



Hvordan kan sykepleier anvende avledning for å redusere smerteopplevelsen ved prosedyrer hos barn?

Kandidatnummer: 820  
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave  
i sykepleie

Antall ord: 8251  
Dato: 16.04.18

<b>ABSTRAKT</b>	Lovisenberg diakonale høgskole Dato 16.04.2018
<u>Tittel:</u> Barn og smertefulle prosedyrer	
<p><u>Problemstilling:</u> Hvordan kan sykepleier anvende avledning for å redusere smerteopplevelsen ved prosedyrer hos barn?</p> <p><u>Teoretisk perspektiv:</u> Denne oppgaven starter med å presentere de etiske og juridiske rammene for sykepleiere, samt sykepleierens ansvar og funksjonsområder. Deretter presenteres teoriene om barns kognitive og psykososiale utvikling som et utgangspunkt for å forstå barnet, etterfulgt av teori om relasjon og kommunikasjon, barn, smerte og stressreaksjon og ikke-medikamentelle tiltak. Dette vil til sammen gi den nødvendig kunnskapen for å forstå problemstillingen og danner utgangspunktet for drøftingen.</p> <p><u>Metode:</u> Dette er en litterær oppgave hvor jeg anvender eksisterende kunnskap fra fag og forskning for å kunne besvare min problemstilling.</p> <p><u>Drøfting:</u> I drøftingsdelen kommer det frem ulike sider av problemstillingen og forslag til hvordan sykepleier bør anvende avledning som en ikke-medikamentell metode, og hvilke faktorer som bidrar til at sykepleier kan anvende slike psykologiske metoder på best mulig måte. Drøftingskapittelet er lagt opp tilnærmet lik praksis på en sykehuspost. Fra kompetanse og erfaringen sykepleier har i bunn, til møtet med barnet og til selve bruken av avledning. Sykepleierens kunnskapsgrunnlag, teori og teoriene om barns utvikling er på ulike måter knyttet inn i aspektene.</p> <p><u>Konklusjon:</u> Avledning er en svært effektiv metode for å ta fokus bort fra det barnet opplever vondt eller skremmende. For å oppnå best mulig effekt av avledning som en ikke-medikamentell metode, bør sykepleier ha kunnskap om ulike faktorer som påvirker barnets stress og smerteopplevelse. Sykepleier må skape forutsigbarhet i situasjonen og tilpasse seg det enkelte barnet. Dette fordrer at sykepleier har kunnskap om barnets alder og utvikling, samt barnets interesser. De ovennevnte faktorene, sammen med barnets deltakelse i aktiviteten er avgjørende for å sikre en best mulig, og forsvarlig bruk av avledning som metode for å redusere barnets smerteopplevelse.</p>	

(Totalt antall ord: 294)

## Innholdsfortegnelse

<b>1. Innledning</b> .....	<b>1</b>
1.1 Bakgrunn for valg av tema .....	2
1.2 Avgrensninger .....	3
1.3 Oppgavens struktur .....	3
<b>2. Teoretisk kunnskapsgrunnlag</b> .....	<b>4</b>
2.1 Kravet til faglig forsvarlighet .....	4
2.2 Yrkesetikk .....	4
2.3 Sykepleierens ansvar og funksjonsområder .....	5
2.4 Barns kognitive utvikling .....	5
2.5 Barns psykososiale utvikling .....	6
2.6 Relasjon og kommunikasjon .....	6
2.7 Stress og smerteopplevelse .....	7
2.8 Ikke-medikamentelle tiltak .....	8
<b>3. Metode</b> .....	<b>9</b>
3.1 Litteraturstudie som metode .....	9
3.2 Beskrivelse av søk .....	9
3.3 Kildekritikk .....	10
<b>4. Presentasjon av forskningsresultater</b> .....	<b>13</b>
<b>5. Hvordan kan sykepleier anvende avledning for å redusere smerteopplevelsen ved prosedyrer hos barn?</b> .....	<b>14</b>
5.1 Sykepleierens kompetanse om barn på sykehus .....	14
5.2 Etablering av relasjon til barn .....	16
5.3 Kommunikasjon med barn .....	17
5.4 Informasjon og opplevelse av kontroll .....	18
5.5 Avledning som ikke-medikamentell metode .....	19
<b>6. Konklusjon</b> .....	<b>23</b>
<b>Referanseliste</b> .....	<b>25</b>

