smerte også romme en redsel for å bli overgitt av foreldrene. Nærvær av en trygg omsorgsperson er derfor svært viktig. Denne redselen trenger ikke å ha noe med sykehuset å gjøre. Det kan være normalt for barn under 2 år å være redd for fremmede (Tamm, 1996). I 3-7 års alderen er barnet redd for det ukjente truende, og barn kan fantasere om monstre og spøkelser og andre ting å være redd for som de ikke kjenner (Tamm, 1996). Når barnet er mellom 5-10 år kan det være redselen for selve smerten som kan være i fokus, og de uroer seg for smerten og gruer seg (Tamm, 1996). For barn fra ca 11 år og oppover vil det være redselen for følgene, dvs. for funksjon eller livet i etterkant som kan skape engstelse (Bjørklund, 2001).

Siegel og Smith (1989) hevder at barns typiske måte å reagere på stress, også vil påvirker deres evne til å håndtere smertefulle hendelser. Stressmestringsevnen former barnets reaksjon på smerte assosiert til sykdom, smerte og smertefulle prosedyrer. En rekke faktorer påvirker barnets mestrings- og tilpasningsevne når de møter smerte. Eksempler på dette kan være det kognitive utviklingsnivået, tidligere erfaringer med smertefulle hendelser, troen på sin mulighet til å tolerere smerte, grad av foreldrestøtte, samt i hvilken grad smerten er akutt eller kronisk og blir ansett som

mulig å kontrollere av barnet (Siegel og Smith, 1989). Foreldrene er nærmest barnet og kjenner barnet best og er fortrolig med deres måte å reagere på. De er derfor i en bedre posisjon enn sykepleieren til å oppdage forandringer hos barnet. Foreldrene er som regel barnets velbetrodde og det kan være av stor betydningen å ha kjente omsorgspersoner i ukjente og ofte skrekkinngytende omgivelser (Kristensson-Hallstrøm og Elander, 2001).

3.5 Synet på smerte i ikke-medikamentell smertelindring

Ikke-medikamentell smertelindring baserer seg på at det finnes ressurser i mennesket som har potensielt lindrende effekt som kan utnyttes når personen opplever smerte. Det vil si at barnet selv eller andre forsøker å påvirke barnets opplevelse av smerte slik at smerten oppleves som mindre påtrengende. Et eksempel på dette er produksjonen av adrenalin og andre hormoner som produseres i "fright and flight" situasjoner. Smerten oppleves da som underordnet, fordi andre og viktigere forhold er fremst i bevisstheten til personen (Linton, 2005). Ved å benytte den enkeltes ressurser, kan personen ved hjelp av ulike ikke-medikamentelle smertelindringsstrategier oppleve smerten som mindre. Mange av effektstudiene som er gjort i forhold til ikke-medikamentelle strategier til barn har ikke noe uttrykt syn på hva smerte er eller betyr. Mange av studiene forsøker å kartlegge hvorvidt en strategi har effekt på smerte eller om det også har en effekt på angst/ stress (Tak og van Bon, 2006; Cohen et al, 2004). Et av siktemålene med studiene er å finne ut om det er slik at for eksempel avledning virker på smerte, stress eller angst (Windich-Birmeyer et al, 2007; Usman et al, 2006; Kleiber og Harper, 1999). Alle de tre sistnevnte studiene er ulike oversiktsartikler og sier noe om hvor tyngden av forskningen på området ligger. Begrunnelsen for å undersøke om avledning virker på smerte eller andre ting er at smerteadferden påvirkes av angst og smerte (Windich-Biermeyer et al, 2007). Dette skillet er interessant fordi et samtidig syn i smertelitteraturen, er at smerte har en gjensidig og uadskillelig interaksjon med angst (Montes-Sandoval, 1999). Resultatene fra disse effektstudiene er med på å opprettholde et dualistisk syn på smerte, fordi det gir inntrykk av at angst og smerte kan frikobles fra hverandre.

Smerte blir en fysisk respons som kanskje ikke avledning, som er en psykisk strategi, har effekt på. Det nærliggende vil dermed være å tenke: "det fungerer fordi pasienten ikke egentlig har smerter, pasienten er bare redd". Resultatene fra studier som skiller mellom effekten av angst og smerte, bidrar til en forståelse av at det er mulig å dele smerteopplevelsen inn i angst på den ene siden og den "egentlige" smerten på den andre siden. Slik fjernes også betydningen av situasjonen eller konteksten som smerten oppstår i. Kirkeengen (2005) hevder at å dekontekstualisere smerte, bokstavelig talt er å gjøre menneskers handlinger og væremåte meningsløse. Hun sier videre at når helsepersonell oppfatter smerten som noe som har sin bakgrunn i psykiske eller fysiske belastninger skjer det en forfalskning av pasienters liv og erfaringsverden (Kirkeengen, 2005). Forfalskningen består i å redusere mennesket til noe som er enten fysisk eller psykisk.

4. Design og metode

Denne studien har et kvalitativt utforskende og beskrivende design. Det er tatt i bruk fokusgruppeintervju som datainnsamlingsmetode. I dette kapittelet gjøres det nærmere rede for studiens design og metode. Videre beskrives fremgangsmåte for analyse av data og forskningsetiske betraktninger.

4.1 Utforskende og beskrivende design

Forskningsdesign innebærer en plan for hvordan forskningsstudien skal gjennomføres og velges ut fra eksisterende kunnskap om temaet det forskes på (Nord, 1998). For denne studien ble det ansett som velegnet å velge et kvalitativt utforskende og beskrivende design, fordi hensikten med studien var å utforske sykepleieres erfaringer og gjennom dem forsøke å få innsikt i potensielt mindre belyste sider ved bruk av ikke-medikamentelle strategier. Brink og Wood (1998) hevder at et utforskende og beskrivende design egner seg der hvor lite eller ingen forskning har adressert den spesifikke variabelen man studerer, og at designet kan bidra til å fremskaffe innsikt, forståelse og meningen med det som studeres. Designet søker mot en helhetlig beskrivelse og forklaring av prosessen, variabelen eller det fenomenet som studeres.

Litteratursøket gjort forut for studien er lagt til grunn for valg av design, idet den viste at selv om det var forsket en del på ikke-medikamentell smertelindring, lå hovedtyngden av denne på intervensjonsstudier eller på ulike intervensjoners hyppighet og variasjon sett i sammenheng med demografiske bakgrunnsfaktorer hos sykepleierne (He et al, 2005; Polkki, Vehivilainen-Julkunen og Pietila, 2001; Salanterä, Lauri, Salmi og Aanteraa, 1999). Felles for studiene som var gjort var at de stort sett var kvantitative og ikke hadde et konsistent uttrykt syn på fenomenet smerte. Studiene ble i tillegg oppfattet som lite dekkende sammenlignet med kjennskapet til feltet. Bruk av ikke medikamentelle strategier samt forhold som fremmer og hemmer bruk kan derfor være et område hvor det ser ut til å mangle kunnskap og en helhetlig

forståelse. Denne studien kan, gjennom sin utforskende og beskrivende design, bidra til et bredere grunnlag for videre kunnskapsutvikling på dette området.

4.2 Utvalg

I det følgende beskrives utvalg og utvalgstrategi samt valgte inklusjonskriterier. Utvalg i kvalitativ forskning bruker teknikker som baserer seg på ikke-sannsynlighetsutvalg (Patton, 2002), fordi målet ikke er å generalisere om en fordeling av erfaring eller prosess, men heller å si noe om "the nature and interpretative processes involved in the experience" (Rice og Ezzy, 1999). I denne studien ble snøballutvalg benyttet for å finne frem til informasjonsrike respondenter. Utvalgsstrategien ble benyttet både for å finne frem til aktuelle barneavdelinger og for å finne de mest informasjonsrike respondentene på hver avdeling. Snøballutvalg er en utvalgsstrategi som anvendes for å lokalisere informasjonsrike informanter, og går ut på å spørre personer som er "godt plassert" om hvem som vet mye om det aktuelle temaet (Patton, 2002). Utvalget vil derfor ha mye å si for validiteten og gyldigheten av funnene, eller i hvilken grad studien undersøker det den er ment å undersøke (Kvale, 2006).

På bakgrunn av litteraturgjennomgangen og kjennskap til feltet, ble det antatt at det ved enkelte barneavdelinger ble brukt ikke-medikamentelle smertelindringsstrategier i større grad enn ved andre avdelinger. Disse avdelingene ble det derfor forsøkt rekruttert respondenter fra. Erfaringene til sykepleiere i de miljøene hvor mange sykepleiere anvender disse strategiene var av spesiell interesse. Bakgrunnen var at det her kanskje var andre komponenter tilstede i miljøet som ikke var tilstede på de avdelingene hvor det bare var noen få "ekspertbrukere" av ikke-medikamentelle strategier. For å finne frem til ekspertmiljøene ble flere ulike fag- og forskningssykepleiere i østlandsområdet kontaktet. Totalt ble 14 ulike barneavdelinger kontaktet. Noen av de kontaktede fag- og forskningssykepleierne hadde god kjennskap til ikke-medikamentelle smertelindringsstrategier og hadde i tillegg erfaring fra flere ulike barneavdelinger. Med denne bakgrunnen kunne de gi gode synspunkter og vurderinger på hvilke avdelinger man burde og ikke burde

kontakte. Gjennom disse kontaktpersonene ble jeg gjort oppmerksom på en avdeling som var kjent for å bruke en god del ikke medikamentelle strategier. Avdelingen hadde profilert seg på seminarer og via hjemmesider. Fag- og forskningssykepleieren på den aktuelle avdelingen henviste meg videre til tre andre avdelinger som de samarbeidet med og som hun mente var flinke på området. Da det ble klart at flere enn antall nødvendige barneavdelinger utmerket seg som gode miljøer, ble det i tillegg anvendt elementer fra maksimum variasjonsutvalg i utvelgelsen av barneavdelingene. Maksimum variasjonsutvalg kan være nyttig når man vil forsøke å beskrive en sentral tematikk hvor det er stor variasjon (Patton, 2002). Mulige mønster som viser seg ved maksimum variasjonsutvalg har en spesiell styrke eller betydning fordi den kommer fra et heterogent respondentutvalg (Patton, 2002). Variablene som utvalget ble gjort på bakgrunn av, var barneavdelingenes funksjon i forhold til sentral- og lokalsykehusfunksjon og i forhold til om avdelingene hadde kirurgiske og/eller medisinske barnepasienter. På regionale sykehus er det egne avdelinger for kirurgi, medisin og andre spesialiteter, mens det ved lokalsykehus er mer vanlig med flere spesialiteter på samme avdeling. Sykepleierne fra lokalsykehus vil derfor muligens ha en bredere og mindre spisset erfaring.

Litteraturgjennomgangen viste at hovedtyngden av forskningen vedrørende temaet rettet seg mot kirurgiske barnepasienter eller barnepasienter med kreft. Det syntes derfor som interessant å få med flere pasientgrupper i utvalget. Tabell 1 viser variasjonen i barneavdelinger i forhold til bestemte variabler.

Tabell 1

Utvalgsstrategi i barneavdelinger

<u>Ulike sykehus</u>	<u>Funksjon</u>	<u>Spesialitet</u>	<u>Fylke</u>
1	Regional og lokal	Kirurgi, få medisin	A
2	Regional	Medisin, noe småkirurgi	B
3	Lokal	Medisin og kirurgi	B

På bakgrunn av nevnte utvalgsstrategier ble ledelsen ved de tre valgte barneavdelingene kontaktet hvorpå alle sa seg interessert i at deres avdeling kunne delta i studien.

Etter at utvalget med barneavdelinger var klart, ble sykepleiere med spesiell interesse for og kompetanse i forhold til ikke-medikamentell smertelindring forsøkt rekruttert til studien. Det ble antatt at eksperter, eller de sykepleierne som var kjent for å benytte ikke-medikamentelle strategier, ville ha en annen innsikt og andre perspektiver på bruk av ikke-medikamentelle strategier enn sykepleiere som ikke hadde en slik interesse eller rykte på seg. Noen av deltakerne i studien anså ikke seg selv som eksperter, men ble av fagutviklingssykepleieren eller andre, vurdert som gode eller kompetente.

Rekrutteringen av et informasjonsrikt utvalg var avhengig av god dialog med de ”godt plasserte” fag- og forskningssykepleierne som skulle hjelpe til med rekrutteringen. For å sikre studiens validitet var det derfor nødvendig å skape grundig forståelse for hensikten med prosjektet hos de enkelte fag- og forskningssykepleierne eller avdelingssykepleierne. Dette ble ivaretatt via e-post, telefonkontakt og møter med sykepleierne i forkant av utvelgingen. Fag- og forskningssykepleierne på de respektive avdelingene ga beskjed om deltakere som kunne passe til studien og var også deltakernes førstekontakt. Alle sykepleierne som ble valgt ut til å delta i studien mottok et invitasjonsskriv med invitasjon til deltakelse. (se Vedlegg IV)

Andre inklusjonskriterier var at respondenten skulle snakke godt norsk og ha mer enn 1,5 års erfaring med bruk av ikke-medikamentelle strategier. Bakgrunnen for dette kriteriet var at det i litteraturen vises til at det er svært lite bruk av ikke-medikamentelle strategier blant sykepleiere med mindre enn 1,5 års erfaring (Polkki et al, 2003).

4.3 Innsamling av data

Det ble valgt fokusgruppeintervju som datainnsamlingsmetode i denne studien. Fokusgruppeintervju er et kvalitativt forskningsintervju som er spesielt nyttig når

forskeren ønsker å utforske menneskers kunnskap og erfaring (Rice og Ezzy, 1999). De kan brukes til å finne ut hva mennesker tenker og hvorfor de tenker på den måten de gjør (ibid). Et fokusgruppeintervju er ikke et gruppeintervju, men en gruppe mennesker samlet sammen av en forsker eller andre for å behandle og diskutere et fokusert emne (Rice og Ezzy, 1999).

Interaksjon er en unik side ved fokusgruppeintervju, som baserer seg på at gruppeprosessen hjelper deltakerne i å utforske og klargjøre sine synspunkter (Krueger og Casey, 2000). Dette er nyttig i denne studien, fordi det kan hjelpe deltakerne til å klargjøre sine erfaringer med bruk av ikke-medikamentelle strategier, gjennom andres utsagn om det samme. Erfaringer rundt bruk av ikke-medikamentell smertelindring ligger ikke nødvendigvis fremst i bevisstheten til den enkelte, og kanskje spesielt ikke selve begrunnelsene for denne bruken. Benner (1984) hevder at mange sykepleiere med lang erfaring handler intuitivt og ubevisst ut fra integrert kunnskap som en del av sin personlighet. Klinisk kompetanse i sykepleie utvikles gjennom erfaring over tid (ibid) og fokusgruppeintervju kan derfor lettere bidra til å sette ord på vurderinger og kunnskap disse ekspertsykepleierne sitter inne med.

Det er uenighet i litteraturen om hvor mange deltakere det bør være i en fokusgruppe (Halkier, 2002; Rice og Ezzy, 1999). Det er vanlig med mellom seks og ti deltakere i hver fokusgruppe, men antall deltakere er imidlertid mindre viktig enn dataenes informasjonsrikdom (Rice og Ezzy, 1999). På bakgrunn av dette var det tenkt inkludert opp til åtte deltakere til hver gruppe, mens nedre grense for å iverksette en fokusgruppe var satt til tre deltakere. Det deltok til sammen 15 sykepleiere fordelt på tre fokusgrupper (14 kvinner og 1 mann). I to av gruppene deltok det seks sykepleiere og i den tredje gruppen deltok det tre sykepleiere. Intervjuene varte mellom én og halvannen time. Sykepleierne vil likevel av hensyn til ivaretagelse av anonymitet i det følgende omtales som hun.

4.3.1 Pilotintervjuet

Det ble gjennomført et pilotintervju med sykepleiekollegaer som alle hadde lang erfaring fra barnesykepleie. Dette representerte en mulighet til å prøve ut graden av

struktur i intervjuguiden, reflektere over rollen som moderator og teste samarbeidet med observatøren.

Deltakerne i pilotintervjuet ble i etterkant invitert til å komme med kritiske tilbakemeldinger på intervjusituasjon, observatøren, moderatoren og intervjuguiden. En forbedret intervjuguide med endring av spørsmålsformuleringer og spørsmålsrekkefølge, samt en mer utførlig innledning til intervjuet ble utviklet. Intervjuguiden var halvstrukturert og ga mulighet til å utforske og forfølge uventede ideer og tanker som intervjudeltakerne kunne komme opp med. Intervjuguiden som ble brukt gjorde at viktige spørsmål ikke ble glemt under intervjuet (se vedlegg V). Erfaringene fra pilotintervjuet samt arbeidet med utvikling av en halvstrukturert intervjuguide kan sees på som en måte å sikre validitet på. Ved at spørsmålene ble gjort mer forståelige og relevante ville de i større grad kunne reflektere hensikten med studien. I tillegg ble jeg som moderatoren mer mentalt forberedt og fokusert på forskningsintervjuene som fulgte. Dette var viktig fordi jeg manglet erfaring som moderator fra tidligere. Observatøren hadde erfaring fra andre fokusgruppeintervjuer, og tok notater fra samspillet mellom deltakerne og håndterte båndspilleren.

4.3.2 Intervjusituasjonen

Fokusgruppeintervjuene ble avholdt i møterom i tilknytning til barneavdelingene på de respektive sykehusene. Settingen bør velges nøye, og skal ideelt sett være så nøytral som mulig, og være komfortabel, uforstyrret og lett å finne frem til (Krueger og Casey, 2000). Akustikken bør også være slik at lydopptaket blir godt (Polit og Beck, 2007). Det ble i samarbeid med fag- og forskningssykepleierne på de ulike avdelingene funnet frem til rom som var godt skjermet for støy og avbrytelser. Alle intervjuene ble utført i sykepleiernes arbeidstid. De tre fokusgruppeintervjuene ble gjennomført med ca fire ukers mellomrom, som gjorde at et intervju var ferdig transkribert og en grovanalyse gjennomført før neste intervju. Dette bidro til en større forberedthet foran neste fokusgruppeintervju. Kvale (2006) hevder at kvalitet på det originale intervjuet er avgjørende for den senere analyseringen, verifiseringen og rapporteringen av intervjuet. Han sier videre at et viktig kvalitetskjennetegn ved et

intervju er at det i stor grad tolkes mens det pågår og at intervjueren forsøker å verifisere sine tolkninger av intervjupersonenes svar i løpet av intervjuet. I det følgende eksempelet demonstreres et forsøk på denne kvalitetssikringen:

Deltaker 1: Den største utfordringen er når du skal ta i mot et nytt barn den første gangen, og du må gjøre mange ting i rask rekkefølge, gjerne mange smertefulle ting, stikkes, få en veneflon, det begynner å haste.

Forskeren: Så da hører jeg at du sier at det første møtet er spesielt utfordrende, eller at det er spesielt viktig?

Deltaker 2: Det er begge deler!

Deltaker 1: Ja, det er begge deler, men bare det du sa der, å lære seg å ha noen metoder eller triks. Det er lurt i de situasjonene hvor man kanskje ikke får tid til å "finne" barnet. Akkurat i den mottakssituasjonen klarer man kanskje ikke å finne ut av hvem barnet er.

Ezzy and Rice (1999) hevder det er uenigheter i litteraturen hvorvidt det er en fordel eller ulempe at fokusgruppedeltakerne kjenner hverandre fra før. I denne studien var det imidlertid et poeng at deltakerne i fokusgruppene var kollegaer. I de senere årene har flere og flere studier benyttet seg av utvalg fra sosiale nettverk hvor deltakerne kjenner hverandre fra før (Halkier, 2002). Halkier (2002) hevder at det er flere fordeler ved å benytte allerede eksisterende nettverk. Det er lett for deltakerne å ta del i samtalen fordi det oppleves som trygt med mennesker de kjenner fra før. Da vil de også ha en forestilling om hvordan de andre vil reagere. Deltakere fra samme nettverk kan også utdype hverandres perspektiver på grunn av delte erfaringer og opplevelser. Det betyr også at den sosiale kontrollen i gruppen overfor individuelle uttalelser, som ikke er karakteristiske i forhold til hva vedkommende normalt sier og gjør i dagliglivet, kan tre i kraft, nettopp fordi folk i et sosialt nettverk har en fortid og en fremtid sammen. Det argumenteres også for at fokusgrupper med deltakere som kjenner hverandre og er i et sosialt nettverk med hverandre i høyere grad oppnår noen av de forhold som en kan oppnå under deltakende observasjon, fordi det sosiale rom i

fokusgruppene er mer sosialt gjenkjennelig med folks hverdag (Halkier, 2002). Et eksempel kan være at deltakerne ikke snakker mer positivt om egen bruk enn det som faktisk er tilfellet. Fokusgrupper som benytter seg av eksisterende nettverk kan derfor være en måte å validere den intervjuedes uttalelser om kontekstuelle forhold på, eller å validere gyldigheten av den intervjuedes uttalelser slik Kvale (2006) ser det. En ulempe ved å bruke nettverk kan være at de sosiale normene deltakerne i mellom er så sterke at deltakerne svarer ut fra hva de tror de andre forventer at de skal svare, i stedet for å si det de egentlig mener.

4.3.3 Studiens begrensninger

Det kan være en begrensning i forhold til denne studien at jeg som moderator ikke hadde erfaringer fra tidligere fokusgrupper. Å ha erfaring med å intervju i fokusgruppe er vesentlig for å få til et effektivt fokusgruppeintervju (Krueger og Casey, 2000). Dette ble forsøkt imøtegått ved at jeg trente på forhånd, blant annet i form av å gjennomføre en pilotfokusgruppe. En annen begrensning ved denne studien kan være at det ved den ene gruppen kun deltok tre sykepleiere. Dette kan ha begrenset interaksjonen i den aktuelle gruppen (Krueger og Casey, 2000). Imidlertid hevder Halkier (2002) at det ved mindre grupper i større grad gjør det mulig for deltakerne å gå i dybden på temaet som diskuteres, noe som også syntes å være tilfellet i den aktuelle gruppen. En tredje begrensning ved studien kan være at alle de tre fokusgruppene ble holdt i arbeidstiden for sykepleieren. For en av gruppene innebar det at det var satt av en time og ett kvarter til hele intervjuet, men på grunn av at ikke alle sykepleiene kunne gå fra avdelingen samtidig, var det en sykepleier som kom litt seint og en annen som måtte gå litt tidlig. Dette kan ha påvirket interaksjonen og villigheten til å gå i dybden på temaet, fordi de samtidig hadde forpliktelser utenfor intervjusituasjonen.

4.4 Analyse

De tre intervjuene ble etter grovanalysen mellom hvert intervju, analysert som ett felles materiale fordi hensikten med studien var å beskrive bruk så godt som mulig,

og ikke først og fremst fremheve ulikhetene mellom de ulike gruppene fra de ulike avdelingene. Det betyr at det derfor ikke ble gjort egne analyser av de tre fokusgruppeintervjuene. Presentasjonen av funnene fra alle fokusgruppene gjøres samlet i kapittel fem.

4.4.1 Transkribering

Intervjuene ble tatt opp på lydbånd og deretter transkribert. Jeg forsikret meg om at transkripsjonene var nøyaktige, og at de på en valid måte reflekterte helheten i intervjupersonens erfaring med fenomenet (Polit og Beck, 2007). Dette ble gjort ved at jeg hørte på lydbåndene tre ganger. Den første gangen for å høre på intervjuet i sin helhet, den andre gangen ble transkriberingen foretatt, deretter ble det hørt gjennom opptaket en tredje gang samtidig som jeg fulgte med på den transkriberte teksten og rettet opp og skrev kommentarer og refleksjoner. Kommentarene og refleksjonene dreide seg rundt temaer som jeg ble oppmerksom på, som umiddelbare og mulige sammenhenger i materialet.

4.4.2 Analyse av tekstdata

Det eksisterer ingen universelle regler for analyse av kvalitative data (Kvale, 2006; Polit og Beck, 2008). Datamaterialet i denne studien ble analysert ved å følge hovedtrekkene i Kvales (2006) forslag til analyse. Datamaterialet i transkribert form ble først lest igjennom i sin helhet, og det ble laget refleksjonsnotater og kommentarer i margin underveis som gav et foreløpig inntrykk av hovedområdene i sykepleiernes erfaringer. Det transkriberte tekstmaterialet ble deretter redigert og kondensert til meningsenheter, slik at meningen ble beholdt i intervjupersonens språkdrakt samtidig som den reflekterte den intervjuede personens selvforståelse. På denne måten ble det totalt samlede transkriberte tekstmaterialet redusert til 1/3 og som da utgjorde 650 meningsenheter. I tabell 2 vises et eksempel på hvordan et utsnitt av den transkriberte teksten ble omgjort til meningsenheter og utgjorde grunnlaget for videre analyse.

Tabell 2

Utskrift av transkribert tekst med tilhørende meningsenheter

Transkribert tekst	Meningsenheter
<p><i>Deltaker 1: Nei at vi må på en måte skape et felles tillitsforhold til alle ungene som kommer inn her, fordi de må på en eller annen måte klare å stole på deg.</i></p>	<p>Å skape et tillitsforhold mellom oss og ungene er viktig fordi barna må klare å stole på oss.</p>
<p><i>Forskeren: Vil du si at det er viktig for bruk av disse strategiene?</i></p>	
<p><i>Deltaker 1: Ja det vil jeg for de vet jo... vi blir jo kjent med dem, vi bruker jo primærpsykepleierprinsippet og de vil jo være pasientene "våre" veldig lenge. Vi blir jo veldig godt kjent med dem. Og vet på en måte hvordan, ja, det at du blir kjent med dem, at du kan snakke om interesser, at man får et forhold som gjør at det er enklere å avlede, og at det blir enklere å få gjort prosedyrer.</i></p>	<p>Primærpsykepleierprinsippet gjør at vi blir godt kjent med pasientene</p> <p>Hvis du blir kjent med pasienten og klarer å opprette et tillitsforhold, blir det enklere å få utført prosedyrer fordi du vet hvilke interesser de har og hva du kan avlede med.</p>
<p><i>Deltaker 2: Og at de får ha kontrollen, at de ... ja tillitsforhold og kontroll det henger jo litt sammen. Hvis de vet at de får lov til å være med å styre, få komme med sine meninger og sine ønsker i forhold til en prosedyre, er så...stoler de mer på oss, enn, for det blir mer forutsigbart for dem også enn hvis de vet at vi bare kommer inn, drar av de dyna og smeller inn sprøyta.</i></p>	<p>At barnet får ha kontrollen og tillitsforhold henger sammen.</p> <p>Hvis barnet får lov til å styre og blir hørt, vil de stole mer på oss, enn hvis forholdene ikke er forutsigbare.</p>

Det neste steget i analyseprosessen ble gjort ved at ulike meningsenheter som etter en tolkning viste seg å omhandle det samme ble samlet i kategorier. Denne tolkningskonteksten søker en bredere forståelsesramme enn intervjupersonenes egne, og fokuset kan være på uttalelsenes innhold som går ut over sammenhengene i det som egentlig blir sagt (Kvale, 2006). Fortolkningen er innenfor rammene av en kritisk forståelse, basert på sunn fornuft (ibid). Muligheten for å komme frem til andre tolkninger enn sykepleiernes egne vil kunne være til stede. Et eksempel på at tolkningen til en viss grad går utover deltakernes selvforståelse dreier seg om funnet som handler om å benytte strategier som gir barnet økt kontroll over situasjonen. Sykepleierne i to av fokusgruppene regnet ikke dette som en ikke-medikamentell strategi, samtidig som de refererte til at de brukte dem mye (Se kapittel 5.2. s. 54). Det ble tolket som bruk av en ikke-medikamentell strategi.

I forbindelse med at meningsenhetene ble samlet i kategorier, ble hver kategori forsøkt gitt et dekkende navn, og inneholdt mellom en og femten ulike meningsenheter. Denne tolkningsprosessen ble gjort i tre omganger og det ble forsøkt abstrahert og løftet opp på et høyere nivå hver gang (se tabell 3, s.42). Den første abstraheringen resulterte i at de 650 meningsenhetene ble samlet i 180 underkategorier. Etter andre fortolkningsomgang var dette tallet redusert til 35 underkategorier. I siste fortolkningsomgang ble de 35 underkategoriene samlet sammen til fire hovedkategorier som representerer hovedfunn i denne studien. Det ble således abstrahert langsomt via to ulike generaliseringsnivåer av underkategorier. I prosessen med å samle og abstrahere fra underkategorier til hovedkategorier, vekslet jeg mellom å sette sammen meningsenhetene og underkategoriene i stadig mer generelle kategorier og ved å lese de transkriberte tekstene i sin helhet. Ved å veksle mellom en dekontekstualisering og en rekontekstualisering av intervju teksten, sikret jeg at hovedkategoriene gjenspeilte intervju tekstene og ikke fjernet seg fra dem. Ved bruk av Microsoft Excel © 2008 for Mac og funksjonen autofilter, var det til enhver tid mulig å ha oversikt over hvilke meningsenheter som tilhørte hver kategori for hvert nivå i kategorisering, slik at arbeidet med å utvikle og differensiere kategoriene ble tekstnært. Kvale (2006) hevder at utformingen av egnede kategorier kan være et

like viktig bidrag til kunnskapsutviklingen som antall observasjoner som blir foretatt for de ulike kategoriene. At det ble arbeidet med egnede kategorier i flere omganger anses derfor som hensiktsmessig. I tabell 3 tre presenteres et eksempel på hvordan abstraheringen ble gjort via de to underkategorier og endte opp med fire hovedkategorier.

Tabell 3

Fra meningsenheter til hovedkategorier

<i>Meningsenhet</i>	<i>Under- kategori 1</i>	<i>Underkategori 2</i>	<i>Hovedkategori</i>
Å skape et tillitsforhold mellom oss og ungene er viktig fordi de må klare å stole på oss.	Tillit fra barnet er viktig	Betydningen av tillitsforhold	Tillit mellom barnet og sykepleieren synes grunnleggende for vellykket bruk av ikke-medikamentell smertelindring.
Hvis du blir kjent med pasienten og klarer å opprette et tillitsforhold, blir det enklere å få gjort prosedyrer fordi du vet hvilke interesser de har og hva du kan avlede med.	Tillitsforhold med kjennskap til barnet gjør det enklere å benytte avledning.	Tillitsrelasjon mellom sykepleier og pasient er viktig ved avledning.	Tillit mellom barnet og sykepleieren synes grunnleggende for vellykket bruk av ikke-medikamentell smertelindring.
At barnet får ha kontrollen og tillitsforhold henger sammen, for hvis barnet får lov til å styre og blir hørt vil de stole mer på oss, enn hvis forholdene ikke er forutsigbare og vi bare kommer inn, drar av dem dyna og smeller inn sprøyta.	Å gi barnet kontroll og forutsigbarhet gjør at barnet får mer tillit til sykepleieren.	Å danne en relasjon hvor barnet opplever kontroll og medbestemmelse er en forutsetning for tillit og letter bruk av flere ikke-medikamentelle smertelindringsstrategier.	Barnets behov for kontroll og grad av tillit til sykepleieren bestemmer valg av ikke-medikamentell smertelindringsstrategi.

Kvales (2006) siste tolkningskontekst kalles teoretisk forståelse og benytter en teoretisk ramme ved tolkningen av en uttalelse. Tolkningen vil da gå lengre enn til intervjupersonenes selvforståelse, men også lengre enn en tolkning basert på sunn fornuft. Den vil ha teorien som sparringspartner og forskningsfellesskapet som tolkningskontekst. Det vil være flytende overganger mellom tolkning basert på sunn fornuft og en teoretisk forståelse, på samme måte som det vil være en flytende overgang fra intervjupersonens selvforståelse til sunn fornuft. Samtidig vil det være fornuftig å forsøke å skille mellom de ulike tolkningskontekstene, blant annet fordi jeg forsket på eget felt. Det å se på tolkningene innenfor de enkelte valideringsfellesskapene, var med på å bedre refleksiviteten i forhold til temaet. Den teoretiske fortolkningen vil bli diskutert i kapittel seks.

4.5 Forskningsetiske hensyn

Det ble innhentet godkjenning fra ledelsen på de aktuelle sykehusene for gjennomføring av studien. Studien fokuserer på sykepleieren og ikke pasienten som forskningssubjekt. Det vil derfor normalt ikke være nødvendig å søke Regional etisk komité (REK) for godkjenning. REK ble likevel kontaktet per telefon som avkreftet muntlig at det var behov for å søke om godkjenning der. Fordi det var planlagt å bruke lydopptak i studien, ble det innhentet godkjenning fra Norsk samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) til å gjennomføre studien. Pålegg om endringer i samtykkeerklæringen til deltakerne i studien ble fulgt (se vedlegg II).

Kvale (2006) hevder at en intervjuundersøkelse er en moralsk hendelse, fordi den personlige interaksjonen som skjer i intervjusituasjonen påvirker den intervjuede. I tillegg vil kunnskapen som produseres i intervjuet påvirke vårt syn på menneskets situasjon. Etske overveielser hører derfor hjemme i alle deler av forskningsprosessen. Kvale (2006) gir videre en oversikt over ulike etiske spørsmål som kan oppstå i løpet av intervjuundersøkelsens stadier og fremhever informert samtykke, konfidensialitet og konsekvenser for deltakerne som potensielle etiske utfordringer. Disse vil derfor bli belyst i det følgende.

Et informert samtykke innebærer at intervjupersonene informeres om studiens overordnede mål, om hovedtrekkene i prosjektplanen, og om mulige fordeler og ulemper med å delta i forskningsprosjektet (Kvale, 2006). Det ble utformet en invitasjon med informasjon til deltakende sykehus (se vedlegg III) og en invitasjon til deltakende sykepleiere (se vedlegg IV). Informasjonsbrevet forklarte hva studien innebar, hensikten med forskningen og at resultatene skulle brukes i en masteroppgave. I informasjonsbrevet ble det informert om at masterstudenten var under veiledning av erfaren forsker samt hvilket institutt og universitet forskeren var ansatt ved. I informasjonsskrivet ble det fremhevet at deltakelsen var frivillig og at deltakeren kunne trekke sine data fra prosjektet når som helst inntil masteroppgaven skulle trykkes og leveres, noe som også ble gjentatt muntlig i forkant av selve intervjusituasjonen. Erklæring om samtykke ble tilsendt sykepleierne i forkant av undersøkelsen og kontaktpersonene på de respektive avdelingene la et eksemplar av det informerte samtykket i posthyllen til de deltakerne som var tenkt invitert. Ved oppmøte til fokusgruppeintervjuene hadde de fleste av respondentene med seg det ferdige utfylte samtykkeskjemaet. De resterende fikk en ny kopi og samtykket skriftlig i forbindelse med intervjuet.

Konfidensialitet i forskning innebærer at man ikke offentliggjør personlige data som kan avsløre intervjupersonens identitet (Kvale, 2006). Dette ble ivaretatt slik at utsagn som er brukt i oppgaven er aidentifisert. Dialekt og aksent har blitt gjort om til bokmålsform, slik at det ikke skal være mulig å gjenkjenne sitatene. Sitatene er i det følgende presentert slik at det heller ikke vil være mulig å spore noen utsagn tilbake til sykehus eller den enkelte deltaker. Samtykkeerklæringene og lydbånd vil inntil makulering og sletting bli oppbevart i et eget låsbart skap.

Kvale (2006) hevder at konsekvensene av en intervjustudie både bør vurderes ut fra hensynet til mulig skade som kan påføres intervjupersonene, så vel som de forventede fordelene. I det informerte samtykket ble det informert om at studien ikke ville ha noen direkte nytte for intervjupersonen selv. Det var imidlertid heller ikke forventet spesielle ulemper for deltakerne. Deltakerne ble intervjuet i arbeidstiden, så ingen økonomiske utgifter ble påregnet for den enkelte. Avdelingen kan få nytte av

intervjuene, ved at det kan bli et generelt økt fokus på temaet i og med intervjuene av sykepleierne. Fordi intervjuene ble utført i arbeidstiden kan intervjuene ha hatt økonomiske konsekvenser for avdelingene.

4.5.1 Ethiske sider ved forskerens rolle

En viktig side ved forskerens rolle er dennes vitenskapelige ansvar, forholdet til intervjupersonene og forskeruavhengigheten (Kvale, 2006). I denne studien er jeg forsker, men i tillegg har jeg lang erfaring fra sykepleie til barn. Dette innebærer at jeg kjenner til ulike sider ved arbeidssituasjonen til sykepleierne og kan gjenkjenne og forstå deltakerne som kollegaer. Dette kan være en styrke, men også representere en potensiell bias dersom rollene blandes. Man kan også stå i fare for å forsvare og ta parti for sykepleiernes syn, eller tro at man allerede kjenner til miljøet. Dette var noe som krevde refleksjon før, under og etter intervjuene. Jeg kunne stå i fare for å overse funn på grunn av en opplevd for nær kollegial samhørighet med intervjudeltakerne. Det ble derfor ikke brukt sykepleiere fra egen avdeling i utvalget. Kjennskap til feltet kan også gi en dypere forståelse av fenomenet som studeres. På den annen side kan tilknytningen til miljøet også føre til at det som er ulikt fra egne erfaringer blir oversett, og at man dermed mister viktig informasjon som ikke er i samsvar med egne forventninger til funn (Fagermoen, 2005; Thagaard, 2002). Et eksempel på dette var at jeg i likhet med mange av fokusgruppedeltakerne hadde en forforståelse av at ikke-medikamentell smertelindring kun dreide seg om de spesifikke strategiene som nevnes i litteraturen fra før. Det var derfor viktig å frigjøre seg forforståelsen for å se muligheten for tilstedeværelsen av andre og delvis udokumenterte strategier (Se kap 5.2 s.54). Å klargjøre slike tanker på forhånd kan bidra til en større refleksivitet i form av at innholdet i forforståelsen blir klarere. En for sterk kollegatilhørighet kan ubevisst forhindre en forsker i å avsløre eller være kritisk til ulike forhold som kunne fremkomme under intervjuet. Dette kom spesielt klart frem under pilotintervjuet med kollegaer, når det ble snakk om bruk av tvang i prosedyresituasjoner (se kap 5.1 s.49). Dette gjorde imidlertid at den ubevisste motstanden mot temaet kunne minimalisert så godt som mulig.

5. Resultater

I det følgende blir resultatene presentert. Kategoriene som ble fortolket frem fra dataene under analyseprosessen blir her lagt frem. Forskningsspørsmålene blir ikke kronologisk besvart, i stedet vil kategoriene til sammen besvare forskningsspørsmålene. Nyanser ved kategoriene slik de fremstod i de ulike fokusgruppene er forsøkt presisert. Direkte sitater fra fokusgruppene vil i det følgende bli fremstilt i kursiv. Sitatene er skrevet på bokmål for å lette lesningen og dermed øke forståelsen av sitatets innhold. Endringen til skriftlig språk er gjort uten å endre meningen med det som er sagt.

I løpet av analysearbeidet ble det klart at datamaterialet så ut til å samle seg i fire hovedkategorier som ble vurdert som sentrale for å beskrive bruk av ikke-medikamentelle strategier:

- *Bruk av ikke-medikamentell smertelindring bidrar til bedre samarbeid med barnet.*
- *Barnets behov for kontroll og grad av tillit til sykepleieren bestemmer valg av ikke-medikamentell smertelindringsstrategi.*
- *Tillit mellom barnet og sykepleieren synes grunnleggende for vellykket bruk av ikke-medikamentell smertelindring.*
- *En engasjert og kompetent sykepleiekultur har stor betydning for bruk av ikke-medikamentell smertelindring.*

5.1 Bruk av ikke-medikamentell smertelindring bidrar til bedre samarbeid med barnet

I følge sykepleierne i denne studien bidro bruk av ikke-medikamentell smertelindring til bedre samarbeid med barnet. De ble brukt i ulike faser av samarbeidet med barnet. Noe av hensikten med å benytte ikke-medikamentelle strategier for disse sykepleierne var at de jobbet på lag med barnet og motiverte det til å bli med på smertefulle ting. Samarbeidet med barnet ble til i en forhandling mellom barnet og sykepleieren om ulike måter å få gjennomført smertefulle prosedyrer på. Barnet hadde sine krav og behov og sykepleieren hadde sine krav til prosedyresituasjonen. Ikke-medikamentelle smertelindringsstrategier gjorde det lettere å møte begge krav i prosedyresituasjonen.

Hvor essensielt de anså bruken av ikke-medikamentelle strategier til å være for samarbeidet, kommer til uttrykk i følgende sitat:

Fokusgruppe 3: Vi får ikke gjort jobben vår og barna får ikke gjennomført det de må gjennomføre for å bli frisk. Vi skal kanskje følge barna gjennom mange år. Hvis vi ikke bruker dette, så klarer vi ikke å få et forhold til barna. Da klarer vi å få gitt dem den behandlingen de må ha uten å ødelegge alt for både oss og dem.

En viktig del av den medisinske og kirurgiske behandlingen dreide seg om å lede barnet gjennom smertefulle prosedyrer i en eller annen form. Sykepleierne sa at ikke-medikamentelle strategier ble brukt i forbindelse med smertefulle prosedyrer som: sprøytesetting, blodprøver, ta blodtrykk, legge inn og ta ut perifer venekanyale, skifte av plaster på sentralt venekateter, skifte av bandasjer på brannså, fjerne plaster eller fjerne sting. Det mest vanlige var at ikke-medikamentell smertelindring ble benyttet når prosedyren var forventet å være relativt kortvarig og mindre smertefull. Flere av sykepleierne henviste til at bruk av avledning hadde begrenset virkning under langvarig smerte:

Fokusgruppe 1: Ved prosedyresmerter klarer du å flytte fokuset til barnet i den intense perioden det er snakk om. Hvis barnet har smerter over veldig lang tid, vil vi

ikke klare å holde på oppmerksomheten deres lenge nok. Da vil smerteopplevelsen slå inn på ett eller annet tidspunkt. Man klarer ikke å avlede så lenge som helst.

I tillegg til betydningen av prosedyrens smerteintensitet og smertevarighet, vil også sykepleiernes sensitivitet overfor barnets smerte spille inn. Sykepleierne opplevde det som utfordrende å være åpen nok til å fange opp og anerkjenne hva som opplevdes som en smertefull eller ubehagelig prosedyre for barnet:

Fokusgruppe 3: Å ta blodtrykk er noe som kanskje ikke alle tenker på at kan være vondt. Jeg tenkte i hvert fall ikke på at det kunne være vondt. Mansjetten blåser seg opp flere ganger. Jeg hadde ikke tenkt på at blodtrykk kunne være var vondt eller i hvert fall ubehagelig før skulle ta det på mindre barn.

Sykepleierne var helt avhengig av at barnet samarbeidet og var rolig for å få utført mange av prosedyren på en hensiktsmessig og/eller forsvarlig måte. Eksempler på slike prosedyrer var blodtrykksmåling eller stell av sentralt venekateter med aseptisk teknikk.

I den første fasen av samarbeidet ble ikke-medikamentell smertelindring brukt for å opprette en kontakt og en relasjon. Dersom det hadde vært en dårlig eller dramatisk start på samarbeidet, kunne ulike strategier også benyttes for å bedre samarbeidet mellom sykepleieren og barnet, her illustrert med to eksempler:

Fokusgruppe 2: Å blåse såpebobler kan brukes for å komme i kontakt med barna, å skape et tillitsforhold slik at de ser at vi ikke bare gjør vonde ting. Såpeboblene fungerer som introduksjon slik at de ser at det kan være litt gøy å være på sykehus også.

Fokusgruppe 3: Det å snu fra den vanskelige og ofte traumatiske situasjonen ved innkomst, til å greie å få opprettet et samarbeid med dem, en kontakt og å bli kjent, det er utrolig tilfredsstillende.