## 1. Innledning

I 2016 var 360 000 barn innlagt på sykehus på grunn av somatisk sykdom (SSB, 2018). Til tross for at utviklingen innen behandling og omsorg for barn de siste tiårene har bidratt til at sykehusoppholdet oppleves vesentlig mindre traumatisk, vil innleggelsen likevel kunne føre til ulike påkjenninger for barnet (Regjeringen, 2018). Følgelig skal forskriften om barn på sykehus sikre barns rettigheter og sørge for at barnet blir ivaretatt under innleggelsen på norske sykehus (Barns opphold i helseinstitusjon, 2000, §5). Barn har trukket frem undersøkelser og prosedyrer som det mest skremmende med hele oppholdet på sykehuset. Hele 49 prosent av 242 barn i alderen fire til tolv år, sa at prosedyrer som involverte nåler eller stikk var det de opplevde som mest vondt (Grønseth & Markestad, 2017; McCaffery & Beebe, 1996). Mange barn opplever stress og utrygghet knyttet til opphold på sykehus og det som er ukjent. Under utredning og behandling på sykehus er blodprøver og innleggelse av perifert venekateter vanlige smertefulle prosedyrer barnet utsettes for (Grønseth & Markestad, 2017). Sykepleier har en sentral funksjon i å bidra til at barnet opplever minst mulig stress og at smerte lindres.

Å benytte avledning som en ikke-medikamentell metode, er i faglitteraturen trukket frem som effektivt for å redusere barnets opplevelse av smerte (McCaffery & Beebe, 1996). I samsvar med dette rapporterte en oppdatert oversiktsstudie fra 2013 at avledning fortsatt er en effektiv metode sykepleier kan anvende for å redusere opplevelsen av smerte (Uman et.al., 2013). Dette avhenger av at Sykepleier besitter nødvendig kompetanse til å møte barnets behov uavhengig alder. Videre bør sykepleier tilpasse måten å kommunisere med barnet på, basert på kunnskaper om blant annet barnets kognitive og psykososiale utvikling. I en oversiktsartikkel fra 2016 understrekes det i flere av de inkluderte forskningsartiklene, at yngre barn har en kraftigere smerteopplevelse som videre krever at sykepleier har kunnskap om flere ulike lindrende tiltak (Bice & Wyatt, 2016). Dette er i tråd med sykepleierens fundamentale plikter og funksjoner, i tillegg til at sykepleier skal yte omsorgsfull hjelp (Sneltvedt, 2014). Det å bidra til at en prosedyre er mindre skremmende og smertefull kan forebygge psykiske ettervirkninger og frykt for nye opphold (Grønseth & Markestad, 2017).

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg ønsker å tilegne meg mer kunnskap om frykten og smerten barnet opplever i forkant av, og under smertefulle prosedyrer, samt hva sykepleier kan bidra med for å redusere denne smerteopplevelsen. Jeg har selv erfaring med jobbe på sykehus med barn, og jeg opplever særlig at de yngre barna er engstelige i forkant av slike prosedyrer. Med bakgrunn i utviklingsteoriene til Piaget og Erikson har jeg valgt å vinkle oppgave til barn i alderen tre til fem år (Tetzchner, 2012).

I motsetning til tidligere oppfatninger, vet vi i dag at god smertebehandling kan forebygge negative effekter på barnets utvikling. Smertefulle opplevelser kan føre til forsterkede smertereaksjoner og påvirke evnen til å håndtere smerte senere i livet. I tillegg vil barnet være mindre urolig og ha mer stabil atferd på sykehus ved å unngå smertefulle opplevelser (Grønseth & Markestad, 2017). Dette kan påvirke utsiktene til å lykkes med behandling. Barnets smerteopplevelse kan legge føringer for videre oppfatning og følelser for helsevesenet, dermed er det viktig at sykepleier bruker relevant kunnskap og iverksetter tiltak så tidlig som mulig (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999, § 1-1). Dersom barnet har dårlig erfaring fra tidligere vil dette kunne skape mer frykt i forkant av sykehusoppholdet og kan føre til traumatiske opplevelser. Det bør derfor være et mål for sykepleier å bidra til å redusere barnas frykt og smerte knyttet til undersøkelser og prosedyrer.