Å opprette et samarbeid fra første stund opplevde sykepleierne som både viktig og svært vanskelig, fordi det oftest var i innkomstsituasjonen at barnet opplevde mest

smarter i form av prosedyrer. Det var ved innkomst at behandlingsvurderinger og prøver ble foretatt og det var da det kunne haste med å iverksette behandling.

Etableringen og grunnlaget for samarbeid ble satt på de hardeste prøvene i disse situasjonene, og som en følge av dette skilte sykepleierne mellom barn med og uten tidligere sykehuserfaring. De barna som kom for første gang representerte den største utfordringen i forhold til samarbeid. Manglende tid ved innkomst kunne forhindre bruk av ikke-medikamentelle strategier, noe som barnet kunne lide under.

Sykepleierne opplevde at barnet ved manglende tid sjelden rakk å bli trygg nok til å mestre kravene om samarbeid omkring de ofte smertefulle prosedyrene.

Ulike strategier ble i tillegg benyttet i situasjoner hvor sykepleieren ville bevare et samarbeid om en prosedyre som barnet kunne oppleve som kjedelig. Dette gjaldt spesielt når barnet måtte gå igjennom samme prosedyre flere ganger. Selv om barnet opplevde lite eller totalt fravær av ubehag i forhold til enkelte av prosedyresituasjonene, var bruk av ikke-medikamentelle smertelindringsstrategier viktige for å bevare samarbeidet med barnet. Sykepleierne anga det som et overordnet mål å forsøke å få barnet til å samarbeide, slik at de i størst mulig grad slapp å bruke tvang. Eksempler på ulike strategier som da ble brukt var; blåse- og pusteøvelser, muntlige forsikringer eller detaljfokusert informasjon som beskrev akkurat hva barnet kom til å oppleve under prosedyren. Spesielt for de barna som var innlagt over lang tid kunne det være utfordrende å produsere nye innfallsvinkler og midler til samarbeid. Å benytte seg av ulike ikke-medikamentelle strategier i disse situasjonene var kreativt utfordrende og stilte krav til fantasi hos sykepleieren.

Noen ganger opplevde sykepleierne at det var umulig å få til et samarbeid med barnet. Slike situasjonene kunne ende med at barnet måtte bli holdt fast for å få utført ulike mer eller mindre smertefulle prosedyrer. Sykepleierne var imidlertid klar på at slike situasjoner av og til verken var uforsvarlig eller mulig å unngå, men at det skulle være absolutt færrest mulige situasjoner som endte slik. Situasjonene med mye eller lite tvang utartet seg veldig forskjellig. Spennet gikk fra å måtte holde armen rolig under et fingerstikk til mer eller mindre fastlåste situasjoner hvor alle forsøk på å få

barnet til å samarbeide var gitt opp. Slike situasjoner kunne oppleves som svært opprivende for alle parter:

Fokusgruppe 2: En gang hadde vi et ganske stort barn med cvk her som opplevde det som svært traumatisk og skifte på en cvken. Det var helt forferdelig. For å klare å skifte måtte de være to eller tre stykker for å holde barnet fast. Det hadde aldri jeg gjort. Ungen løp ut av avdelingen og gråt og moren gråt. Da har det låst seg. Jeg synes slike situasjoner kan være så vanskelig, fordi vi ikke klarer å få til den rette fremgangen

For å unngå å holde barnet fast var det ansett som effektivt å benytte flere strategier parallelt i den samme situasjonen. På den måten forsterket strategiene hverandre. Ved hjelp av et stort repertoar av ikke-medikamentelle smertelindringsstrategier kunne sykepleieren øke mulighetene for samarbeid. Samtidig kunne den samme innsatsen fra sykepleierens side, representere en belastning for barnet, dersom barnet ikke klarte å samarbeide. Sykepleierne var opptatt av konsekvensene for barnet dersom smertene opplevdes som for store til at barnet klarte å samarbeide, noe følgende utsagn demonstrerer:

Fokusgruppe 3: Jeg tenker at barnet kan få mindreverdighetsfølelse hvis det får en oppgave det ikke mestrer. Det kan være en følelse av nederlag. Det kan hende at de selv ikke opplever at de har mestret en prosedyren hvis de gråter, ikke har klart å samarbeide og at vi endte opp med å måtte holde dem til slutt.

Sykepleierne mente også at bruk av ikke-medikamentelle strategier gjorde opplevelsen av nuet bedre, tok fokuset bort fra det tekniske og skremmende ved situasjonen, noe som igjen bidro til et forbedret samarbeid med barnet. De var enige om at bruk av disse strategiene kunne spare både sykepleieren og familien for ulike belastninger:

Fokusgruppe 3: Dersom man bruker fem minutter ekstra på å forberede et barn foran for eksempel en venefloninnleggelse og det resulterer i at du får lagt veneflonen uten kamp, så sparer tid. Dessuten sparer du barnet for opplevelsen av smerte og du

sparer dem for hele den kaotiske tilstanden som oppstår når man må holde et barn. Derfor tror jeg at man kan få det til uten at det krever så mye.

Det å måtte holde barn fast var uunngåelig ved flere anledninger, spesielt når prosedyren skulle gjøres på mindre barn. Når man måtte holde barnet fast, var det viktig at man ivaretok barnet på best mulig måte og forsøkte å ikke ødelegge for et videre samarbeid med barnet. Sykepleierne fremhevet at det i denne sammenhengen var viktig å ufarliggjøre holdesituasjonen og opptre som en voksen:

Fokusgruppe 2: Vi kan være bevisste på at vi ikke henger over barnet. Vi kan sette oss ned vise barnet at vi er voksne personer. Vi kan vise det med språket vårt, ved å forholde oss til dem i øyehøyde. Det er ikke nødvendig å holde hardt, du kan holde fast sier jeg ofte til foreldrene. Du kan holde kjærlig og fast og ikke hardt og brutalt. Du må være bevisst på tanken bak når du jobber på en barneavdeling. I stedet for å si at jeg skal holde dem fast, så sier jeg at jeg skal hjelpe dem å holde armen stille, fordi det virker mindre truende.

Til tross for dette var det imidlertid en mulighet for at barnet ville oppleve det som dramatisk og traumatisk å bli holdt fast. Sykepleierne var opptatt av at opplevelsen barnet satt igjen med etter sykehusoppholdet ikke skulle være vond, og derfor var måten de gikk fram på overfor barnet så avgjørende.

Det var en utbredt bruk av belønning ved alle de tre barneavdelingene, noe som sykepleierne mente hadde en god effekt på samarbeidet med barnet. Det forekom imidlertid nyanseforskjeller avdelingene i mellom. På alle avdelingene sa sykepleierne at de benyttet premier eller andre typer av belønninger til barna, for at de skulle samarbeide bedre eller for at de skulle utholde noe som opplevdes som smertefullt. Sykepleierne på en av avdelingene mente i tillegg at bruk av belønning og premier ikke utelukkende virket positivt inn på samarbeidet, men også hadde en smertelindrende effekt. De mente at barnets tanke på og ønske om premien fortrenget tanken på det vonde og gjorde at opplevelsen av smerte var ”verdt” det. De to nyansene illustreres her med hvert sitt sitat:

Fokusgruppe 3: Premien blir en gulrot. Det er ikke alltid at avledning hjelper og da er det alltid greit å si: ” Etter at vi er ferdig med dette, så skal du få en premie!”.

Premien er for at de har samarbeidet om noe som gjorde vondt. Det skal være godt å få premie. Det spiller ingen rolle om de har grått. De har samarbeidet og deltatt i noe som gjorde vondt, og da fortjener de en belønning.

Fokusgruppe 1: Når de får premeien hender det at de sier: ”Jammen du kan bare gjøre det igjen!” For de har så lyst på den premien. Premien etterpå er en oppmerksomhet som mange synes er kjempestas. Premien forandrer opplevelsen deres veldig. Det at de får informasjon om premien på forhånd, gjør at de bare tenker på premien de skal få. Da er alt ofte glemt. Det er utrolig hvor lite som skal til mange ganger.

5.2 Barnets behov for kontroll og grad av tillit til sykepleieren bestemmer valg av ikke-medikamentell smertelindringsstrategi

Sykepleierne nevnte en rekke ulike strategier som ble brukt for å bedre barns opplevelse av smerte. Funnene viser at sykepleierne la liten vekt på å bruke de ulike strategiene utenom prosedyresituasjoner. Det var i prosedyresituasjonene at den ikke-medikamentelle smertelindringen syntes uunnværlig. Det var tre forskjellige strategityper som gikk igjen ved alle de tre avdelingene. Den første og mest overordnede strategien var tilstedeværelse av en innstilling til barna på avdelingene. Denne innstillingen var preget av en engasjert, leken, positiv tilnærming som henvendte seg til det friske i barna. Formålet var at barna skulle føle seg trygge og rolige. Under denne overordnede ”paraplystrategien” utøvde sykepleierne i hovedsak to vesensforskjellige sett av strategier, med to forskjellige siktemål:

- Det ene settet av strategier rettet seg mot å fange barnets oppmerksomhet og dermed flytte barnets fokus vekk fra den smertefulle situasjonen, enten det var smerter forårsaket av en prosedyre, et stell eller lignende.

- Det andre settet av strategier rettet seg ”motsatt vei” og forsøkte å styrke barnets kontroll, medbestemmelse og oversikt over den smertefulle situasjonen.

Sykepleierne var svært opptatt av hvilken stemning det var på barneavdelingen. Den overordnede lekne og engasjerte innstillingen til barnet hersket like mye ute i gangen som i de konkrete prosedyresituasjonen hvor barnet opplevde smerte. Flere av dem fremhevet at innstillingen til barnet var en uformell og positiv måte å forholde seg til barnet på. En slik innstilling eksisterte også sykepleierne imellom, på en slik måte at det var lov å leke for dem og ta seg selv uhøytidelig og leke med barna. Sykepleierne hevdet at prosedyren barnet måtte gjennomgå dermed kunne bli lettere å håndtere for barnet, mindre negativ og mindre skremmende. I denne sammenhengen var for eksempel humor vektlagt av sykepleierne:

Fokusgruppe 2: Det er avledning i det å prate. Man trenger ikke alltid å være så seriøs. Det er nok alvor her, så det går ikke på det. Avledning får foreldrene til å slappe av også. Du må selvfølgelig se an situasjonen, slik at du tar for lett på det, men klarer du å bruke litt humor så kan du kanskje klare å holde stemningen oppe inne på et rom. Humor virker faktisk positivt inn på barna, slik at det ikke bare blir forferdelig å være på sykehus.

Sykepleierne uttrykte at noe av grunnen til at de jobbet der de jobbet, var at de var genuint interessert i å jobbe med barn. Sykepleierne forventet ikke at barna skulle sitte stille under en prosedyre helt uten videre, derfor måtte de som sykepleiere være opptatt av å leke seg frem og ikke forlange for mye. De var opptatt av at barna ikke skulle tro at de måtte sitte stille på en stol og oppføre seg ”pent”, men at de kunne få være seg selv. Dette ble beskrevet som en generell holdning til barnet som gikk på å normalisere situasjonen og fokusere på det friske i barnet. Det hjalp at barnet opplevde seg som frisk også:

Fokusgruppe 2: Ved å leke og distrahere barna kan vi få dem til å tenke på andre ting. Det hjelper å ikke bare fokusere på det vonde, men også det friske i barnet. Smertene blir lettere når vi flytter fokuset fra det som er vondt, over til resten av det friske barnet. Samtidig må man ikke glemme at barnet kan ha det vondt, men vi kan

ikke snakke om det hver gang vi kommer inn. Hvis vi gjør det, så er det klart at de får vondt.

Det var et klart trekk ved sykepleiernes holdning til barnet at smertene ble forsterket ved å fokusere på det som var vondt. Det var også viktig for sykepleierne at stemningen i avdelingen, eller innstillingen til barnet fungerte som en slags grunnsmurning, eller ufarlig buffer som opplevdes godt for barnet.

Under denne overordnede innstillingen til barnet hevdet sykepleierne selv at de brukte avledning eller lek som avledning aller mest. Avledning ble av sykepleierne beskrevet som en strategi som flyttet fokuset vekk fra den smertefulle situasjonen. Alt som kunne ta fokuset vekk fra prosedyrens smerte og redsel ble brukt som avledning. Her nevnte de avledning med såpebobler, pusteøvelser, blåsing, rangler med lyd, fantasireiser og sang. Sykepleierne forsøkte å appellere til flest mulig av barnets sanser og helst involvere barnet i aktiviteten. Det vil si at de i tillegg til å benytte for eksempel sang, også laget bevegelser. At barnet selv bidro aktivt samtidig som det ble visuelt stimulert, kunne også ha en god effekt:

Fokusgruppe 3: Det at barnet blåser selv, gjør at de tar fokuset vekk fra det som er vondt. Det kan være å blåse såpebobler, eller andre ting som barnet er opptatt av å gjøre, som å kaste en ballong. Vi prøver å få vekk hele fokuset fra sprøyta vi skal sette, slik at det ikke blir så vondt.

Sykepleierne vektla imidlertid at det var viktig at bruk av strategier som flytter barnets fokus bort fra smerten ble brukt i forståelse med barnet. Hvis ikke kunne barnet føle seg lurt når ubehaget eller smerten begynte. Tillitsaspektet måtte ivaretas, slik at barnet fortsatt kunne stole på sykepleieren i etterkant. Ved bruk av strategier som flytter barnets fokus vekk fra den smertefulle situasjonen, var det viktig, men vanskelig, å balansere mellom å holde barnets fokus borte fra det vonde, samtidig som barnet skulle oppleve forutsigbarhet:

Fokusgruppe 2: Hvis vi klarer å holde fokuset borte fra det vi gjør, samtidig som vi sier ifra om når vi stikker, blir de med på vandringen. Barna kan være så inne i

fortellingen at den også fortsetter videre etter at prosedyren er slutt. Barna blir så engasjert i det de forteller om eller hører om.

Samtidig som sykepleierne hevdet at de benyttet avledning aller mest, snakket de tilsvarende varmt om ulike måter å gi barnet kontroll på. Å gi barnet kontroll innebar at de ga barnet en følelse av høy medbestemmelse. Eksempler på strategier som formidlet kontroll var når de ga barna valgmuligheter eller muligheten til å stoppe under et vondt stell eller tilsvarende. Det kunne også være forberedende informasjon. Til tross for at strategien var fremtredende på alle avdelingene, tenkte de fleste av sykepleierne ikke bevisst på at det å gi kontroll var en egen ikke-medikamentell smertelindringsstrategi. Noen sykepleiere brukte det helt bevisst:

Fokusgruppe 2: Hvis jeg skal fjerne sting eller skifte på et sår, så bruker i hvert fall jeg mye det å gi dem kontroll over situasjonen. Det vil si at de får lov til å si stopp underveis og at de da kan si fra når de føler at de har kontroll over situasjonen igjen. I tillegg pleier jeg å puste dypt sammen med dem.

Sykepleierne mente at det hadde en god virkning på smertene at barna fikk lov til å gjøre de vonde tingene selv. Ofte kunne sykepleieren begynne å ta av et plaster, men hvis det ble for vondt, overtok barnet selv. Dette var individuelt for hvert enkelt barn. De mente også at det var forskjell på grader av kontroll barnet trengte, og noen barn ville ha hele kontrollen selv. Noen av barna ville for eksempel se mens andre ville absolutt ikke se på når de skulle bli tatt blodprøver av. Å gi barnet ulike valgmuligheter kunne også være med på å gi barnet kontroll over situasjonen. For eksempel fikk barna velge hvilken finger de skulle stikkes i, eller hvor de skulle sitte mens prosedyren ble gjort. Det var imidlertid viktig at sykepleieren bestemte hva det kunne velges mellom, slik at barnet ikke trodde det kunne velge bort hele prosedyren. En annen måte å sikre kontroll på, var ved å gjøre situasjonen så forutsigbar som mulig, for eksempel ved å markere avslutningen på noe vondt. Dette kunne enten gjøres med en premie, eller ved at man blåste såpebobler helt til slutt. Da visste barnet at det vonde var over og at det kunne slappe av. Strategiene som fremmet kontroll ble debattert spesielt hyppig når sykepleierne snakket om de barna som ikke

avledning fungerte i forhold til. Disse situasjonsbeskrivelsene berettet både om barn som ikke ville ha avledning, men mest om de barna med dårlig erfaring fra før som tilsynelatende ikke kunne få nok kontroll. Disse barna kunne være livredde, skrekkslagne, med skepsis og manglende tillit til foreldrene og helsepersonell. Å være for dårlig forberedt kunne også gjøre at et barn fikk denne reaksjonen:

Fokusgruppe 3: En pasient jeg hadde, måtte stikkes. Han hadde vært igjennom masse fra før av. Da han fikk vite at han skulle stikkes begynte han umiddelbart å hyle og skrike. Det var ikke bare gråting, men hyling og skriking. Han protesterte med å frese ut av rommet og det var ikke snakk om å få gjort noe. Hvis vi prøvde å si noe til han, så bare skrek han enda høyere for å overdøve oss. Da hadde vi ikke en sjanse! Jeg tror kanskje at neste gang han kommer og vet at han må igjennom dette, vil det gå lettere. Da vil han være forberedt på stikket. Denne gangen var han helt uforberedt på at han skulle stikkes før han kom hit.

I slike ”fastlåste” situasjoner kunne det være best å bruke medikamenter som sederte barnet lett, slik at barnet glemte det som hadde skjedd etterpå. En annet alternativ ved neste prosedyre kunne være at sykepleierne gikk aktivt inn for møysommelig å gi barnet kontrollen tilbake. Det innebar at alle strategier som fremmet opplevelsen av kontroll ble tatt i bruk. Samtidig unnlot sykepleierne å bruke de strategiene som flyttet barnets fokus bort fra situasjonen, fordi det bare ville gjøre vondt verre. På den måten kunne sykepleieren på nytt begynne å vinne barnets tillit. Dette arbeidet ble opplevd som svært krevende:

Fokusgruppe 1: Hvis vi først har mistet tilliten, er det vanskelig å få den tilbake igjen. Da går det ikke. Da må vi i tilfellet jobbe veldig, veldig hardt for det.

5.3 Tillit mellom barnet og sykepleieren synes grunnleggende for vellykket bruk av ikke-medikamentell smertelindring

Et av de mest sentrale funnene i studien, var betydningen av barnets tillit for bruk av ikke-medikamentell smertelindring. Sykepleierne uttrykte at tillit var grunnleggende

for bruk av ikke medikamentelle strategier. Både fordi tillit hadde verdi i seg selv, og fordi tillit var viktig for å skape samarbeid med barnet. Bruk av ikke-medikamentell smertelindring og tillit hang derfor sammen. Sykepleierne hevdet også at å bruke ikke-medikamentelle strategier bidro til å skape tillit. I tillegg synes tilstedeværelsen av tillit å virke inn på barnets opplevelse av smerte på en slik måte at smerten ble opplevd som mindre i de situasjoner hvor tilliten var til stede. Tilstedeværelsen av tillit synes derfor å bidra til å dempe barnets opplevelse av smerte i seg selv.

For å oppnå tillit trengte sykepleierne en kontakt med barnet, det vil si noe å bygge tilliten på. Sykepleierne vektla betydningen av barnets opplevelse av det første møtet samt å ta hensyn til barnets tidligere erfaringer med smerter, prosedyrer og sykehus. Dette dreide seg både om det første møtet med sykehuset, sykepleieren, en smertefull prosedyre eller det første møtet med en ikke-medikamentell strategi. Dette første møtet var viktig fordi det var noe som i stor grad var med på å forme barnets innstilling til nye situasjoner:

Fokusgruppe 2: Første gangen du skal gjøre noe, sette et klyster eller en annen prosedyre, skylder du barnet å gjøre det så optimalt som mulig. Det samme gjelder for et barn med nyoppdaget diabetes. Du må passe på at det ikke blir stress når du skal ta blodsukker den første gangen, slik at det ikke blir negativt. Da kan det fort bli en negativ spiral. Hvis du er heldig første gangen, det går kjempefint og ungen er trygg, da har du lagt løpet for resten av oppholdet.

Hvis den første kontakten ble bra kunne det legge grunnlaget for tillit. I andre sammenhenger var bare tilliten der umiddelbart samtidig med kontakten, og tilliten var allerede på plass når sykepleieren og barnet kjente hverandre fra før. Å ha kjennskap til barnet og barnets interesser påvirket derfor i positiv forstand bruk av ikke-medikamentelle strategier. utfordringen var imidlertid større når sykepleierne ikke kjente barnet som person:

Fokusgruppe 3: Noen ganger så faller det seg så lett fordi vi får en umiddelbar kontakt eller du kjenner barnet godt. Den største utfordringen er når du skal ta i mot

et nytt barn den første gangen. Da må du gjøre mange smertefulle ting i rask rekkefølge fordi det begynner å haste.

I slike tilfeller tok de i bruk mer standardiserte strategier, som ”traff” eller ”ikke traff” barnet. Dersom sykepleieren kjente barnet, kunne hun bruke barnets interesser i avledningen, fordi det da ble lettere å fange barnets oppmerksomhet. Sykepleierne var oppmerksomme på at også nye barn som kom til avdelingen, kunne ha gamle og dårlige erfaringer. For å kartlegge dette, hentet sykepleierne informasjon fra både foreldre og barn. Barnets og foreldrenes tidligere erfaringer påvirket både samarbeidet med barnet og type strategier barnet hadde behov for. I hvilken grad foreldrene hadde tro på en strategi, og hvilke forventninger de hadde til denne, påvirket også barnets opplevelse. Foreldrenes eventuelle redsel og engstelse var også med på å forme barnets opplevelse av situasjonen.

Sykepleierne mente at for å ivareta tilliten til barnet ville det også være nødvendig å være klar over de enkelte metodenes begrensninger. Bruk av rett metode i rett situasjon var viktig. Det var også av betydning for tilliten, at barnet hadde realistiske forventninger og var godt forberedt på hvilken opplevelse av smerte det ville komme til å oppleve under et stell eller en prosedyre.

Fokusgruppe 1: Det kan bli feil hvis vi stoler helt og fullt på ikke-medikamentelle strategier og glemmer å bruke medikamenter. Hvis du sier til barnet at vi gjøre en drømmereise, og det var kjempevondt likevel, kan det bli feil. Neste gang du skal bruke teknikken så ikke barnet noen tillit til deg, fordi det ikke fungerte sist. Jeg tror at den gyldne middelveien er å kombinere og at det kan bli feilslått hvis du glemmer medikamenter også.

Sykepleierne uttrykte videre at selv om lokalbedøvende medikamenter ble brukt, kan det fremdeles være vondt å bli stukket. Det handler om å være så ærlig som mulig slik at man unngikk, bevisst eller ubevisst, å lure barnet, eller ta for lett på forberedelsene av barnet. Sykepleieren kunne ikke vite hva som ville være vondt for et barn og det var viktig å gi tilstrekkelig informasjon til å beholde tillit:

Fokusgruppe 1: Hvis man ikke er ærlig eller hvis man sier at dette er ikke vondt eller lignende kan det gå galt. Hvis barna tror på deg, men opplever noe helt annet, da blir de forferdelig skuffa og kan miste tilliten til deg. Da har det absolutt motsatt hensikt.

Hva som opplevdes som en smertefull prosedyre var individuelt, og det ble derfor viktig for sykepleierne å ikke love smertefrihet. Sykepleierne opplevde av og til at hensynet til å informere mye og detaljert kom i konflikt med det å være ærlig, fordi man ofte ikke visste om det var nok med ett stikk eller om det måtte flere til som for eksempel ved innleggelse av perifer venekanyle. Hvis det ble informert for lite eller for vagt kunne det oppleves negativt og uforutsigbart for barnet, og dermed gå utover tilliten. Å forvalte tilliten i slike situasjoner var utfordrende.

Fokusgruppe 3: Det har noe med vår bevisstgjøring som sykepleiere å gjøre. Det er veldig viktig å ikke være forutinntatt og ikke mene at du alltid kan best. Det gjelder å møte barna og foreldrene med et åpent sinn.

Dersom det ikke var tid til å forberede et barn på smerter eller at informasjonen om smertene var for dårlig eller for lite vektlagt, kunne barnet oppleve et tillitsbrudd. Sammen med manglende tillit ble dermed mulighetene for å benytte en rekke ikke-medikamentelle strategier borte. Flere av sykepleierne opplevde at tidsaspektet var essensielt for å ivareta barnets kontroll over situasjonen og dermed tilliten. Det å ta seg tid, betydde mye for tilliten fra barnet, slik følgende meningsutveksling mellom to sykepleiere viser:

Fokusgruppe 1: Deltaker 1: Du får gjort ganske mye med et barn, selv om de opplever at det er vondt, hvis du har tillit. Da kan det være at det bare er du som får lov til å fjerne det plasteret som sitter vondt eller at det bare er du som får lov til å trekke ut det kateteret. Hvis vi bare har tid så klarer vi ganske mye.

Deltaker 2: Barna kan kanskje bruke fem minutter på å rive av et plasteret som du hadde brukt ti sekunder på. Men hvis man lar dem få lov selv, så går det lettere neste gang. Da er de ikke redde, og alt går greiere.

For kontinuerlig å ivareta behovet for kontroll, ble det midt inne i en fantasireise eller en avledningsaktivitet formidlet til barnet hvor langt man var kommet i den pågående prosedyren. Til en viss grad bidro dette til at barnet kunne velge om det skulle være opptatt av det vonde eller heller kunne være opptatt av fantasireisen eller avledningsaktiviteten. Noen av sykepleierne hevdet at opplevelse av kontroll og forutsigbarhet var det mest essensielle i vonde prosedyresituasjoner:

Fokusgruppe 3: Det som til slutt skjedde var at jenta kunne få velge å gjøre den ubehagelige prosedyren mens hun var i en narkose. Det ville hun ikke. Jenta var fire eller fem år, og det sier litt om hennes behov for kontroll. Veldig mange andre sykepleiere ville sikkert reagert og sagt: "Hvorfor ga du henne ikke sprøyten mens hun sov i narkose? Hun skriker og har det vondt!". Dette handler om at også små barn må få lov til å velge. Du er ikke i den dypeste narkosen når du får denne sprøyten, og du kan kanskje våkne av den. Den følelsen var faktisk verre for henne enn følelsen av å ikke ha kontroll.

Sykepleierne hevdet at det å påføre et barn vonde ting, uten at barnet var optimalt forberedt eller ikke hadde fått tid til å forstå hva som skulle skje, kunne det ødelegge tilliten til helsepersonell. Dette kunne føre til et forverret samarbeidsklima med barnet videre i sykehusoppholdet. Det skapte engasjement og fortvilelse hos sykepleierne, hvis noen fra egen eller andre yrkesgrupper ikke anerkjente betydningen av å ivareta tillit eller dersom andre ikke så betydningen av å ta barnets smerteopplevelse på alvor. Imidlertid kom ikke alltid tillitsbruddet som et resultat av en mer eller mindre ubevisste underkjennelse av barnets smerten. Sykepleieren hevdet også at du kunne miste barnets tillit, hvis du var "uheldig", dersom barnet misforstod deg, eller dersom barnet følte seg lurert til tross for at du hadde "gjort alt riktig" og hadde forberedt barnet så godt du klarte. Tilliten var skjør. Dersom det tillitsfullt samarbeidet med barnet forsvant, ga det sykepleieren et dårligere grunnlag for å bruke det repertoaret av ikke-medikamentelle strategier som tok barnets fokus vekk fra den smertefulle prosedyren. Å få lov til å flytte barnets fokus bort fra noe smertefullt krever en viss tillit. Hvis tilliten forsvant, forsvant samarbeidet som et resultat av manglende forutsigbarhet, kontroll og trygghet. Barnet opplevde angst og redsel, og dermed ble

smerteopplevelsen forsterket. Samtidig ville mulighetene for ulike strategier ble forringet. Barnet mistet tilliten, mens sykepleieren og legen fremdeles trengte at barnet samarbeidet videre om andre prosedyrer. I slike situasjoner måtte sykepleieren bruke de strategiene som økte barnets kontroll over situasjonen. Sykepleieren fikk dermed et mindre repertoar å spille på overfor barnet, fordi de måtte begynne helt grunnleggende igjen. Å gi kontroll, gi valg, fremme medbestemmelse, markere avslutninger, gi informasjon kunne gi barnet mindre angst og utrygghet og kunne bidra til tillit. Tillit var grunnleggende for samarbeid med barnet. Dersom barnet var uforberedt på smerten eller for dårlig ivaretatt i prosedyresituasjonen, kunne et lite stikk velte hele tilliten. Dermed mistet sykepleierne muligheten til å lindre barnets smerte ved hjelp av ikke-medikamentelle strategier.

5.4 En engasjert og kompetent sykepleiekultur har stor betydning for bruk av ikke-medikamentell smertelindring.

Sykepleierne opplevde det som interessant å fortelle hverandre om episoder som handlet om bruk av ikke-medikamentelle strategier. Det ble gjerne uttrykt kollektiv glede hvis noen hadde klart å ”snu” en vanskelig situasjon med en pasient, og hadde fått til et samarbeid med barnet. Det samme gjaldt første gangen en nyansatt hadde fått til å bruke avledning på en pasient. De ble glade og lettet når de selv eller andre fikk til en vellykket bruk av en ikke-medikamentell strategi. For sykepleierne var det også viktig å ha mulighet til å diskutere med hverandre. Dette opplevde de som en viktig del av sitt miljø. De diskuterte både hvilket syn på smerte man burde ha og hvilken ikke-medikamentell tilnærming som var best egnet i en bestemt pasientsituasjon. Betydningen av åpne diskusjoner kom spesielt klart frem ved de avdelingene som opplevde at andre yrkesgrupper hadde eller hadde hatt et annet syn på smerte enn dem selv:

Fokusgruppe 1: Vi har diskutert og tatt opp smerte flere ganger. Jeg tror at vi nå har større fokus på det. Nå har vi de aller fleste av legene med oss på at barna ikke skal ligge der og ha det forferdelig vondt, men at de skal bli flinkere til å gjøre noe med

det. Vi ser effekten av at det økte fokuset. Vi har sett hva det kan gjøre med en familie som har hatt dårlige opplevelse på vår avdeling for lenge siden og må komme tilbake til oss igjen.

Sykepleierne opplevde at de hadde en kultur for å bruke ikke-medikamentelle strategier. I fortsettelsen av dette, arbeidet de for å spre denne kulturen til andre yrkesgrupper og kolleger og å heve kompetansen på bruk av ikke-medikamentelle strategier i avdelingen. Betydningen av ildsjeler som virkelig brant for den ikke-medikamentelle smertelindringen ble trukket frem som viktig ved alle de tre avdelingene. I tillegg opplevde sykepleierne at de hadde et unikt faglig engasjert miljø. Bruk av ikke-medikamentell smertelindring var blitt et krav til alle sykepleierne på avdelingen:

Fokusgruppe 2: Det er åpenhet rundt bruk av ikke-medikamentell smertelindring og akseptert at det egentlig er sånn vi skal jobbe! Så det er i gåseøyne krav om det også, at vi skal bruke det bevisst og ikke bare ubevisst. Vi skal ikke ture frem, men gjøre det så barnevennlig som overhodet mulig. Det er en av målsetningene. Hvis du søker jobb her, blir det trukket frem allerede i intervjusituasjonen. Vi poengterer at vi bruker det. Hvis de overhodet ikke kan tenke seg det, så er ikke dette stedet å jobbe.

Vellykket bruk av ikke-medikamentelle strategier betinget at sykepleierne var trygge på og villige til å bruke seg selv. Det å "bare gå på jobb", var ikke godt nok for sykepleierne. De hevdet at en av årsakene til at de benyttet ikke-medikamentelle strategier mye, var at de var engasjerte i barnet og villige til å gi litt ekstra. De mente at det handlet om de som var villige til å bruke seg selv og de som ikke var villige til det. Det å dope ned pasienten, var i noen situasjoner ansett som litt lettvint, fordi du da slapp å jobbe med tillitsrelasjonen til pasienten og virkelig engasjere deg.

Sykepleierne mente at engasjement ovenfor pasienten var viktig fordi det gjorde det lettere og mer interessant å jobbe. Samtidig var det å bruke ikke-medikamentelle strategier kreativt utfordrende og det krevdes mot til å tørre og by på seg selv foran pasienter, pårørende og kolleger:

Fokusgruppe 2: Det er nok ikke alle sykepleiere som driver med avledning eller fantasireiser. Det er en del som synes at det å bruke fantasien sin er litt skummelt, fordi det blir så personlig. Om man føler seg trygg på å skulle sette seg ned og gjøre det. Ja, man kan være litt redd for å plumpe uti det. Man skal kjenne seg selv ganske godt.

Når sykepleierne så at kollegaer brukte seg selv, hadde det smitteeffekt i avdelingen, slik at det ble lettere for andre sykepleiere å bruke seg selv. Derfor ble miljøet på avdelingen så viktig. Dette kan sees på som en måte å opprettholde en kultur for bruk av ikke-medikamentelle smertelindring. Det var essensielt for sykepleierne at det å leke og det å tørre å ta seg selv uhøytidelig ble tolket som en positiv egenskap og ikke som en useriøs eller lettvindt kvalitet ved sykepleiekulturen. En naturlig følge av å være villig til å bruke seg selv, var at strategien som ble brukt måtte passe med personligheten til sykepleieren. Strategien måtte samtidig passe personligheten til det aktuelle barnet. Det var derfor ikke så lett å bare ”stjele” metoder fra hverandre, ei heller å dokumentere dem. En sykepleier kunne for eksempel godt synge eller lage en skummel fantasifortelling, mens for andre var denne tilnæringsformen helt uaktuelt. Det måtte føles ”ekte”, eller naturlig for sykepleieren. Sykepleierne mente at dersom man var villig til å bruke seg selv, ville alle sykepleiere på en eller annen måte klare å nå frem til, skape tillit og kontakt med barnet:

Fokusgruppe 1: Man finner seg sine egne metoder. Man stjeler jo aktivt de metodene man ser fungerer, hvis man ser at de passer for en selv å bruke, men i forhold til min personlighet så er det ting jeg ikke gjør eller hadde turt å bruke. Så selv om å synge fungerer for andre, så ville jeg aldri funnet på gjøre det. Da tror jeg tror ikke at barnet ville ha vært rolig i det hele tatt! Poenget er at det må være ekte.

Sykepleierne i denne studien opplevde at de som gruppe hadde et felles syn på hva som var viktig i relasjonen til barnet, når det skulle gå igjennom smertefulle prosedyrer. Å benytte ikke-medikamentelle strategier, sørge for forutsigbarhet, trygghet og kontroll, og å beholde og utvikle tillit fra barnet var en del av pleiekulturen. Når sykepleieren selv utførte de smertefulle prosedyrene på barnet,

fikk de ivaretatt eget syn på smerte. Ved andre vonde smertefulle prosedyrer var det oftest legen som var sykepleierens nærmeste samarbeidspartner. Det var legen som la inn venfloner, utførte spinalpunksjoner eller brukte otoskopet. I tillegg utførte bioingeniøren mange av de venøse og kapillære blodprøvestikkene på barnet. I disse situasjonene var sykepleieren assistent. Å gjøre eget syn på smerte gjeldene i disse situasjonene, var dermed ikke bare opp til sykepleieren alene. Det avhang av i hvor stor grad representanten for den andre yrkesgruppen tok seg tiden som var nødvendig. Det kom også an på til rådighet eller sammenfallende syn, både på smerte og på bruk av ikke-medikamentelle strategier. Hvordan de opplevde samarbeidet med andre yrkesgrupper var forskjellig, men de følte seg ofte prisgitt bioingeniørens beslutning eller synet til den enkelte lege:

Fokusgruppe 2: Det er jo ikke i alle situasjoner det vil være naturlig for oss å bruke slike strategier. Jeg kan ikke si at jeg ville brukt avledning hvis det kom en lege som jeg visste var veldig i mot. Det hadde vært fint å kunne si at det var alle legene, men det vil jeg ikke si at det er. Det er jo litt hvilket forhold du har til legene også, både ved spinalpunksjoner eller innleggelse av venefloner.

Sykepleierne opplevde at de til en viss grad hadde makt i kraft av sin pleiekultur til å bestemme hva som var det gjeldende synet på smerte i prosedyresituasjonen. De søkte støtte i denne sykepleiekulturen når de forsøkte å forhindre at noen av legene ville gjøre en prosedyre som barnet kunne oppleve som vondt, uten at barnet hadde kontroll med det som skulle skje. Hvis ikke legene hadde det samme synet som sykepleierne, kunne de oppleve det som vanskelig å stå i mot. Hvis legens motstand var stor, opplevde de det som vanskelig å ta seg tiden til å benytte ikke-medikamentelle strategier, fordi de følte seg presset til å få prosedyren fort unnagjort. Å bruke ikke-medikamentelle strategier tar tid. Sykepleierne opplevde av og til at den tiden de brukte på å benytte ikke-medikamentelle strategier, ble satt opp mot hvor intens eller langvarig smerten som ble påført barnet ble vurdert til å være av legen. Hvilken anledning sykepleierne hadde til å benytte ikke-medikamentelle strategier når hun hadde assistentfunksjonen i en prosedyresituasjon kom derfor an på legen. I slike situasjoner kunne sykepleieren oppleve å måtte gå på akkord med eget syn på

smerte. Ofte kunne dette dreie seg om betydningen av tid og tillit. Sykepleierne på de ulike barneavdelingene hadde forskjellige erfaringer med samarbeidet med legene. Følgende utsagn kom fra de sykepleierne som opplevde minst forståelse for betydningen av tillit og samarbeid med barnet:

Fokusgruppe 1: Jeg har opplevd at når vi virkelig har jobbet med en familie over tid som er kjempeengstelige og kanskje har dårlig erfaring fra før og det da kommer inn en lege og gjør ett eller annet uten vår ”velsignelse” som er smertefullt, så har de ødelagt hele tilliten. Vi har opplevd det noen ganger at vi ikke får med oss legene.

Sykepleierne på de ulike avdelingene opplevde imidlertid i varierende grad å få gehør for sitt eget syn. Dette mente de gjaldt kanskje spesielt for de nye sykepleierne. Sykepleierne mente at langt fra alle leger hadde dette synet, men at det kunne være spesielt fremtredende hos bestemte spesialistgrupper eller nye leger med lite pедиatrierfaring. De erfarne sykepleierne anså seg selv som rollemodeller for både nye leger og nye sykepleiere.

Sykepleierne i denne studien mente at det å ha en erfaren kultur for bruk av ikke-medikamentelle strategier til en viss grad bidro til å beholde og forsvare verdier de mente var grunnleggende viktig for samarbeidet med barnet under smertefulle prosedyrer. Dette ble illustrert ved et utsagn fra en sykepleier som i stor grad opplevde samsvar mellom sykepleiernes og legenes holdninger til bruk av ikke-medikamentell smertelindring ved smertefulle prosedyrer:

Fokusgruppe 3: Jeg tror at dette har mye med kulturen i avdelingen å gjøre. At man har god opplæring av nyansatte og at de erfarne sykepleierne er rollemodeller for de nye. At det blir snakket positivt om og at det blir en kultur for at det er lurt å gjøre dette. Nye leger som ikke har vært her før skjønner ikke hva vi driver med, og synes ikke det er nødvendig. Hvis det ikke da hadde vært en kultur for at dette er fint og lurt å gjøre, så hadde det nok ikke vært brukt i så stor grad.

Den avdelingen som opplevde størst gehør for betydningen av ikke-medikamentell smertelindring var også den avdelingen hvor sykepleierne bare unntaksvis opplevde

at legene ikke hadde forståelse for at barnet måtte bevare kontrollen, eller manglet respekt for barnets opplevelse av situasjonen. En sterk sykepleiekultur for ikke-medikamentell smertelindring bidro til å ivareta barnets tillit og bidro til at barnets opplevelse av smerte i situasjonen var i fokus heller enn helsepersonellens vurdering av den samme smerten.

6. Diskusjon

Diskusjonen vil i hovedsak knyttes til fire sentrale temaer. Hvert tema tar for seg ulike hovedfunn som til sammen vil belyse forskningsspørsmålene. I forbindelse med diskusjonen av resultatene var det nødvendig med et nytt søk i aktuelle databaser og teori i forbindelse med begrepet tillit.

6.1 Betydningen av tillit i ikke-medikamentell smertelindring

Et sentralt funn i denne studien var at sykepleierne anså tillit fra barnet som grunnleggende for bruk av ikke-medikamentell smertelindring. Å anføre tillit som en fremmede faktor for bruk av ikke medikamentelle strategier er imidlertid ikke uproblematisk. Hupcey (2001) hevder at tillitsbegrepet er tvetydig sett med vitenskapelige øyne, og at begrepet er for umodent til å ha pragmatisk nytte. Tillit er essensielt i sykepleie (Helseth og Nordtvedt, 2002) og det er derfor ikke overraskende at det også fremkommer i denne studien. I det følgende diskuteres først barnets tillit til sykepleieren og dernest sykepleierens tillit til barnets uttalelser om egen smerte. Det sees også på betydningen tvang har for tillitsforholdet.

Tidligere forskning og teori som tar for seg barn og smerte har ikke diskutert tillit i spesifikt i stor grad, men i forhold til generell sykepleie til barn er det forsket noe på tillit. Her hevdes det at tillit er sentral i utviklingen av forholdet mellom sykepleieren og familien/barnet og kan betraktes som en grunnleggende forutsetning for utøvelsen av sykepleie (Kirschbaum og Knafl, 1996; Thorne og Robinson, 1988). I all litteratur som omhandler tillit, står det at tilliten er sårbar (Helseth og Nordtvedt, 2002). Det samme erfarte også sykepleierne i min studie. Tillit er også ønskelig fra barnas side. Boyd og Hunsberger (1998) intervjuet barn om hva som hjalp dem med å håndtere stressende hendelser på sykehuset, som for eksempel en smertefull prosedyre. For de intervjuede barna var det en viktig mestringsstrategi å ha tiltro til helsepersonellet (Boyd og Hunsberger, 1998).

I et klima uten gjensidig tillit mellom familien og helsearbeideren vil det være begrensede muligheter for begge parter til å oppdage den andres kunnskap og ekspertise (Leahey og Harper-Jaques, 1996). Dette kommer til syne i funnene fra min studie hvor sykepleierne brukte flere ikke-medikamentell smertelindrings strategier dersom de hadde barnets tillit til. Uten tillitsforholdet vil sykepleierens mulighet til å bruke ikke-medikamentelle smertelindringsstrategier ikke oppdages eller bli begrenset. I tillegg reduseres også barnets mulighet til å mestre og forstå nødvendigheten av en smertefull prosedyre, noe som kan reduserer muligheten for at prosedyren blir vellykket.

Samtidig som sykepleieren trenger å etablere et tillitsforhold til barnet, er sykepleieren også i en posisjon hvor hun er nødt til å utføre smertefulle prosedyrer av ulike karakterer. Å påføre smerte vil ikke nødvendigvis bli oppfattet som en tillitsvekkende handling, og den sårbare tilliten vil være under press. Konteksten prosedyren utføres i vil utgjøres av multiple perspektiver ved barnet, foreldrene og sykepleieren. Hvilken mening og forståelse barnet tillegger smerten vil dermed påvirke tilliten.

Barnets begrensede kognitive kapasitet og tidsforståelse kan også bidra til at det er vanskelig å forstå hvordan en smertefulle prosedyren kan bidra til noe godt for barnet på lengre sikt (Mills og Mills, 2000). Opplevelse av meningsløs smerte er skremmende. Å opptre tillitsvekkende i dette terrenget synes derfor som svært utfordrende. Tilliten utfordres fordi spesielt mindre barn kan ha begrenset evne til å forstå kausalitet eller sammenhengen smerten oppstår i (Mills og Mills, 2000). Større barn med større kognitiv kapasitet og større tidsforståelse, vil ha bedre forutsetning for å forstå meningen med prosedyren og smerten den innebærer, og tilliten vil være noe lettere å ivareta. Polkki et al (2003) hevder at alder er en fremmede faktor for bruk av ikke-medikamentell smertelindring. Jo eldre barnet er jo lettere er det å bruke (Polkki et al, 2003).