I en oversiktsartikkel av Landier & Tse (2010) kommer det frem at avledning er en, blant flere, anbefalte ikke-medikamentelle metoder for å redusere opplevelsen av smerte. Sykepleier må ha kunnskap om planlegging, forberedelse, medikamentelle og ikke-medikamentelle tiltak for å lindre frykten og forebygge og begrense barnets opplevelse av smerte (Grønseth & Markestad, 2017). Den lindrende funksjonen beskrives som et av sykepleierens funksjonsområder og innebærer å skape trygghet og forutsigbarhet for barnet. For at sykepleier skal ivareta barnets behov for omsorg på en forsvarlig måte, bør hun bruke ulike teknikker for å avlede, bidra til mestring overfor det barnet kan oppleve som skremmende, samt ivareta pårørende (Eide & Eide, 2013). Basert på dette vil formålet med denne oppgaven være å se på hvordan sykepleier kan anvende avledning på en best mulig måte for å hjelpe barn til å mestre smertefulle prosedyrer. Med denne bakgrunnen er følgende problemstilling formulert:

*”Hvordan kan sykepleier anvende avledning for å redusere smerteopplevelsen ved prosedyrer hos barn?”*

## **1.2 Avgrensninger**

I oppgaven avgrensner jeg kun til prosedyrer som omfatter venepunksjon, det vil si enten blodprøver eller innleggelse av perifert venekateter. Dette er standard prosedyrer for barn som legges inn på sykehus under utredning eller behandling (Grønseth & Markestad, 2017; McCaffery & Beebe, 1996). Videre tar jeg kun for meg elektive innleggelser på enten en kirurgisk eller en medisinsk sengepost. I de aller fleste tilfeller er foreldre med barna på sykehuset og inngår som en meget viktig ressurs i pasient- og behandlingsforløpet (Tveiten, Wennick & Steen, 2012). Selv om pårørende ikke er hovedfokus i denne oppgaven, er det viktig at sykepleier tilstreber et godt samarbeid med foreldrene da de kan bidra til forutsigbarhet og trygghet i det barnet opplever som skremmende, sammen med sykepleier som en fagpersonell (Tveiten et.al., 2012; Grønseth & Markestad, 2017). Jeg fokuserer kun på ikke-medikamentelle tiltak, men administrering av forordnet medikamentell smertelindring som emla, lokalbedøvende krem, skal utføres rutinemessig. Dette begrenser stresset og reduserer smerteopplevelsen knyttet til prosedyren (McCaffery & Beebe, 1996; Landier & Tse, 2010; Danielsen, Berntzen, Almås, 2016). Jeg fokuserer på aldersadekvate barn i alderen tre til fem år og vil derfor ikke inkludere barn med spesielle behov.

## **1.3 Oppgavens struktur**

I denne oppgaven starter jeg med å gi en generell presentasjon av tema, bakgrunn for valg av tema og sentrale avgrensninger. Andre del av oppgaven består av et teoretisk kunnskapsgrunnlag med teori som er relevant for å besvare min problemstilling. Deretter presenterer jeg oppgavens metode, beskrivelse av søkeprosessen og kildekritikk. Videre er de valgte artiklene presentert i artikkelmatrise, før jeg i siste del av oppgaven drøfter ulike forutsetninger for, og hvordan, sykepleier på best mulig måte kan anvende avledning som metode for å redusere barnets smerteopplevelse.

## **2. Teoretisk kunnskapsgrunnlag**

God sykepleieutøvelse er basert på juridiske føringer, etiske prinsipper og praksisen forøvrig. Følgende vil jeg ta for meg hva som danner et minstekrav i yrkesutøvelsen og hva sykepleier må ha kunnskap om for å yte best mulig helsehjelp. Videre vil jeg ta for meg relevant teori som gir meg grunnlag til å kunne besvare min problemstilling, det vil si barns utvikling, smerteopplevelse, kommunikasjon og avledning.