Et funn i min studie var at sykepleierne i stor grad snakket om tillit som noe du har eller ikke har. Det er mange ulike retninger og ideologiske standpunkt vedrørende

dette. Med støtte i utviklingspsykologien, og spesielt Erikssons (1950/2000) teori om psykologisk utvikling i kritiske faser, kan man hevde at tillit er en egenskap som må etableres og utvikles i tidlige barneår. Tillit kan derfor sees på som et utviklingspsykologisk produkt. Dette kan bidra til å kaste lys over barnets møte med helsepersonell i prosedyresituasjonen. Hvis barnet ikke har noen tidligere erfaring med sykehus eller vonde prosedyrer, vil barnet kanskje møte helsepersonell med naiv tillit, uten forventning om smerte. Eriksson (1950/2000), hevder også at dersom ikke barnet har de rette forutsetningene for at tillit kan utvikle seg i tidligere barneår, vil det være vanskelig å møte den andre med tillit. Hvert enkelt barn møter ut fra dette sykepleieren med sin spesielle forutsetning for tillit. Noen har en stor større og noen har mindre muligheter for å vise tillit. Thorne og Robinson (1988) hevder at tilliten man har til representanter for helsevesenet er av en annen type eller karakter enn den man møter andre med i andre sammenhenger. For mindre barn uten tidligere erfaring med sykehus, synes det som lite trolig at de vil ha en annen type tillit til helsepersonell enn til andre ukjente voksne. Sykepleierne i min studie fremhevet derimot at det første møtet barnet hadde med sykehuset, helsepersonell eller en bestemt prosedyre, var spesielt viktig og utfordrende fordi barnet her ville gjøre en første erfaring som fikk konsekvenser for resten av oppholdet. Noen ganger opplevde de umiddelbart å få barnets tillit mens de andre ganger måtte jobbe mer for det, noe som synes å gi mening ut fra Erikssons (1950/2000) syn på utvikling av tillit. Lynn-McHale og Deatrck (2000) beskriver at tillit mellom familie og helsearbeider eksisterer på ulike nivåer og mener med dette at nivåer beskriver dybden av tillit. Tilliten kan være overflatisk eller dyp, sterkt eller svakt forankret. For sykepleierne i min studie var ikke-medikamentelle strategier viktige hjelpemidler i tillitsforholdet. Ikke-medikamentelle smertelindringsstrategier bidro først i etableringen av tillitsforholdet, dernest bidro tillitsforholdet i seg selv til ytterligere muligheter for bruk. Bruk av ikke-medikamentell smertelindring kan dermed sies å bidra til at tilliten blir dypere, slik Lynn-McHale og Deatrck (2000) beskriver.

Sykepleierne i min studie fremhevet at en viktig fremmede faktor for bruk av ikke-medikamentelle strategier var å tørre å ta seg selv uhøytidelig, ikke være redd for å

dumme seg ut, men å by på seg selv. Identifisering av hva som må til for at barnet skal stole på sykepleieren vil være essensielt. Dihle, Bjølseth og Helseth (2006) hevder at nettopp de sykepleierne som inntok en aktiv innstilling til og var engasjert i pasientens smerte, var de sykepleierne som gav pasientene best smertelindring. Engasjementet kan også handle om å være villig til å gjøre seg tilgjengelig for andres smerte. Byrne, Morton og Salmon (2001) hevder i sin studie at helsearbeidere som jobber med smerte hver dag kan oppleve det som så belastende å ta barns smerte innover seg, at de kan omdefinere smerten og ubevisst forhindre at smerten kommer til uttrykk. Dette bidrar til at sykepleieren distanserer seg fra pasienten. Å benytte ikke-medikamentelle smertelindringsstrategier kan derfor også sees på som en måte å orke å beholde engasjementet for barnets smerte. Kompetanse og engasjement er holdt for å være egenskaper ved sykepleiere som vekker tillit (Helseth og Nordtvedt, 2002). Alternativet, som i følge Byrne, Morton og Salmon (2001) vil være å forsvare seg mot barnets smerte, vil kanskje føre til en mindre bruk av ikke-medikamentelle strategier. Thorne og Robinson (1988) hevder at sykepleierens tillit til seg selv som sykepleiere også er viktig for å bygge et tillitsforhold. De hevder videre at sykepleiere som har utviklet et syn på seg selv som å være noe usikre og udyktig kan ha vansker for å opprette tillit til andre. Å ha troen på seg selv og mot til å ta seg selv uhøytidelig kan derfor være en del av selvtilliten til sykepleieren som utgjør en tillitsvekkende egenskap slik som denne studien viser. Å tørre å gi noe av seg selv samt engasjement og lekenhet vil derfor være en del av selvtilliten til den enkelte sykepleier og kan virke tillitsvekkende overfor barn (Helseth og Nordtvedt, 2002). Bruk av ikke-medikamentelle smertelindringsstrategier vil være en del av en slik leken adferd for eksempel i forbindelse med blåsing av såpebobler. Polkki et al (2003) hevder at dersom sykepleieren mangler kompetanse og er usikker, vil disse egenskapene hos sykepleieren ha mer å bety for bruk av ikke-medikamentell smertelindring, enn forhold som har med konteksten eller faktorer knyttet til foreldrene eller barnet. I deres studie viste det seg at den manglende kompetansen og usikkerheten knyttet seg til at sykepleierne mente de hadde lite kunnskap om temaet, at de var engstelige for å bruke ikke-medikamentelle strategier, at de ønsket mer utdanning på området eller at de hadde lite erfaring med selve bruken (ibid). Flere studier har dokumentert at

kunnskapsmangel kan være en vesentlig årsak til redusert bruk av ikke-medikamentelle strategier (Salantera, Lauri, Salmi og Helenius, 1999; Manworren, 2000). Disse studiene viser at en usikker person med lite kunnskaper kan ha problemer med å bruke enkelte ikke-medikamentelle strategier. Funnene fra min studie støtter til dels dette synet, men utvider dette perspektivet i forhold til at usikkerhet og manglende kompetanse handle om noe mer grunnleggende enn kunnskapsmangel. Det handler like mye om mot til å være ekte og ha selvtillit. Thorne og Robinson (1988) hevder at sykepleiere må være sensitive i forhold til de situasjonene sykepleierens egen eller pasientens lave selvtillit virker inn på mulighetene for tillit. Sett i lys av dette kan kunnskap og kompetanse være med på å øke sykepleierens selvtillit på området det her er snakk om. Sykepleierne i min studie har kompetanse i forhold til ikke-medikamentell smertelindring og ser ut til å ha selvtillit og mot til å bruke seg selv. Dette kan forklare at de makter å etablere et tillitsforhold til barnet, og som letter bruk av ikke-medikamentelle strategier til barn. Til tross for at tidligere studier ikke knytter sine funn opp mot tillitsbegrepet, synes funnene fra min studie å være på linje med både tillitsteori og tidligere funn.

Funnene fra min studie viste at ikke-medikamentelle strategier ble brukt for å fremme samarbeidet med barnet. Samarbeidet syntes å være avhengig av tilliten i relasjonen mellom sykepleier og barnet/foreldrene. Når det ble et krav om at barnet måtte samarbeide om noe som gjorde vondt, ble tilliten satt på prøve og utfordret. Det ble slik sett også en relasjonell påvirkning på opplevelsen av smerte, fordi tilliten eksisterer mellom mennesker (Lynn-McHale og Deatrck, 2000). Morse (1991) hevder at dersom pasienten er uvillig til å stole på sykepleieren eller hvis pasienten ikke aksepterer sin sykdomssituasjon, vil det resultere i vanskelig håndterbar adferd fra pasienten sin side, som for eksempel det å forsøke å stikke av/rømme (Morse, 1991). Dette samsvarer med funn fra min studie. I de situasjonene hvor barnet ikke stolte på sykepleieren forsøkte det å flykte fra prosedyresituasjonen eller motsette seg den på andre måter. Ulikt situasjonen hos voksne, ble barnet da kanskje møtt med tvang. Å bli utsatt for en smertefull prosedyre av noen barnet ikke stoler på kan bidra til å forklarer barnets desperate uttrykk i forbindelse med prosedyresmerte.

Sykepleierne i min studie ser på samarbeid både som en konsekvens av bruk av ikke-medikamentelle strategier, men også at ikke-medikamentell smertelindring fremmer og vedlikeholder samarbeidet. Samarbeid kan imidlertid også sees på som en strategi i seg selv. Boyd og Hunsberger (1998) fant at større barn (10-13 år) så på det å samarbeide om en prosedyre som en måte å mestre stressfylte opplevelser på sykehuset på (Boyd og Hunsberger, 1998). Å samarbeide ble en måte å utholde eller lide seg igjennom en prosedyresituasjon på. Dette synet er delvis i strid med hvordan Polkki et al (2003) ser på samarbeid som faktor. De hevder at barnets evne eller mulighet til å samarbeide er en signifikant fremmede faktor for å benytte ikke-medikamentelle strategier. Hvis barnet samarbeidet økte sjansen for å bruke ikke-medikamentelle strategier. En tolkning av Polkki et als funn, innebærer at samarbeidsevne er et aspekt ved barnet. Av dette følger det at hvis barnet ikke samarbeider beror det på barnets evner og ikke andre forhold. Mangler barnet samarbeidsevner, vil det derfor ikke være mulig å bruke ikke-medikamentelle smertelindringsstrategier. Sykepleierne i min studie opplevde i større grad samarbeidet som et relasjonelt aspekt avhengig av tillit. Barnets mulighet til samarbeid hadde sammenheng med i hvilken grad sykepleieren maktet å etablere og verne om tilliten mellom seg selv og barnet. En kunne få barn til å samarbeide om nesten hva som helst hvis sykepleieren hadde tilliten.

Et viktig funn i min studie var at ikke-medikamentelle strategier kunne være med på å forhindre behovet for bruk av tvang for å få gjort en smertefull prosedyre. Noen av barna som sykepleierne måtte holde fast for å kunne utføre nødvendige og smertefulle prosedyrer, uttrykte dyp angst og redsel før og under prosedyren. I et par av situasjonene sykepleierne fortalte om, måtte det flere personer til for å holde barnet fast for å få utført en prosedyre. Dette på grunn av sterk motstanden fra barnet. Slike situasjoner kunne oppleves som svært traumatisk både for barnet selv, men også for foreldre og sykepleier. Barn er avhengige av de voksne rundt seg. At det blir benyttet tvang i forbindelse med prosedyrer, betyr at det er elementer av makt og avmakt i situasjonen. Georges (2002) hevder at et sant kontekstuellet syn på lidelse i sykepleiepraksis, innebærer at sykepleieren må ta innover seg de

maktkonstellasjonene og forskjeller i makt mellom pasient og helsepersonell. I maktsituasjonene kan smerteopplevelsen eskalere fordi situasjonen barnet befinner seg i vil være farget av frykt og motvilje. Montes-Sandoval (1999) hevder at smerte er en reaksjon på en aktuell, eller potensiell trussel om skade på vev og/eller sjel og tvang representerer på mange måter en ytterligere trussel for barnet. I en prosedyresituasjon vil kanskje beskyttelsesreaksjonen være rettet mot sykepleieren i situasjonen fordi smerten ikke lar seg skille fra den situasjonen den forekommer i (Kirkeengen, 2005). Smerteintensiteten vil kunne øke under tvang fordi barnet forhindres i å beskytte seg selv. Kombinasjonen av smerte og tvang synes uforenelig med tillit. Når tilliten brytes kan dette oppleves som svært angstfylt for barnet, øke motstanden fra barnet og resultere i et økt tvangsbruk fra sykepleieren sin side.

Bruk av tvang i forhold til smertefulle prosedyrer forekom på alle avdelingene i denne studien. Sykepleierne var klar på at dette var nødvendig og at det i disse situasjonene også var viktig å være tilstedet for barnet og å gi barnet mest mulig kontroll slik at tilliten ikke ble ytterligere vanskelig å bygge opp igjen i etterkant. Olsson (2001) stiller spørsmålet om når det er greit å bruke tvang i forhold til prosedyrer eller barn og smerte. Han hevder at det aldri er greit, med mindre det står om livreddende behandling. Livreddende behandling som begrep ble ikke benyttet av sykepleierne i min studie. Det kan se ut til at sykepleierne i denne studien bruker tvang i noe større grad, idet de benytter begrepet ”nødvendig behandling” i stedet. Bruk av tvang kan lett oppleves som et overgrep for barnet, så det vil være kritisk hvordan tvangen blir brukt. Temaet er kun sparsomt berørt i læreboklitteraturen og det er ikke funnet studier som ser på tvang i prosedyresituasjoner til barn i somatiske barneavdelinger. Dette er etisk problematisk sett i forhold til at det er en utbredt bruk av tvang i barneavdelinger. Elementer ved tillit kan imidlertid bidra til å forstå og forklarer spennet mellom samarbeid og tvang i denne studien.

En tolkning av funnene i denne studien viser at sykepleierne var opptatt av tillit til barnets opplevelse av at smerte under ulike prosedyrer. Å ta blodtrykk er ikke generelt regnet for å være spesielt smertefullt, men sykepleierne anerkjente at det var

individuelt. De kunne godt forstå at det å ta blodtrykk kunne være smertefullt for noen barn.

I den grad tillit har vært koblet til smertebegrepet og ikke-medikamentell smertelindring, er det i forhold til å tro eller ikke tro på pasientens utsagn om smerte (Peter og Watt-Watson, 2002). Som tidligere påpekt er dette drøftet i forhold til fenomenet ubehandlet smerte, som også er et problem for barnepasienten (Twycross, 2007). Polkki et al (2003) hevder at manglende tro på foreldres og barns muligheter til å uttrykke smerte var et signifikant hinder for å bruke ikke-medikamentelle strategier. Mine funn støtter dette synet. Gjennom at sykepleierne var åpen for barnets opplevelse av en situasjon, viste de at de hadde tillit til barnets opplevelse og utviste en sensitivitet. I følge Peter and Watt-Watson (2002) er mistroen til pasientens subjektive smerteerfaring spesielt høy når de som ytrer denne subjektive opplevelsen kommer fra en gruppe med lite makt. Det kan argumenteres for at barn er en gruppe med lite makt, og som i tillegg har begrenset autonomi. Barnet befinner seg derfor i en ekstra sårbar posisjon i forhold til voksne, når det gjelder å uttrykke smerte og å bli trodd. Mange voksne mener også at barn lett finner på ting, eller lett kan overdrive. Å vurdere barnets smerte kan være vanskelig, fordi det ikke alltid er lett å spørre barnet om hva som er vondt. Faktorer som språk og magisk tenkning virker inn. Fordi barnet befinner seg i en avmaktssituasjon er det de voksnes syn på og handlinger overfor barnet som bestemmer hvordan barnet har det (Skaalvik og Kvello, 1998). Synet på barnet vil ha betydning for om man opplever barnet som troverdig, eller hva man mener barnet kan snakke troverdig om. En forutsetning for å benytte ikke-medikamentelle strategier vil derfor være å anerkjenne og ha tillit til at pasienten snakker sant om sin subjektive opplevelse av smerte. Ved å ha tillit til barnets opplevelse av smerte, vil barnet føle seg tatt på alvor. Dette er i tråd med holdningene hos sykepleierne i min studie. Når det gjaldt å fokusere på det friske i barnet, var sykepleierne samtidig opptatt av at smerten ikke måtte glemmes eller ignoreres. Tilliten kan bevares på en slik måte at sykepleieren blir verdiget barnets tillit. Lynn-McHale (2000) hevder at et nøkkelkjennetegn ved tillit er at den er gjensidig. I et vellykket forhold stoler de inkluderte på hverandre. Hver person som

inngår i et forhold stoler på og forventer noe av den andre. Tillit fra helsepersonell genererer tillit til helsepersonell (Thorne og Robinson, 1988). Når tilliten blir borte kan det forklares ved at sykepleieren ikke har tilstrekkelig tillit til barnets unike opplevelse av situasjonen eller ikke har ivaretatt eller svart på barnets opplevelse av smertesituasjonen.

6.2 Valg av strategi

Sykepleierne i denne studien benyttet en lang rekke ulike strategier i sykepleien til barn med smerteproblematikk: massasje, musikk, fantasireiser, informasjon, gi barnet kontroll, leke, roe ned situasjonen, tenke positivt, se på film, blåse såpebobler og pusteøvelser. Strategiene ble benyttet i andre smertesituasjoner også, med disse ble imidlertid ble viet minimal oppmerksomhet sett i forhold til fokuset på prosedyresmerte. Sykepleieren opplevde seg som avhengige av ikke-medikamentelle strategier ved prosedyresmerter. Andre studier viser også at ikke-medikamentell smertelindring i hovedsak knyttes til prosedyrer (Vessey og Carlsson, 1996), men her knyttes den manglende bruken på andre områder (som for eksempel ved postoperativ smerte) til kunnskapsmangel. Sykepleierne i min studie ser ut til å ha kunnskap om dette, men opplevde det likevel som viktigst i forhold til prosedyrer. Det var her det var mest som sto på spill og hvor det var krav om samarbeid.

Et sentralt funn i forhold til repertoar, var at valg av strategi blir gjort ut fra barnets behov for kontroll og i hvilken grad barnet har tillit til sykepleieren. Strategien å gi barnet kontroll har ikke blitt identifisert som en brukt ikke-medikamentell smertelindringsstrategi i litteraturen i verken lærebøker (Olsson og Jylli, 2001; McCaffery og Beebe, 1996), eller i forskningslitteraturen (Polkki et al, 2003; He et al, 2005; Salantera et al, 1999; Vessey og Carlsson, 1996). Til tross for at Olsson og Jylli (2001) og McCaffery og Beebe (1996) poengterer at det er viktig at barnet opplever kontroll, er ikke det ”å gi barnet kontroll” anerkjent som en egen ikke-medikamentell strategi. Flere studier bekrefter imidlertid at en av de tingene som barn er mest redd for på sykehus er å miste kontrollen (Kruse, 1991; Boyd og Hunsberger, 1998). Boyd og Hunsberger (1998) hevdet i sin studie at dersom barna opplevde at helsepersonell

hindret dem i ha personlig kontroll ble de forhindret fra å mestre for eksempel en smertefull prosedyre (Boyd og Hunsberger, 1998). Det helsepersonellet som tillot barnet å ha personlig kontroll ble opplevd som støttende. I min studie inneholder det å gi barnet kontroll flere strategier som ikke er nevnt i litteraturen eller forsket nærmere på. Eksempler på dette var som tidligere nevnt det å la barnet bestemme selv ved å gi ulike valgmuligheter eller det å la barnet bestemme tempoet i prosedyren ved å la barnet ta pauser underveis.

I tillegg anså sykepleierne også forberedende informasjon i forkant av en prosedyre som en strategi som ga barnet kontroll over situasjonen. Flere studier fremhever betydningen av at barnet er informert og anser det å være forberedt som en viktig ikke-medikamentell strategi som er hyppig i bruk (Boyd og Hunsberger, 1998; Polkki et al, 2003; He et al 2005; Vessey og Carlsson, 1996). Forberedelse ved hjelp av lek er også ansett som verdifull del av å informere barn i forkant av kirurgi (Hatava, Olsson og Lagerkranser, 2000). Polkki et al (2003) fant at forberedende informasjon var en av de fem mest brukte ikke-medikamentelle strategiene til barn på sykehus. De har i sin studie sett på hvilken informasjon som brukes og hva som karakteriserer den. Denne forberedende informasjonen vil romme mer enn forberedelse på gangen i selve prosedyren. Boyd og Hunsberger (1998) hevder at det barna syntes hjalp dem, var når helsepersonellet ga dem informasjon i form av å forklare prosedyrene, spesifiserte handlingene sine og forklarte hva de kunne forvente seg. Funnene fra min studie er i tråd med det dette. Dette var en spesiell type informasjon som ga barnet kontroll, og som måtte gis på en balansert måte og si noe om det forventede følelsesaspektet til barnet. Det vil imidlertid være en forskjell mellom forberedende informasjon i forhold til prosedyresmerte og forberedende informasjon i forhold til et kirurgisk inngrep. En forskjellen vil dreie seg om at prosedyresmerte knytter seg til selve handlingsrekkefølgen i situasjonen mens informasjonen i forhold til kirurgi retter seg i større grad til forhold før og etter inngrepet. Smerten som oppstår under en prosedyre oppstår også i en relasjon mellom sykepleieren og barnet og informasjonen som gis bør kanskje i større grad fremme kontroll hos barnet.

I læreboklitteraturen hevder Jylli og Lundeberg (2001) at hensikten med informasjon og forberedelse av barn er å dempe uroen hos barn og foreldre. Tre forfattere i denne læreboken hevder at uro hos barnet utgjør en viktig negativ årsak til hemming av innkomne smertesignaler (Olsson, 2001; Jylli og Lundeberg, 2001). Det vil si at de mener at engstelse og uro gjør det vanskeligere for barnet å hindre de innkomne smertesignaler fra en eventuell prosedyre. Informasjonens virkning på smerteopplevelsen gis en mekanisk eller maskinell forklaring. Uro gjør det vanskelig for barnet å dempe de smertesignalene som går til hjernen. Hvilken effekt informasjon har på smerte gis en mekanisk og biologisk forklaring. Maskinelle eller mekaniske forklaringer reflekterer et dualistisk syn på menneske og smerte (Linton, 2005). Dette kan bidra til en mindre vektlegging av den subjektive dimensjonen ved smertebegrepet (Linton, 2005). Dette synet er ikke uforenelig med, men delvis i kontrast til synet på forberedende informasjon slik sykepleierne i min studie ser det. De snakker om forberedelse og informasjon i en mer holistisk perspektiv. De ser på forberedende informasjon som en strategi for å gi barnet kontroll over prosedyresituasjonen. Å dempe uro og å styrke kontroll over situasjonen kan på den annen side sies å være to sider av samme sak, og funnene fra min studie kan på den måten støtte dette synet. Funnene fra min studie knytter imidlertid strategien ”forberedende informasjon” til situasjonen og relasjonen i større grad og forsøk ikke å dekontekstualisere smertebegrepet slik Kirkeengen (2005) advarer mot og som kommer til syne i nevnte læreboktekster.