### **2.1 Kravet til faglig forsvarlighet**

Med god kunnskap om, og etterlevelse av aktuelle lover og forskrifter sikrer man en forsvarlig utøvelse av sykepleien (Molven, 2014). Helsepersonelloven påpeker at ”Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig” (Helsepersonelloven, 1999, §4; Pasient og brukerrettighetsloven, 1999, §2). Barnekonvensjonen definerer og beskriver barns rettigheter og inneholder artikler som er særlig relevant for barn med en eventuell sykdom (Menneskerettsloven, 1999, art. 12; Tveiten, et.al., 2012). Barn innlagt på sykehus har særegne rettigheter i kraft av å være barn. Forskriften om barns opphold i helseinstitusjon hevder at barneavdelingen skal tilstrebe kontinuitet i personalet. Det bidrar til å lettere skape en best mulig relasjon mellom sykepleier og barn, som igjen er viktig for barnets trygghet. Forskriften fremhever også at personalet må ha kunnskap om barnets behov og utvikling, samt informere og veilede foreldre om oppholdet og barns eventuelle reaksjoner (Barns opphold i helseinstitusjon, 2000, §5). Videre viser forskriften til barnas rett på å ha en forelder med seg under hele sykehusoppholdet (Barns opphold i helseinstitusjon, 2000, § 6).

### **2.2 Yrkesetikk**

Sykepleierens fundamentale plikt er å fremme helse, forebygge sykdom, lindre lidelse og sikre en verdig død. Praksisen sykepleier utøver skal være forankret i de yrkesetiske retningslinjene, som fremhever respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet, samt barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene (Norsk Sykepleieforbund, 2011, s. 5-7;). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere skal legge føringer for hvordan en kan tilnærme seg etiske dilemmaer i sykepleierens hverdag på sykehuset, og skal sikre et minstemål innen praksisen på barneavdelingen (Sneltvedt, 2014). For å reflektere rundt eget

yrkesutøvelse kan en bruke de fire prinsippers etikk som en veileder. Ikke skade-prinsippet handler om at sykepleier skal se til at barn ikke utsettes for noe som kan være til skade (Brinchmann, 2014).

### **2.3 Sykepleierens ansvar og funksjonsområder**

All sykepleie bunner i utøvelse av omsorg og pleie av den syke. I den forbindelse er sykepleierens holdninger og evne til å uttrykke omtanke avgjørende for pasienten (Nortvedt & Grønseth, 2016; Sneltvedt, 2014). Enten det er informasjon som skal gis eller en smertefull prosedyre skal gjennomføres, skal det utføres med omtanke og varsomhet. Med grunnlag i god praksis og kompetanse, trygge relasjoner med pasient og pårørende og utøvelse av sykepleieprosessen, har sykepleier en forebyggende og lindrende funksjon. Den forebyggende funksjonen retter seg både mot det friske og det syke barnet. Den lindrende funksjonen vil si å begrense omfanget av de fysiske, psykiske og sosiale belastningene barnet påføres. Smerte viser til pasientens egen opplevelse og sykepleier må derfor rette oppmerksomheten mot den subjektive opplevelsen. Dette innebærer å gi barnet mulighet til å uttrykke seg og formidle sin smerteopplevelse, med mål å begrense denne opplevelsen, ved hjelp av ikke-medikamentelle tiltak som avledning, så langt det er mulig (Nortvedt & Grønseth, 2016).