Det kan være flere grunner til at det å gi barnet kontroll ikke er anerkjent som ikke-medikamentell smertelindring. En grunn kan være at det å gi barnet kontroll, bare vil virke smertestillende dersom barnet mangler kontroll. Å ikke ha kontroll over hvilken smerte du blir påført, hvor lenge den skal vare og om smerteintensiteten øker eller avtar, er en angstfylt og vond opplevelse. Denne vonde opplevelsen kan lindres ved at barnet gjenvinner kontrollen slik sykepleierne i min studie ser det. Støtte for dette synes finnes delvis hos Montes-Sandoval (2007) og Boyd og Hunsberger (1998). Motsatt vil et barn som imøtegår en smertefull prosedyre med full kontroll og oversikt, muligens ikke ha effekt eller kun minimal effekt, på smertene sine av ennå

mer kontroll. Et illustrerende eksempel på dette er en 5 år gammelt barn som har hatt diabetes i to år og knapt merker at hun blir stukket i fingeren, og gjerne stikker seg i fingeren selv. Et annet like gammelt barn uten tidligere erfaring fra sykehus og som kommer inn med akutte magesmerter, redde foreldre og må ta et fingerstikk, vil ha et stort behov for kontroll. Å gi dette barnet og foreldrene kontroll under et fingerstikk, vil i følge funnene fra min studie virke svært effektivt på smertene. Å henlede oppmerksomheten på en fantasireise kan virke direkte skremmende på barnet, fordi barnet trenger kontroll over situasjonen. Barnets behov for kontroll bør derfor være bestemmende for valg av strategi ved prosedyresmerter.

Et annet sentralt funn i forhold til valg av strategi, var at ikke-medikamentell smertelindring ble valgt ut fra barnets individuelle behov. Det vil si at strategier som flytter barnets fokus bort fra situasjonen bare bør brukes til barn som opplever stor nok grad av kontroll og som har tillit til sykepleieren som skal gjennomføre prosedyren.

Olsson (2001) beskriver en rekke ikke-medikamentelle smertelindringsstrategier som er egnet til barn i forbindelse med prosedyresmerter. Disse presenteres som en del av den psykologiske ivaretagelsen av barnet. Han diskuterer ikke om de ulike strategiene passer eller ikke passer til alle barn. Polkki et al (2003) og Vessey og Carlsson (1996) beskriver i sine studier at barnets alder og samarbeidsevner påvirker bruk av ikke-medikamentell smertelindring . En fornuftig og videre tolkning av deres funn kan være at en strategi som veiledet fantasireise kan passe til alle barn dersom den bare blir individuelt tilrettelagt i forhold til alder, samarbeidsevner og interesser. Dette synet er unyansert i følge funnene fra min studie. Sykepleierne i min studie lot i større grad barnets behov for kontroll og grad av tillit komme i forgrunnen ved valg av strategi. Opplevde barnet tilstrekkelig grad av kontroll, kunne bruk av avledning bli vellykket. Strategiene som flyttet barnets fokus bort fra situasjonen og de strategiene som styrket barnets kontroll over situasjonen, ble sekundært tilpasset barnets alder, kognitive utvikling og foreldrenes innstilling.

Tidligere studier som ser på ikke-medikamentell smertelindring tar utgangspunkt i en oppdeling av strategier inn i for eksempel kognitive/adferdsbaserte, emosjonelle og fysiske strategier (Polkki et al, 2001; He et al, 2005). Hensikten med en slik oppdeling er ikke begrunnet. En innvending mot en slik inndeling kan være at den kan bidra til å fremme en tankegang som deler kroppen opp i ulike deler, det vil si en psykisk del og en fysisk del. Dette er på linje med et dualistisk menneskesyn eller kroppen som en maskin i ytterste konsekvens. Linton (2005) hevder dette kan være tegn på rester etter arven fra Descartes. På bakgrunn av funnene fra min studie kan det derfor se ut til å være mer hensiktsmessig for en holistisk praksis å dele strategiene inn i strategier som styrker barnets kontroll over situasjonen og strategier som flytter barnet fokus bort fra situasjonen. Bakgrunnen for oppdelingen er at den leder oppmerksomheten over på barnets individuelle behov for type smertelindring i situasjonen. Inndelingen i min studie synes heller ikke å være i konflikt med et holistisk og subjektivt syn på smerte. En individuell tilrettelegging og betydningen av å støtte opp om menneskers måte å lide på støttes av Morse (2001). Hun hevder at omsorgen sykepleierne gir må være styrt av pasienten ("sufferer led"), eller ledet av måten pasienten lider på (Morse, 2001). Dette kan sees i sammenheng med funnene fra min studie fordi sykepleierne bestemmer smertelindring ut fra barnets behov for kontroll i situasjonen og lar seg lede av dette. At omsorgen er styrt av pasienten er utgangspunktet for en sann kontekstuell lindringspraksis hevder Georges (2002). Det er derfor viktig at strategien ikke bare er individuelt tilpasset, men også ledet av pasientens behov i en kontekst slik funn fra i min studie viser.

Et annet funn i forhold til valg av strategi var at sykepleierne i min studie opplevde det som lettere å bruke ikke-medikamentelle strategier til barn de hadde kjennskap til, noe som ble relatert til at grad av tillit og barnets behov for kontroll, var kjent for sykepleieren. Polkki et al (2003) hevdet at kjennskap til barnet var en viktig fremmede faktor for å benytte ikke-medikamentelle smertelindringsstrategier. Dette er i tråd med mine funn. Sykepleierne i min studie sa at kjennskap til barnet gjorde det mulig å planlegge for eksempel informasjon, en fantasireise, eller bruke en avledningsmetode som passet akkurat til det barnet du hadde foran deg. Boyd og

Hunsberger (1998) fant at barna opplevde det lettere å gjennomføre en smertefull prosedyre med en sykepleier de kjente, fordi barna da visste hva sykepleieren skulle gjøre og hvordan hun pleide å gjøre det.

Dersom sykepleieren ikke kjente barnet var det nødvendig å benytte standardstrategier. Dette var for å teste ut hvor mye kontroll barnet hadde behov for, og for eksempel teste ut om avledning var aktuelt eller om sykepleieren ble møtt med tillit. Dette er en nyansering i forhold til funnene i Polkki et als (2003) studie.

Kjennskap til barnet gjør det lettere å individualisere, men bidrar ikke nødvendigvis til bruk av flere metoder.

Forskningen på mestring av stress kan, ut fra funnene i min studie og tidligere forskning, ha mye å tilføre ikke-medikamentell smertelindring ved prosedyresmerte. Siegel og Smith (1989) hevder at barnas typiske måte å reagere på eller mestre stress, også vil påvirke deres evne til å håndtere smertefulle hendelser. En rekke faktorer påvirker barnets mestringsevne. Eksempler på dette er det kognitive utviklingsnivået, tidligere erfaringer med smertefulle hendelser og deres egen tro på sin mulighet til å tolerere smerte, grad av foreldrestøtte og i hvilken grad smerten er akutt eller kronisk og anses som mulig å kontrollere av barnet (Siegel og Smith, 1989). For å oppdage og ta hensyn til disse særegenhetene må en personlig relasjon etableres (Kristensson-Hallstrøm og Elander, 2001). Deretter kan valget av strategi gjøres. På bakgrunn av pasientens tidligere erfaringer vil det innebære at sykepleiere til enhver tid må være forberedt på å møte både mistillit og tillit hos barnet.

Konsekvensen av det ovenstående vil være at det er meningsløst å forsøke å individualisere avledningen, dersom barnet ikke er mottakelig for avledning. Det relevante i forhold til det aktuelle barnet sykepleieren har foran seg, er hvilken ikke-medikamentell smertelindring barnet trenger for å klare å samarbeide best mulig under den aktuelle prosedyresituasjonen.

6.3 Sykepleierkultur for ikke-medikamentell smertelindring.

Et sentralt funn var tilstedeværelsen av en sterk sykepleiekultur for å bruke ikke-medikamentell smertelindring blant sykepleierne. Kultur kan enkelt forklares som ”hvordan vi gjør det her” og baserer seg på egne normer, verdier, tanker (Stetler, 2003). Jobbrelaterte og kontekstuelle aspekter som kolleger og relasjonen til annet helsepersonell, har vist seg å ha en viss innvirkning på sykepleieres beslutningstaking om smerte (Abu-Saad og Hamers, 1997; Ely, 2001). Dette er viktige elementer i en kultur. Forskningen har imidlertid konsentrert seg rundt barrierer for god smertehåndtering heller enn fremmede faktorer (Ely, 2001; Vincent og Denyes, 2004). Ely (2001) har i sin aksjonsforskning sett på hva som forhindrer en endring av bedre smertepraktis for barnepasienten. Hun peker på organisasjonsmessige barrierer, som stadige endringer i organiseringen, usikkerhet i forhold til ansettelser, opplevd mangel på makt og fallende moral, som hindrende faktorer (Ely, 2001). Dette kan styrke funnene fra min studie, fordi de sier noe om sykepleiernes opplevd makt har en betydning i forhold til å god smertepraktis. Makt og kraft til å hevde eget smertesyn var andre kjennetegn ved sykepleierne ved barneavdelingene i min studie. Sykepleierne opplevde også at de hadde hatt høy kompetanse over lang tid. Sørli (1999) fant at når kvinnelige sykepleiere skulle ta etisk vanskelige valg i barneavdeling, var det et viktig kriterium at kollegene var enige med dem. Betydningen av konsensus i forhold til beslutninger synes derfor som viktig for sykepleierne. Ely (2001) kom i sin studie frem til at inkonsistens blant personalet var en viktig årsak til problemer tilknyttet god smertehåndtering. Sykepleierne snakket om de nye sykepleiere som ennå ikke hadde det samme synet som dem selv, at de ennå ikke hadde fått med seg hvordan det burde og skulle jobbes på avdelingen. En slik type kultur vil kunne gi sykepleiegruppen tro på seg selv til å benytte disse strategiene, og bidra til en økende mengde positiv erfaring med tørre å bruke seg selv. Det er derfor tenkelig at konsensus i sykepleiegruppen og opplevd makt i kraft av sykepleiekulturen på avdelingene kunne bidra til en økt bruk av ikke-medikamentell smertelindring slik funnene fra min studie indikerer.

Tidsbruk ble diskutert i forhold til ikke-medikamentell smertelindring i alle de tre fokusgruppene. Funnene knyttet både til viktigheten av tid for å kunne benytte ikke-medikamentelle strategier, men også hvor tidsbesparende vellykket bruk av ikke-medikamentell smertelindring kunne være. At en prosedyre var fort gjort var et argument som en del av legene brukte, og som av og til bidro til at ikke-medikamentelle strategier ikke ble brukt av sykepleierne i min studie. Tidsnød siteres hyppig som et hinder for å få til god smertehåndtering (Abu-Saad og Hamers, 1997; Ely, 2001; Polkki et al, 2003). Det hevdes at tid til rådighet er et hinder for bruk av ikke-medikamentell smertelindring. Dette gjenfinnes også min studie. Tid til rådighet hadde ført til en høyere bruk av ikke-medikamentell smertelindring. Dette kan bety at bruk av ikke-medikamentelle smertelindringsstrategier av enkelte miljøer blir sett på som et overskuddsfenomen, og at det bare blir brukt dersom det er tid til overs. Sykepleierne i min studie hadde også et tilsynelatende motstridende syn, idet de mente at bruk av ikke-medikamentell smertelindring var tids- og ressursbesparende sammenlignet med ressurs og tidsbruken i en tvangssituasjon. Å gi barnet tid når kontakt og tillit fra barnet skulle etableres var derfor en viktig del av kulturen og et uttrykk for holdningene blant sykepleierne på avdelingen.

Det tar tid før tillit utvikler seg (Lynn-McHale et al, 2000). Det kan ta måneder til år å utvikle tillit mellom familien og helsepersonell. Lynn-McHale et al (2000) hevder at tiliten utvikler seg når sykepleieren bruker tid til å bli kjent og å vise hva sykepleieren står for. Sykepleierne i min studie opplevde det som spesielt utfordrende å gjøre smertefulle prosedyrer på barn de ikke hadde hatt tid nok til å etablere et tillitsforhold til. Dette gjaldt spesielt ved innkomstsituasjonene, hvor barnet hadde sitt første møte med en prosedyre eller sykehuset. Det som representerte en ekstra utfordring, var at det var nettopp i slike situasjoner prosedyrene ofte måtte gjøres. Det vil si at det er ved innkomst venefloner må legges, diagnostiske blodprøver og blodtrykk tas. Sykepleierne i min studie argumenterte for at det var tidsbesparende å benytte ikke-medikamentelle strategier, fordi det fremmet samarbeid og hindret bruk av tvang. Å anvende 45 minutter på å bytte et plaster kunne derfor være vel anvendt tid, fordi det da ved neste plasterskift ville bli brukt mindre tid som en konsekvens av

at tilliten da var ivaretatt. Tid, tillit og bruk av ikke-medikamentell smertelindring ser ut til å henge nøye sammen i prosedyresituasjonene hvor barnet er pasient.

6.4 Sykepleiernes syn på smerte og konsekvenser for praksis og forskning

6.4.1 Smertesynets betydning for barnets tillit til helsevesenet

Et sentralt funn var at sykepleierne opplevde det som problematisk når samarbeidspartnerne deres hadde et annet syn på smerte. Dette kom til syne når sykepleieren samarbeidet om tilnærmingen til barnet i forbindelse med smertefulle prosedyrer. Giddens teori om tillit synes relevant i denne sammenhengen. For sosiologen Giddens (1997) er tillit først og fremst troen på et systems eller en persons pålitelighet. Denne følelsen av pålitelighet som for eksempel en pasient kan ha, fører til ontologisk sikkerhet. Ontologisk sikkerhet er slik Giddens (1997) ser det, et følelsesmessig fenomen som har sin forankring i det ubevisste og er basert på tiltro til stabilitet i de sosiale og materielle betingelser. Giddens (1997) hevder at antitesen til tillit ikke er mistillit, men snarere noe mye sterkere, nemlig en sinnstilstand beskrevet som eksistensiell angst eller frykt. Han argumenterer også for, slik Helseth og Nordtvedt (2002) tolker ham, at tillit er en kontinuerlig tilstand, og understreker forbindelsen mellom tillit og tiltro. Tillit må betraktes som en bestemt form for tiltro. Som et resultat av dette definerer han tillit slik:

”Tillit kan defineres som tiltro til en persons eller et systems pålitelighet med hensyn til et bestemt sett av resultater eller begivenheter, der denne tiltroen uttrykker en tro på en annens redelighet eller kjærlighet, eller på riktigheten av abstrakte prinsipper ”(Giddens, 1997, s. 32).

Tilsvarende er mistillit tvilen, eller den manglende tiltro til en annen persons integritet, symbolisert ved personens uttrykte handlinger, samt den skepsis eller negative holdning som kan komme til syne mot systemets kunnskapsmessige ekspertise. Giddens (1997) syn på tillit synes svært relevant for prosedyresituasjonen hvor ikke-medikamentell smertelindring er involvert. Når sykepleierne fortalte om

smertefulle prosedyresituasjoner som var preget av manglende tillit, ga de beskrivelser av livredde og engstelige barn som følte seg truet. En fornuftig tolkning av funnene viser at sykepleierne i denne studien ser ut til å oppleve at antitesen til tillit ikke er mistillit, men en tilstand preget av eksistensiell angst eller frykt hos barnet slik Giddens (1997) beskriver det. Sykepleierne i min studie beskrev at tiltroen kunne bli borte, når enkeltpersoner som samtidig også var representanter for alt helsepersonell på barneavdelingen, kom inn og påførte barnet smerte uten redelighet og kjærlighet. Å være redelig vil i forhold til Giddens (1997) teoretiske perspektiver bety at barnet til fulle bør være klar over hva som skal skje, slik at barnet ikke føler seg lur av smerteopplevelsen i prosedyren (Jamfør kapittel 5.3). At alle yrkesgrupper er pålitelige vil bety at alle som er i kontakt med barnet og i posisjon til å påføre barnet smerte, må ivareta barnets tillit. Funnene i denne studien viste at noen ganger stod sykepleieren alene om prosedyren, og andre ganger som assistent for legen eller bioingeniør ved en stikkeprosedyre. Sykepleieren ville være i en posisjon hvor hun fulgte barnet gjennom opptil flere smertefulle prosedyrer. Forvaltningen av barnets tiltro ville derfor ikke kun avhenge av sykepleieren, men også av andre yrkesgrupper som til sammen utgjør systemets kunnskapsmessige ekspertise. Barnets tillit avhang av stabiliteten i de sosiale betingelsene. Hvis annet helsepersonell mangler forståelsen for hvordan en uforutsigbar påføring av smerte kan påvirke barnets tillit, vil barnets tillit til alle representanter for helsevesenet bli påvirket, noe som barnet kan oppleve som svært truende og traumatisk. Det kan føles utrygt for barnet å måtte skille ut de som er redelige og gjør det de sier de skal gjøre, og de som ikke gjør det.

Fortolkningen styrkes av funnene fra Boyd og Hunsberger (1998), hvor barna opplevde at hvis de voksne på sykehuset var uforutsigbare, følte de at de ble hindret i å mestre ulike stressende situasjoner. Funnene i min studien tyder også på at en forutsigbar pålitelighet som gir kontroll, til tider er vanskelig å formidle i prosedyresituasjoner. Et eksempel var hvis et stikk ikke var nok, og det trengtes flere stikk for å få satt inn en veneflon. I slike tilfeller kunne informasjonen gitt i forkant opplevdes som upålitelig for barnet, og fikk det til å tvile på sykepleierns integritet.

Giddens teori om tillit bygger på Erikssons teori om utviklingspsykologi, og Erikssons tenkning om at barnets personlighetstrekk i stor grad utviklet seg igjennom bestemte utviklingsfaser i livet (Helseth og Nordtvedt, 2002). I hver utviklingsfase vil det være en grunnleggende kompetanse som skal utvikles hos barnet, hvor utviklingen på det aktuelle området kan forstyrres (Eriksson, 1950/2000). Kunnskap om barns utvikling er sentral i forståelsen av hvordan man bør møte barn når de innlegges på sykehus (Rydellius, 2001). En sentral fase i barnets utvikling, slik Eriksson (1950/2000) ser det, er den fasen hvor barnet er ment å utvikle grunnleggende tillit, og står i fare for å utvikle grunnleggende mistillit. Ut fra betydningen av tillit i min studie kan det synes som fornuftig å hevde at dersom barnet befinner seg i en fase hvor forutsetningene for videre selvtillit og trygghet utvikles kan det være spesielt viktig å verne om barnets tillit. Sett i lys av dette utviklingspsykologiske perspektivet kan det være svært uheldig å sette utviklingen av tillit på spill i prosedyresituasjoner.

På bakgrunn av diskusjonen ovenfor kan det hevdes at dersom en medarbeider er uheldig i forvaltningen av tilliten kan dette skape eksistensiell angst hos barnet som også kan få konsekvenser for samarbeidet med annet helsepersonell. Noen av legene og noen av de uerfarne sykepleierne hadde en holdning til at smertene barnet opplevde var kortvarig og at de gikk fort over. Barnets smerte ble dermed vurdert som et objektivt fenomen og satt foran barnets egen vurdering av smerte. Smertesynet sykepleierne reagerte på og som de mente var så ødeleggende for tilliten fra barnet, kan derfor på mange måter tolkes som et dualistisk syn på smerte. Dette dualistiske synet tar ikke hensyn til barnets opplevelse av smerte, men reduserer smerte til ren nocisepsjon. Denne dekontekstualiseringen (Kirkeengen, 2005) av smerte kan bidra til at den subjektive opplevelsen av smerte forsterkes. Et tillitsbrudd kan skape eksistensiell angst eller frykt og kan forsterke smerteopplevelsen.

6.4.2 Sykepleiernes smertesyn versus smertesyn i forskning og lærebøker

Som påpekt tidligere i oppgaven, viser funnene fra min studie at sykepleiernes syn på smerte er et holistisk syn som ser smerte inn i en kontekst og ivaretar det subjektive

perspektivet. Sykepleiernes syn på smerte står i kontrast til smertesynet som kommer frem i forskningen på ikke-medikamentell smertelindring. Det står også i kontrast til synet i en del lærebøker om barn og smerte. Smertesynet i disse fremstår som til dels dekontekstualisert eller dualistisk og evner dermed i redusert grad å ivareta det subjektive elementet i smerteopplevelsen. Hvilket syn på smerten som gjenspeiles i fag og forskningslitteratur kan også få konsekvenser for hvilket kunnskapssyn og menneskesyn som blir rådende i sykepleiepraksis.

”Smarte hos barn och ungdommar” er en anerkjent lærebok om barn og smerte, og er også pensum i flere videreutdanninger i barnesykepleie i Norge. Gjennom diskusjonen i dette kapitlet er smertesynet i denne boken kritisert (se for eksempel s. 77). Her hevdes det også at smertevurderingsinstrumentet i høy grad bør være i stand til å diskriminere smerte fra andre følelsesmessige opplevelser (Jylli, 2001, s.125, min oversettelse fra svensk). Bakgrunnen for denne anbefalingen er ikke diskutert, men kan umiddelbart synes som en god ide, fordi man har noen medisiner som virker mot angst og andre medisiner som virker mot smerte, ut fra ønske om å unngå å behandle angst med morfin. Dette synet er imidlertid ikke holdbart hevder Linton (2005), fordi smertene må behandles før angsten kan reduseres. Ved ikke-medikamentell smertelindring synes anbefalingen imidlertid å virke mot sin hensikt, fordi ikke-medikamentell smertelindring bygger på kroppens egne ressurser i smertelindringen. Barnet tar i bruk sin bevissthet for å endre opplevelse av smerte, med eller uten hjelp av sykepleieren.

Det er også en svakhet ved mange effektstudier som ser på avledning, at synet på smerte ikke er definert, eller diskutert i forhold til ikke-medikamentell smertelindring (se kapittel 3.5, s.35). Selv de studiene som faktisk har en definisjon av smerte som subjektivt fenomen, bygger på registreringer som objektivt forsøker å skille angst, stress og smerte (Cohen et al, 2004). Innenfor dette feltet synes det som vidt akseptert å skille smerte fra andre opplevelser. Svakhetene ved effektstudiene gjelder både med hensyn til å klargjøre intensjonene bak et skille mellom for eksempel smerte og andre følelser, men også begrunnelser for hensikten med å dekontekstualisere smerten som fenomen (Cohen et al, 2004; Usman et al, 2007). På bakgrunn av dette, kan det

hevdes at det smertesynet som kommuniseres i forskningen om ikke-medikamentell smertelindring og i en del lærebøker om barn og smerte, er i motsetning til synet på smerte blant sykepleierne beskrevet i min studie og filosofisk syn på smerte.

Dersom synet på smerte i lærebøker og forskning formidler et dualistisk smertesyn, vil ikke tillit eller manglende tillit mellom helsepersonell og pasient anses som en faktor som kan påvirke smerteopplevelsen til barnet eller bruk av ikke-medikamentell smertelindring. Funnene i min studie viser at ved prosedyresmerter er tillit eller fravær av tillit i relasjonen mellom barn og sykepleier en viktig del av smertekonteksten. Sykepleiernes holistiske tilnærming gjenkjennes ved at sykepleiere tar utgangspunkt i barnets behov og tidligere erfaringer og ikke ser på angst, stress eller en opplevd trussel, som atskilt fra smerteopplevelsen. Å forske på hvorvidt avledning har effekt eller ikke synes ut fra sykepleiernes perspektiv som irrelevant, både fordi de har sett at det har effekt for noen barn, men også fordi studiene ikke tar hensyn til om barnet har behov for strategien eller ikke. En annen innvending er at effektstudiene som regel opererer med samme avledningsaktivitet til alle barn (Usman et al, 2007; Kleiber og Harper, 1999). Noe som er i konflikt med funnene fra tidligere studier samt funnene i min studie, som sier at en strategi også må tilpasses individuelt i størst mulig grad for å ha effekt (Polkki et al, 2003).

For å finne ut om en strategi som avledning har effekt på barn i prosedyresituasjoner, må man i lys av funnene fra min studie, finne frem til barnets behov for kontroll, tidligere erfaringer og hvorvidt prosedyren gjøres av en person som barnet har tillit til eller ikke. Å kontrollere for disse faktorene i en effektstudie, synes imidlertid som svært utfordrende. Men ved ikke å gjøre det, kan konsekvensen være at studiene som tester om en strategi har effekt på smerte eller ikke blir et resultat av forhold ved utvalget og ikke ved strategien som det forskes på. Funnene fra min studie viser at hvis ikke barnet har tilstrekkelig grad av kontroll, vil ikke avledning som metode fungere.

Effektstudiene viser at avledning har effekt for noen barn og ikke har effekt for andre barn. I mange av effektstudiene som er gjort av avledning, har det vært svært

vanskelig å konkludere om den ”objektive effekten” som metaanalysen til Kleiber og Harper (1999) viser. Resultatene har enten vært svakt negative, eller svakt positive, og grunnen til det har vært tilskrevet forhold ved strategien (Sindhu, 1996). At det har vært problemer med å konkludere vitenskapelig om en strategis effekt, kan også bidra til at nytten strategien har for de barna som har effekt av strategien også blir trukket i tvil. Det vil bli en dreining fra hvilke barn som trenger hvilken strategi til om strategien er effektiv eller ikke. Det er en uttrykt bekymring at den holistisk behandling som tilbys pasienten blir neglisjert til fordel for generelle tilnærminger som dras ureflektert fra en samling av data (Charlton, 1995). Dette kan minne om et positivistisk kunnskapssyn.

Det er et økende krav til praksis om at pleien som gis skal være effektiv og forskningsbasert (Heggen, 2004; Kitson, 2002; Foss og Ellefsen, 2005). Effektivitetsargumentet vil være at en strategi kun bør tilbys pasienter, dersom den er effektiv og forskningsbasert som vist i randomiserte kontrollerte studier (RCT). Evidensbasert praksis (EBP) er i denne sammenhengen blitt viet stor oppmerksomhet og har nesten inntatt en hegemonisk posisjon i sykepleie (Heggen, 2004). En overveiende del av forskningen på ikke-medikamentelle smertelindringsstrategier har så langt ligget på ulike effektstudier, som også er samlet i systematiske oversikter av RCT (Usman et al, 2007). Et siktemål er å tilrettelegge for EBP. EBP vil i rendyrket form gi en snever praksis basert på et forskningsmetodehierarki som unnlater å ivareta annen utvikling av faget. Den som ikke kan eller bør forskningsbaseres eller som har fremkommet ved forskning langt nede i EBP-hierarkiet (Ekeli, 2005). Det viktige blir derfor hva vi legger i evidens, eller hvilket kunnskapssyn som ligger til grunn for å si at noe er bevist eller sant (Heggen, 2004).

Det kan være en fare for at dersom det fortsettes å forskes på disse områdene på samme måte, kan forskningen bidra til at et dualistisk eller dekontekstualisert syn på smerte forsterkes og manifesteres i lærebøker og i praksis. Forskningen er ikke verdifri og kunnskapssynet som formidles vil derfor ha en betydning også for praksis. Det er vanskelig å være uenig i at praksis skal være basert på evidens (Heggen, 2004). Kitson (2002) hevder at den snevre forståelsen av evidens kommer på

kollisjonskurs med det individuelle og relasjonelle aspektet i pleien. Sykepleiere er spesielt utsatt for spenningene i EBP-bevegelsen fordi de er mer fokusert på relasjonene til pasientene som middel til helseresultater, og at det av den grunn skaper vansker med å oversette forskning til praksis (ibid).

Det ligger en dominerende oppfatning av kunnskap i evidensen (Heggen, 2004). Anvendelsen av enkelte av EBP-prinsippene når det gjelder forskningen på ikke-medikamentell smertelindring, bør derfor vurderes kritisk i forhold til smertesyn før det anvendes i praksis. Forskningen ser ut til å trenge en nyansering og en mer aktiv og kritisk holdning til synet på smerte. Dette må komme til uttrykk i forsøkene på å bevise eller motbevise ulike strategiers effekt.

Ikke-medikamentelle smertelindringsstrategier er i seg selv kontekstuelle, og dens effekt lar seg derfor ikke bevise i en dekontekstualisert situasjon. Barnet har heller ikke nytte av en dekontekstualisert forståelse av smertelindring i praksis.

7. Konklusjon

Barn fortsetter å oppleve alvorlig til moderat smerte mens de er innlagt på sykehus. I flere avdelinger kunne bruken av ikke-medikamentell smertelindring vært høyere, fordi observasjonsstudier viser at ikke-medikamentelle strategier ikke brukes i stor grad. Hensikten med studien var å utforske og beskrive erfaringene til sykepleiere som var ansett som eksperter på ikke-medikamentell smertelindring til barn.

Det er grunnleggende viktig med medikamentell smertelindring, fordi den fyller et særegent behov ved prosedyresmerter, slik sykepleierne i denne studien ser det. De fleste innleggelser av barn i sykehus er akuttinnleggelser, og når barnet kommer inn skal det gjennomgå en rekke invasive prosedyrer som er potensielt smertefulle.

Denne studien har benyttet et utforskende og et beskrivende design. Ved hjelp av snøballutvalg ble det først funnet frem til barneavdelinger som hadde ord på seg til å være flinke brukere av ikke-medikamentell smertelindring. I disse miljøene ble det funnet frem til sykepleiere som selv eller andre mente var eksperter på bruk av ikke-medikamentell smertelindring. Tre fokusgrupper ble gjennomført. Dataene ble analysert og samlet i fire kategorier som til sammen besvarer forskningsspørsmålene.

Et hovedfunn var at bruk av ikke-medikamentell smertelindring bidrar til et bedre samarbeid med barnet og kan forhindre behovet for å holde barnet fast.

Et annet hovedfunn var at barnets behov for kontroll og grad av tillit til sykepleieren er bestemmende for valg av ikke-medikamentell smertelindringsstrategi overfor barnet. Tilstedeværelse av overordnet positiv innstilling til barnet på avdelingen synes viktig og fungerte som en buffer overfor barnet. Foruten denne overordnede strategien, ble strategier som flyttet barnets fokus bort fra situasjonen samt strategier som styrket barnets kontroll over situasjonen funnet hyppig brukt. Sistnevnte er ikke tidligere identifisert som en egen strategi.

Tillit mellom barnet og sykepleieren ble også funnet å være grunnleggende for vellykket bruk av ikke-medikamentell smertelindring og påvirkes i stor grad av det

rådende smertesynet på avdelingen. Prosedyresmerter oppstår i en kontekst hvor relasjonene utgjør en viktig del. Hvorpå tilliten blir utfordret i stor grad. Tillit er viktig for samarbeid om en prosedyre. Sammenhengen mellom tillit og smerte i prosedyresmertesituasjoner synes tydelig i denne studien. Dersom helsepersonellets smertesyn mangler den subjektive dimensjonen og smertene blir objektiv vurdert, kan hele tilliten stå på spill.

Et siste hovedfunn var at en engasjert og kompetent sykepleiekultur har stor betydning for bruk av ikke-medikamentell smertelindring og for bedret sykepleiernes mulighet til å hevde eget smertesyn.

Denne studien viser at barnets behov for kontroll må være retningsgivende for valg av ikke-medikamentell smertelindring. Sykepleieren må være klar over hvordan kontrollaspektet fungerer i prosedyresituasjonen og hvorvidt hun evner å gi barnet tilstrekkelig kontroll. Det kan være behov for mer forskning som ser på betydningen av kontroll inn i prosedyresammenheng, samt ytterligere forskning på bruk av ikke-medikamentelle strategier og hvilke barn som har behov for dem, før randomiserte kontrollerte studier anvendes på feltet.

Effektstudier har i overveiende grad dominert forskningen på ikke-medikamentell smertelindring den senere tid. For ikke-medikamentell smertelindring vil det være viktig å anerkjenne forskning og kunnskapskilder lengre ned i forskningshierarkiet før det tas i bruk forskningsmetoder høyere oppe i evidenshierarkiet. Diskusjonen må flyttes over fra hvorvidt en strategi har effekt eller ikke, til hvilken strategi som har effekt på hvilket barn. Det vil si hvilken strategi som er den riktige sett i forhold til barnets opplevelse av trygghet, tillit og opplevelse av kontroll, samt andre individuelle aspekter.

Hvilket smertesyn, menneskesyn og kunnskapssyn som formidles gjennom ulike forskningsprosjekter bør synliggjøres. Forskere og sykepleiere må være mer oppmerksomme på hvilket smertesyn som formidles i lærebøker og i forskningen. Smertesynet den enkelte kliniker har vil ha innvirkning på samarbeidet og tilliten mellom helsearbeideren og barnet. Smertesynet er viktig for hvorvidt barnets smerte

blir gjort gjeldende heller enn bedømt objektivt av helsepersonellet. Barn er en gruppe med lite makt og begrenset autonomi, og er i ekstra stor fare for ikke å bli trodd om sin smerte. I tillegg ender mange prosedyresituasjoner med bruk av tvang. Det er ikke funnet studier som ser på tvang i prosedyresituasjoner til barn i somatiske barneavdelinger, noe som er problematisk sett i forhold til at det er en utbredt bruk av tvang i barneavdelinger. Alle grupper i helsevesenet kan ta inn over seg at det skal bare et uvørent, lite stikk til før hele det tillitsfulle samarbeidet med barnet brytes, og barnet kastes ut i engstelsen og en situasjon hvor smerten bare øker. I følge funnene fra denne studien er det slik at et lite stikk kan velte stort lass.

Litteraturliste

Aanan, KJ og Hickey PR. (1987). Pain and its effects in the human neonate and fetus. *New England Journal of Medicine*, 317 (21), 1321-9.

Abu Saad, H.H. og Hamers, J. P. H. (1997). Decision-making and paediatric pain: a review. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 946-952.

Andersson, N., Jylli, L., Kajermo, KN. og Klang, B. (2007). Nurses in paediatric care- Self reported professional self and perceived research utilization. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 21 (4), 426-33.

Benner, P. (1984). *From Novice to Expert*. Addison-Wesley, Menlo Park, California.

Bjørk, I.T. og Solhaug, (2008). *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie: en ressursbok*. Oslo: Akribe.

Bjørklund, L. (2001). Etikk och smerta. I: Olsson, GL og Jylli, L; *Smarte hos barn och ungdommar*.(s.433-440). Lund: Studentlitteartur.

Boughton K., Blower, C., Chartrand, C., Dircks, P., Stone, T., Youwe, G. og Hagen, B. (1998). Impact of research on pediatric pain assessment and outcomes. *Pediatric Nursing*, 24, 31-35.

Boyd, J.R. og Hunberger, M. (1998) Chronically ill Children Coping With Repeated Hospitalizations: Their Perceptions and Suggested Interventions. *Journal of Pediatric Nursing*, 13(6), 330-342.

Brink, P.J. og Wood, M.J. (1998). *Advanced Design in Nursing Research*. Second edition. Thousand Oaks: SAGE Publications.

Broome, M, Richtsmeier, A., Maikler, V. og Alexander, M. (1996). Pediatric pain practices: A national survey. *Journal of Pain and Symptom Management*, 11, 343-357.

Byrne, A., Morton, J. og Salmon, P. (2001). Defending against patients' pain A qualitative analysis of nurses' responses to children's postoperative pain. *Journal of Psychosomatic Research*, 50, 69-76.

Carlson, KL., Broome, M. og Vessey, JA. (2007). Using Distraction to Reduce Reported Pain, Fear, and Behavioral Distress in Children and Adolescents: A Multisite Study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 5(2), 75- 84.

Caty, S., Ritchie, JA. og Ellerton ML. (1989). Helping Hospitalized Preschoolers Manage Stressful Situations: The Mother's Role. *Children's Health Care*, 18(4), 202-209.

Caty, S., Tourigny, J. og Koren, I. (1995). Assessment and management of children's pain in community hospitals. *Journal of Advanced Nursing*, 22(2), 638-645.

Charlton, B.G. (1995). Mega-trials: Methodological issues and clinical implications. *Journal of the Royal College of Physicians of London*, 29, 96-100.

Chen, E., Craske, MG., Katz, ER., Schwartz, E. og Zeltzer, LK. (2000) Pain-sensitive temperament: does it predict procedural distress and response to psychological treatment among children with cancer? *Journal of Pediatr Psychol*, 25(4), 269-78.

Claar RL. Simons LE. og Logan DE. (2008). Parental response to children's pain: the moderating impact of children's emotional distress on symptoms and disability. *Pain*, 138(1), 172-9.

Clarke, EB., French, B., Bilodeau, ML., Capasso, VC., Edwards, A., Empoliti, J. (1996). Pain Management Knowledge, Attitudes and Clinical Practice: The Impact of Nurses' Characteristics and Education. *Journal of Pain and Symptom Management*, 11(1), 18-31.

Cody, W.K. (1995). About all those paradigms: many in the universe, two in nursing. *Nursing Science Quarterly*, 8, 144-147.

Cohen, L.L et al, (2004). "Dimensions of pediatric procedural distress: children's anxiety and pain during immunization". *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 11, 41-47.

Cohen, LL., Bernard, RS., Greco, LA. og McClellan, A. (2002). Child-Focused Intervention for Coping With Procedural Pain: Are Parent and Nurse Coaches Necessary? *Journal of Pediatric Psychology*, 27 (8), 749-757.

Cohen, L.L., Blount, R.L., Cohen, R.J., Ball, C.M., McClellan, C.B. og Bernard, R.S. (2001). Children's expectations and memories of acute distress: short- and long-term efficacy of pain management interventions. *Journal of Pediatric Psychol*, 26 (6), 367-74.

Creswell, J. W. (2003). *Research design: qualitative, quantitative and mixed methods approaches*. Thousand Oaks, Calif.: Sage Publication.

Dihle, A., Bjølseth, G. og Helseth, S. (2006). The gap between saying and doing in postoperative pain management. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 469-479.

Ellis, J.A., Sharp, D., Newhook, K. og Cohen, J. (2004). Selling Comfort: A survey of Interventions for Needle Procedures in a Pediatric Hospital. *Pain Management Nursing*, 5(4), 144-152.

Ekeli, B. V.(2005). Fra evidensbasert praksis til praksisbasert evidens. I:Foss, C. Og Ellefsen, B. (red.). *Helsetjenesteforskning* (s.49-74). Oslo: Universitetsforlaget.

Ely, B. (2001). Pediatric Nurses' Pain Management Practice: Barriers to Change. *Pediatric Nursing*, 27 (5), 473-480.

Eriksson E.H. (1950/2000). *Barndommen og samfunnet*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Fagermoen, M.S. (2005). Kvalitative studier og kvalitetskriterier. *Norsk tidsskrift for sykepleieforskning*, 7 (2), 40-54.

Ferrell, BR., Eberts, MT., Mc Caffery, M. og Grant, M. (1991). Clinical decisionmaking and pain. *Cancer Nursing*, 14(6), 289-297.

Foss, C. og Ellefsen, B.(2005). Helsetjenesteforskning- noen refleksjoner. I:Foss, C. Og Ellefsen, B. (red.). *Helsetjenesteforskning* (s.17-34). Oslo: Universitetsforlaget.

Francis, G.M. og Munjas, B. (1975). *Promoting Psychological Comfort*. Wm. C. Brown Company Publisher, Dubuque.

Georges, J. (2002). Suffering: Towards a Contextual Praxis. *Advances in Nursing Science*, 25(1). 79-86.

Giddens, A. (1997). *Modernitetens konsekvenser*. Oslo: Pax.

Griffin, R.A, Polit, D.F, Byrne, M.W. (2007). Stereotyping and Nurses' Recommendations for Treating Pain in Hospitalized Children. *Research in Nursing and Health*, 30, 655-666.

Grol, R. og Grimshaw, J. (2003). From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *The Lancet*, 362(11), 1225-30.

Halkier, B. (2002). *Fokusgrupper*. Fredriksberg: Samfundslitteratur og Roskilde Universitetsforlag.

Hatava, P., Olsson G.L., Lagerkranser, M. (2000). Preoperative psychological preparation for children undergoing ENT operations: a comparison of two methods. *Paediatric Anaesthesia*, 10, 477-86.

He, H., Polkki, T., Laukkala, H., Vehvilainen-Julkunen, K. og Pietila, A-M. (2005). Chinese nurses' use of non-pharmacological methods in children's postoperative pain relief. *Journal of Advanced Nursing*, 51 (4), 335-342.

He, H., Vehvilainen-Julkunen, K., Polkki, T. og Pietila, A-M. (2007). Children's perceptions on the implementation of methods for their postoperative pain alleviation: An interview study. *International Journal of Nursing Practice*,13, 89-99.

Heggen, K. (2004). Akademisk arbeid og roller. I:Christiansen, B., Heggen, K.og Karseth, B. *Klinikk og Akademia* (s. 37-58). Oslo: Universitetsforlaget.

-
- Helseth, S. og Nordtvedt, P. (2002). Om tillit. I: Bjørk, I.T., Helseth, S., Nordtvedt, F. *Møte mellom pasient og sykepleier* (237-249). Oslo: Gyldendal Norsk forlag.
- Hupcey, J.E., Pendron, J., Morse, J.M. og Mitcham, C. (2001). An exploration and advancement of the concept of trust I. *Journal of Advanced Nursing*, 36 (2), 282-93.
- Jacob, E. og Puntillo, KA. (1999). Pain in Hospitalized Children: Pediatric Nurses' Beliefs and Practices. *Journal of Pediatric Nursing*, 14 (6), 379-391.
- Jacob, E. og Puntillo, K. (1999). A survey of Nursing Practice in the Assessment and Management of Pain in Children. *Pediatric Nursing*, 25 (3), 278-285.
- Jylli, L. og Lundeberg (2001). I: Olsson, GL og Jylli, L; *Smarte hos barn och ungdommar* (s. 204-238). Lund: Studentlitteartur.
- Jylli, L. (2001). Smartbedømmning och skattning. I: Olsson G.L., Jylli, L. *Smarta hos barn och ungdommar* (s. 119-140). Lund: Studentlitteratur.
- Kankkunen, P., Vehivilainen-Julkunen, K. og Pietila, AM. (2002). Ethical Issues in Paediatric Nontherapeutic Pain Research. *Nursing Ethics*, 9 (1), 80-91.
- Kim, HS. (2006). Knowledge Synthesis and Use in Practice-Debunking "evidence-based". *Klinisk sygepleje*, 20 (2), 24-34.
- Kirkeengen, A. L. (2005). *Hvordan krenkede barn blir syke voksne*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kirschbaum, M.S. og Knafl, KA (1996) Major themes in Parent-Provider Relationships: A comparison of Life-Threatening and Chronic Illness Experiences.. *Journal of Family nursing*, 2(2), 195-216.
- Kitson, A. (2002) Recognising relationships : reflections on evidence-based practice. *Nursing Inquiry*, 9(3), 179-186.

Kleiber, C. og Harper, D.C. (1999). Effects of Distraction on Children's Pain and Distress During Medical Procedures: A Meta-Analysis. *Nursing Research*, 48(1), 44-49.

Kristensson-Hallstrøm, I og Elander, G. (2001). Sjukskoterskans roll i smartbehandlingen. I: Olsson, G.L. og Jylli, L. *Smarta hos barn och ungdommar* (s. 90-104). Lund: Studentlitteratur.

Krueger, R. A. og Casey, M. A. (2000). *Focus groups: a practical guide for applied research*. Thousand Oaks, Calif.: Sage.

Kruse (1991). *Barns oppfatning av narkose og kirurgi*. Hovedoppgave, Institutt for Sykepleievitenskap, Universitetet i Oslo.

Kunnskapsforlagets blå ordbok, 2003.

Kvale, S. (2006). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk forlag.

Leahey, M. og Harper-Jaques, S. (1996). Family-Nurse Relationship: Core Assumptions and Clinical Implications. *Journal of Family Nursing*, 2 (2),133-151

Linton, S. J. (2005). *Att forstå pasienter med smarta*. Lund:Studentlitteratur.

Lioffi, C. (2002). *Procedure-related cancerpain in children*. Oxford: Radcliffe Medical Press. Ltd

Lioffi, C, White, P., Franck, L. og Hatira, P. (2007). Parental pain expectancy as a mediator between child expected and experienced procedure-related pain intensity during painful medical procedures. *Clinical Journal of Pain*, 23(5),392-9.

Lynn-McHale, D.J. og Deatrck, J.A. (2000). *Trust between family and health care provider*. *Journal of Family Nursin*, 6(3), 210-30.

MacLaren, J.E. og Cohen, L.L. (2007). Intervention for paediatric procedure-related pain in primary care. *Paediatric Child Health*, 12 (2), 111-116.

-
- Manias, E., Botti, M. og Bucknall, T.(2002) Observation of pain assessment and management – the complexities of clinical practice. *Journal of Clinical Nursing*. 11, 724-733.
- Manworren, RCB. (2000). Pediatric Nurses' Knowledge and attitudes Survey Regarding Pain. *Pediatric nursing*, 26(6), 610-614.
- McCaffery M. (1983). *Nursing the Patient in Pain*. Harper og Row, London.
- Mc Caffery, M. og Beebe, A. (1996). *Smerter*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Mc Grath, P. (2005). *Children- Not simply "little adults"*. *The Paths of Pain 1975–2005*. Seattle. Dubner, IASP Press.
- McGlynn, E.A., Asch, S.M. og Adams, J. (2003). The quality of health care delivery to adults in the United States. *New England Journal of Medicine*, 348, 2635-45.
- Melhuish, S. og Payne, H. (2006). Nurses' attitudes to pain management during routine venepuncture in young children. *Paediatric Nursing*, 18(2), 20-23.
- Melzack, R. og Wall, P. D. (1965). Pain mechanisms: A new theory. *Science*, 150, 971-979.
- Mills, J. og Mills, R. (2000). *Childhood studies – A reader in perspectives of childhood*. London:Routledge.
- Montes-Sandoval (1999). An analysis of the concept of pain. *Journal of Advanced Nursing*, 29 (4), 935-941.
- Morse, J. (2001). Toward a Praxis Theory of suffering. *Advances in Nursing Science*, 24(1), 47-59.
- Morse, J. (1991). Negotiating commitment and involvement in nurse-patient relationship. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 455-468.

Morris, D.B. (1999). Sociocultural and religious meanings of pain. I: Gatchel, R.J. og Turk, D.C. (red). *Psychosocial factors in pain: Critical perspectives* (ss118-131) New York: Guilford Publications.

Nord, R. (1998). Ulike typer design. I: Fagermoen, M.S., Nord, R, Hanestad, B. R: og Bjørnsborg, E. (red). *Fra kunst til kolikk. Norsk sykepleieforskning i fokus*. Oslo: Universitetsforlaget.

Olsson G. (2001) Prosedyrsmerta I: *Smarta hos barn och ungdommar* (s. 239-253). Lund: studentlitteratur.

Olsson GL. og Jylli, L. (2001). I: Olsson, GL og Jylli, L; *Smarte hos barn och ungdommar* (s. 21-24). Lund: Studentlitteartur.

Patton, M.Q. (2002). *Qualitative Research and Evolution methods*. Thousand Oaks: Sage Publications.

Pesut, B., McDonald, H. (2007). Connecting philosophy and practice: implications of two philosophic approaches to pain for nurses' expert clinical decision making. *Nursing Philosophy*, 8, 256-263.

Peter E og Watt-Watson (2002) Unrelieved Pain: An Ethical and Epistemological Analysis of Distrust in Patients. *Canadian Journal of Nursing Research*, 34(2), 65-80.

Polit, DF, Beck, CT. (2007). *Nursing Research, Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: Lippincott Williams og Wilkins.

Polkki, T., Laukkala, H., Vehvilainen-Julkunen, K. og Pietila, A-M. (2003). Factors influencing nurses' use of non pharmacological pain alleviation methods in paediatric patients. *Scand J Caring Science*, 17, 373-383.

Polkki, T., Pietila, A og Vehivilainen-Julkunen, K. (2003) Hospitalized children`s descriptions of their experiences with postsurgical pain relieving methods. *International journal og Nursing Studies*, 40(1): 33-44.

-
- Polkki, T., Vehvilainen-Julkunen, K. og Pietila, A.M. (2001). Nonpharmacological methods in relieving children's postoperative pain: a survey on hospital nurses in Finland. *Journal of Advanced Nursing*, 34(4), 483-492.
- Rice, P.L. og Ezzy, D. (1999). *Qualitative Research Methods*. Oxford. Oxford University Press.
- Rich, B.A. (2000). An ethical analysis of the barriers to effective pain management. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 9, 54-70.
- Rydelius, PA. (2001). I: Olsson, GL og Jylli, L; *Smarte hos barn och ungdommar* (s. 67-78). Lund: Studentlitteartur.
- Sahler, OJZ., Hunter, BC. og Liesveld, JI. (2003). The effect of using music therapy with relaxation Imagery in management of patient undergoing bone-marrow transplantation: a pilot feasibility. *Alternative Therapy*, 9(6), 70-74.
- Salantera, S., Lauri, S., Salmi, MD. og Helenius, H. (1999). Nurses' Knowledge about Pharmacological and nonpharmacological pain Management in Children. *Journal of Pain and Symptom Management*, 18 (4), 289-99.
- Salantera, S., Lauri, S., Salmi, TT. og Aantaa, R. (1999). Nursing Activities and Outcomes of care in the Assessment, management, and Documentation of Children's Pain. *Journal of Pediatric Nursing*, 14 (6), 408-415.
- Siegel, L.J. og Smith, K.E.(1989). Children's strategies for coping with pain. *Pediatrician*, 16(1-2),110-8.
- Sander Wint, S., Eshelman, D., Steele, J. og Guzzetta, CE. (2002). Effects of distraction using virtual reality glasses during lumbar punctures in adolescents with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 29(1), 8-15.
- Sindhu, F. (1996). Are non-pharmacological nursing interventions for the management of pain effective? *Journal of Advanced Nursing*, 24, 1152-1159.

- Skaalvik, E. og Kvello, Ø. (1998). *Barn og miljø: Om barns oppvekstvilkår i det senmoderne samfunnet*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Sparks, L. (2001). Taking the "ouch" out of injections for children: using distraction. *The American Journal of Maternal Child Nursing*. 26(2), 72-8.
- Stetler, C.B. (2003). Role of the organization in Translating Research into Evidence-based Practice. *Outcome Management*, 7 (3), 97-103.
- Sørli, V. (1999). The meaning of being in ethically difficult care situations in paediatrics as narrated by female Registered Nurses. *Scand Journal of Caring Science*. 17. 285-292.
- Tak, J.H. og Van Bon, W.H.J. (2006). "Pain- and distress-reducing interventions for venepuncture in children", *Care, Health & Development*. 32(3), 257-68.
- Tamm, M. (1996). *Halsa och sjukdom i barnens värld*. Stockholm:Liber.
- Tanner, C.A. (2006). Thinking Like A Nurse: A Research-Based Model of Clinical Judgment in Nursing. *Journal of Nursing Education*, 45(6), 204-211.
- Thagaard, T. (2002). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Thorne SE og Robinson CA (1988). Reciprocal trust in health care relationships. *Journal of Advanced Nursing*, 13(6), 782-9.
- Twycross, A. (2007). Children's nurses' post-operative pain management practices: An observational study. *International Journal of Nursing Studies*, 44(6), 869-81.
- Usman, L.S., Chambers, C.T., McGrath, P.J. og Kisely, S.(2007). Psychological interventions for needle-related procedural pain and distress in children and adolescents. *The Cochrane Library*, 4, 1-72.
- Vessey, J.A. og Mahon, M.M. (1990). Therapeutic play and the hospitalized child. *Journal of Pediatric Nursing*, 5(5), 328-33.

Vessey, J.A. og Carlson, K.L. (1996). Nonpharmacological interventions to use with children in pain. *Issues Compr Pediatr Nurs*, 19(3), 169-82.

Vessey, JA. og Carlson, KL., McGill, J (1994). Use of Distraction with Children During an Acute Pain Experience. *Nursing Research*, 43(6), 369-372.

Vincent, VHC. (1997). Knowledge, Attitudes, and Practices. Regarding Children's Pain. *American Journal of Maternal /Child Nursing*, 30 (3), 177-183.

Vincent, VHC. og Denyes, M. (2004). Relieving Children's Pain: Nurses' Abilities and Analgesic Administration Practices. *Journal of Pediatric Nursing*, 19 (1), 40-50.

Walker AC, Tan, L. og George, S. (1995) Impact of culture on pain management: an Australian nursing perspective. *Holistic Nursing Practice*, 9, 48-57.

Windich-Biermeier, A., Sjoberg, I., Dale, JC., Eshelman, D. og Guzzetta, CE. (2007). Effects of Distraction on Pain, Fear, and Distress During Venous Port Access and Venipuncture in Children and Adolescents With Cancer. *Journal of Oncology Nursing*, 24(1), 8-19.

Woodgate, R. og Kristjanson, LJ. (1995a). A young child's pain : how parents and nurses 'take care'. *International Journal of Nursing studies*, 33(3), 271-284.

Woodgate, R. og Kristjanson, L.J. (1995b). Young children's behavioural responses to acute pain: strategies for getting better. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 243-249.

<http://www.barnogsmerte.no>, 31.august, 2009.

<http://www.norsksmerteforening.no>, 31.august, 2009.

<http://www.iasp-pain.org>, 31. August, 2009.

Vedlegg I

Eksempel på søkestrategi fra :Ovid MEDLINE(R) <1950 to August Week 3 2009>

Search Strategy:

- 1 exp *Pain/ (156122)
- 2 *pain, postoperative/ (13113)
- 3 *pain measurement/ (6349)
- 4 *pain threshold/ (2432)
- 5 *anxiety/ (18234)
- 6 *stress, psychological/ (36524)
- 7 *frustration/ (652)
- 8 *fear/ (8942)
- 9 or/1-8 (218894)
- 10 "mind-body and relaxation techniques"/ or breathing exercises/ or hypnosis/ or "imagery (psychotherapy)"/ or laughter therapy/ or relaxation/ or relaxation techniques/ or therapeutic touch/ (16867)
- 11 acoustic stimulation/ or aromatherapy/ or art therapy/ or color therapy/ or dance therapy/ or music therapy/ or play therapy/ (29732)
- 12 distract\$.ti. (4420)
- 13 alleviat\$.ti. (2137)
- 14 attitude/ or "attitude of health personnel"/ or attitude to health/ or health knowledge, attitudes, practice/ (194814)
- 15 professional-family relations/ or exp professional-patient relations/ (105961)
- 16 clinical competence/ (46584)
- 17 exp communication/ (277322)
- 18 helping behavior/ (1978)
- 19 preoperative care/ (42764)
- 20 non-pharm\$.ti. (501)
- 21 nonpharm\$.ti. (597)
- 22 non-med\$.ti. (632)
- 23 nonmed\$.ti. (437)
- 24 exp surgical procedures, operative/ or exp investigative techniques/ (9145368)
- 25 exp "diagnostic techniques and procedures"/ or skin tests/ (3255812)
- 26 procedur\$.ti. (59892)
- 27 or/10-26 (10411700)
- 28 nursing assessment/ or nursing diagnosis/ (27323)
- 29 nursing care/ (24908)
- 30 nu.fs. (97255)
- 31 nurs\$.hw. (394844)
- 32 nurs\$.ti. (176841)
- 33 9 and 27 (138446)
- 34 limit 33 to nursing journals (9258)
- 35 (or/28-32) or 34 (445981)

Vedlegg I

36 child\$.ti. (446420)
37 pediat\$.ti. (67693)
38 paediat\$.ti. (11033)
39 adolesc\$.ti. (72370)
40 parent\$.ti. (43314)
41 or/36-40 (599231)
42 9 and 27 and 35 and 41 (1275)
43 limit 42 to (danish or english or norwegian or swedish)
(1159)
44 limit 44 to ("preschool child (2 to 5 years)" or "child
(6 to 12 years)" or "adolescent (13 to 18 years)") (856)



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Ida Torunn Bjørk
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag
Universitetet i Oslo
Postboks 1153 Blindern
0318 OSLO

Vår dato: 17.12.2008

Vår ref :20389 / 2 / GRH

Deres dato:

Deres ref:

KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 03.11.2008. Meldingen gjelder prosjektet:

20389	<i>Ekspertsykepleieres bruk av ikke-medikamentelle smertelindringsintervensjoner til barn på sykehus</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Universitetet i Oslo, ved institusjonens overste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Ida Torunn Bjørk</i>
Student	<i>Edel Jannecke Svendsen</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.03.2010, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Bjørn Henrichsen


Grethe Halvorsen

Kontaktperson: Grethe Halvorsen tlf: 55 58 25 83
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Edel Jannecke Svendsen, Neptunveien 2b, 0493 OSLO

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no

Vedlegg II

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

20389

Utvalget informeres skriftlig om prosjektet og samtykker skriftlig til deltakelse.

I informasjonsskrivet til utvalget forutsetter vi at setningen "lydbåndopptaket blir slettet etter transkribering, senest 1. mars 2010" endres til "lydbåndopptaket blir slettet og eventuelle andre personopplysninger anonymiseres senest....". Videre må veileders navn og institusjonstilknytning tilføyes skrevet.

Lydbånd slettes og eventuelle øvrige personopplysninger anonymiseres ved prosjektslutt, 1. mars 2010.

Vedlegg III

Edel Jannecke Svendsen

Oslo, 29. Okt. 2008

Neptunveien 2b

0493 Oslo

e-post: edel.jannecke.svendsen@hotmail.com

tlf 92420939

Barneavdeling XXX v/ sykepleiefaglig leder XXX

Barneklubben

Søknad om å benytte sykepleietjenesten ved XXX, ved XXXsykehus som forskningsfelt for masteroppgave ved Institutt for sykepleievitenskap, Universitetet i Oslo.

Jeg er masterstudent i sykepleievitenskap ved Universitetet i Oslo og holder på med avsluttende masteroppgave. Temaet for oppgaven er bruken av ikke-medikamentelle smertelindringsintervensjoner. Hensikten med denne studien er å utforske og beskrive erfaringene til sykepleiere som bruker ikke-medikamentelle smertelindringsintervensjoner til barn på sykehus i Norge. Studien tar for seg hvilket repertoar av ikke-medikamentelle smertelindringsintervensjoner som brukes og hvilken nytte sykepleierne mener de har av å bruke slike intervensjoner. Studien vil også beskrive hvilke pasientsituasjoner ikke-medikamentelle smertelindringsintervensjoner anvendes og hva som hemmer og fremmer bruken. I den forbindelse henvender jeg meg nå til dere for å søke om tillatelse til å gjennomføre studien ved deres avdeling.

Jeg ønsker å invitere 8 sykepleiere fra barnavdeling til å delta i ett fokusgruppeintervju.

Fokusgruppeintervju som metode er et intervju hvor 3-8 deltakere intervjues samtidig i samme gruppe. Intervjuet vil ta 1 -1,5 time. Dersom det er mulig er det ønskelig at noen av sykepleierne kan benytte deler av sin arbeidstid til intervjuet. De som ønskes som deltakere til studien er sykepleiere som jobber klinisk og ha minst 1,5 års erfaring med bruken av ikke-medikamentelle smertelindringsintervensjoner. Dersom det er mulig ber jeg om tillatelse til å benytte en sykepleier fra deres avdeling som kontaktperson for studien, fortrinnsvis en fagansvarlig sykepleier som kjenner til sykepleiernes kompetanse. Jeg ønsker å bruke vedkommendes kjennskap til personalet til å finne frem til de sykepleierne som er eksperter på ikke medikamentell smertelindring. Avdelingen vil bli gjort kjent med resultatene fra studien etter at studien er ferdig.

Jeg håper denne henvendelsen gir tilstrekkelig informasjon for at dere skal kunne vurdere min søknad. Se for øvrig prosjektbeskrivelsen for utfyllende informasjon. Dersom dere har spørsmål i forbindelse med denne søknaden, kan dere ringe meg på telefonnummer 92420939 eller kontakte meg per e-post på edel.jannecke.svendsen@hotmail.com. Eller dere kan ringe min veileder ved institutt for sykepleievitenskap og helsefag, førsteamanuensis Ida Torunn Bjørk på telefonnummer 22850577. Det vil bli innhentet tillatelse fra Personvernombud / NSD for gjennomføring av studien. Jeg søker herved om tillatelse til å gjøre gjennomføre deler av denne studien hos dere.

Vedlegg III

Med vennlig hilsen

Edel Jannecke Svendsen

Vedlegg

- Prosjektbeskrivelse
- Samtykkeerklæring



Forespørsel om deltakelse i et mastergradsprosjektet

” Ekspertsykepleiers bruk av ikke-medikamentelle smertelindringsintervensjon til barn innlagt på sykehus.”

Bakgrunn

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en mastergradsstudie for å undersøke hvilke erfaringer sykepleiere har med bruk av ikke-medikamentelle smertelindringsintervensjoner. Studien tar for seg hvilket repertoar av ikke-medikamentelle smertelindringsintervensjoner som brukes og hvilken nytte sykepleierne mener de har ved å bruke slike intervensjoner. Studien vil også forsøke å finne ut i hvilke pasientsituasjoner ikke-medikamentelle smertelindringsintervensjoner anvendes og hva som hemmer og fremmer bruken. Spørsmålene vil dreie seg om hvilke forhold som kjennetegner og påvirker bruken av ikke-medikamentelle intervensjoner til barn. Universitetet i Oslo er databehandlingsansvarlig for studien.

Hva innebærer studien?

For å fremskaffe informasjon om bruken av ikke-medikamentelle intervensjoner ønsker jeg å gjøre fokusgruppeintervju med deg som deltaker. Fokusgruppeintervju er et intervju hvor 3-8 deltakere intervjues samtidig i samme gruppe. Undertegnede vil intervjuer og i tillegg vil det være en observatør tilstede under intervjuet. Under fokusgruppeintervjuet vil det som sies bli tatt opp på lydbånd. Intervjuet vil ta mellom 1- 1,5 time. Du vil bli kontaktet nærmere for avtale om tid og sted for intervjuet

Mulige fordeler og ulemper

Du vil ikke ha noen spesielle fordeler av studien, men erfaringer fra studien vil senere kunne hjelpe andre.

Taushetsplikten gjelder fortsatt

Deltakelse i studien fritar deg ikke fra taushetsplikten. Dersom du blir bedt om å gi opplysninger som kan identifisere pasienter, har du plikt til å forsikre deg om at forsker har lov til å innhente de taushetsbelagte opplysningene. I alle andre tilfeller må ingen opplysninger som kan identifisere pasienter fremkomme under studien. Dersom du ved et uhell avgir slik informasjon må du gjøre forskeren oppmerksom på dette og kreve at de taushetsbelagte opplysningene slettes. Forskeren har plikt til å etterkomme et slikt krav umiddelbart.

Hva skjer med lydbåndopptaket om deg?

Lydbåndopptaket som taes opp av fokusgruppen skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Stemmen kan i lydbåndopptaket av fokusgruppeintervjuet kan gjenkjennes. Det er kun autorisert personell knyttet til prosjektet som har adgang til å høre på lydbåndopptaket. Avdelingsledelsen eller den øvrige ledelsen ved sykehuset vil ikke gis tilgang til lydopptaket. Lydbåndopptakene blir utlevert til Universitetet i Oslo for å gjennomføre nødvendige analyser. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres. Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i lydopptaket. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger. Lydbåndopptaket blir slettet og eventuelle andre personopplysninger anonymiseres senest 1. mars 2010.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Dersom du velger å ikke delta, trenger du ikke å oppgi noen grunn. Om du skulle bestemme deg for ikke å delta, får dette ingen konsekvenser for deg i ditt arbeidsforhold til sykehuset. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke. Dersom du senere ønsker å trekke deg, kan du kontakte Edel Jannecke Svendsen, Neptunveien 2B 0493 Oslo, på tlf 92420939 eller veileder ved Universitetet i Oslo, 1. amanuensis Ida Torunn Bjørk på tlf 22850577

Samtykkeerklæring: Jeg er villig til å delta i studien ----- (Signert av prosjektdeltaker, dato)	Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien: ----- (Signert, rolle i studien, dato)
---	---

Intervjuguide

Forsknings spørsmål	Intervjus spørsmål justert etter pilotintervjuet
Hvilket repertoar av ikke-medikamentell smertelindring bruker sykepleierne?	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Hvilken ikke-medikamentell smertelindring brukes på denne avdelingen?</i> • <i>Hvilke ulike strategier/metoder eller intervensjoner brukes?</i>
Hvilken nytte og funksjon mener sykepleierne de har av å bruke ikke-medikamentell smertelindring?	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Hvilken nytte har dere av ikke-medikamentell smertelindring?</i>
Til hvilke pasienter og i hvilke situasjoner bruker sykepleierne ikke-medikamentell smertelindring?	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Til hvilke pasienter er det vanlig å bruke ikke-medikamentelle strategier?</i> • <i>I hvilke situasjoner er det vanlig å bruke ikke-medikamentell smertelindring?</i>
Hvilke forhold oppfatter sykepleieren kan fremme og hemme bruk av ikke-medikamentell smertelindring?	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Hva kan gjøre at ikke-medikamentell smertelindring brukes i såpass stor grad av dere på deres avdeling?</i> • <i>Hva kan hindre dere i å bruke ikke-medikamentelle strategier i enda større grad?</i>

Huskeliste:

Kan du forklare det nærmere?

Kan du komme med et eksempel på hva du mener?

Kan du si litt mer?

Fortell oss mer

Si litt mer om det.

Er det noe mer?

Kan du forklare hva du mener?

Jeg forstår ikke helt....