### **2.4 Barns kognitive utvikling**

Fokuset på utvikling innenfor psykologi er spesielt rettet mot barndommen. Utviklingen er sammensatt, og hver enkelt teori tar derfor for seg utviklingen på ett spesielt område. Professor i psykologi, Jean Piaget (1896-1980) var en av de første som la frem en teori om den kognitive utviklingen. Kognitiv utvikling vil si mentale prosesser som evnen til å tenke, løse problemer, utvikle språk og begreper og vurderingsevne (Håkonsen, 2014, s. 53). Det er i barnas første leveår at de mest omfattende forandringene på disse områdene skjer. Den kognitive utviklingen i Piaget sin teori er delt inn i fire stadier, hvor kognisjonen blir mer logisk for hvert stadium (Piaget, 1950, s. 110-112). Basert på oppgavens aldersavgrensning, vil barn i alderen tre til fem år være i det stadiet Piaget omtaler som det pre-operasjonelle stadiet. Barn i dette stadiet har utviklet en viss evne til logisk tenkning, men er preget av deres umiddelbare oppfatning av situasjonen. Barnet har begynt å utvikle språket som tydelig markerer den kognitive utviklingen (Håkonsen, 2014). Stadiene gjennom utviklingen er felles



for alle mennesker, selv om det er variasjoner mellom barn i deres individuelle utvikling (Tetzchner, 2012).

Piaget har i senere tid fått kritikk for blant annet ikke å ta hensyn til den sosiale konteksten i barns utvikling. Fasene er statisk fremstilt, det vil at de ikke tar hensyn til at barnet kan være i ulike utviklingsfaser på forskjellige områder av deres kognisjon. Utviklingen vil altså være avhengig av barnets interesse og motivasjon, samt være preget av omstendighetene og kulturen barnet vokser opp i (Ruud, 2011, s. 67).

## **2.5 Barns psykososiale utvikling**

Mennesket tilpasser seg og påvirkes av miljø og sosiale relasjoner. Psykologen Erik H. Erikson (1902-1994) var den første som hevdet at personlighetsutviklingen er en livslang prosess, der mennesket går gjennom ulike kriser i forskjellige livsfaser (Tetzchner, 2012, s. 45). Erikson legger vekt på de sosiale relasjonene og hvordan de påvirker utviklingen av følelsene, selvbildet og selvoppfatning (Tetzchner, 2012; Håkonsen, 2014). Han legger frem 8 psykososiale faser mennesket går gjennom i løpet av livet. Alle fasene har et avgjørende vendepunkt som bidrar positivt eller negativt inn til den følelsesmessig og sosiale utviklingen. Initiativ versus skyldfølelse preger barn i alderen tre til fem år. Denne fasen preges av at barnet utvider det fysiske og psykiske området sitt. Fasene kan ikke ses isolert fra de andre, men er påvirket av tidligere stadier, eksempelvis som tillitt versus mistillit som i større grad preger barnets første leveår (Tetzchner, 2012; Håkonsen, 2014).

## **2.6 Relasjon og kommunikasjon**

God relasjon og kommunikasjon med barn er viktig for å kunne hjelpe de med å bearbeide vonde, smertefulle eller traumatiske opplevelser under sykehusoppholdet. Barn er i utgangspunktet ofte skeptisk til fremmede mennesker, og det kan dermed være utfordrende for sykepleier å etablere et tillitsforhold. Sykepleier utfører ubehagelige og skremmende prosedyrer som kan utfordre denne tilliten. For å oppnå en god relasjon bør en tilstrebe å ha kontinuitet i personalet gjennom sykehusoppholdet, eventuelt oppholdene. Kjente ansikter og relasjoner bidrar til økt følelse av trygghet hos barnet. Trygghet, god informasjon og forberedelse, i tillegg til å styrke barnets mestringsstrategier, trekkes frem som noen av de særlige viktige oppgavene for sykepleiere på en barneavdeling (Grønseth & Markestad,

2017). Sykepleier må tilpasse kommunikasjonen til barnets emosjonelle og kognitive nivå, samt barnets ressurser (Grønseth & Markestad, 2017). I det pre-operasjonelle stadiet utvides ordforrådet betraktelig. Dette gir sykepleier mulighet til å kommunisere med barnet med på en naturlig og mest mulig dagligdags måte. I tillegg er non-verbal kommunikasjon særdeles viktig og har mye å si for hvordan barnet oppfatter sykepleieren (Eide & Eide, 2013). Sykepleier må formidle informasjonen barnet har krav på, tilpasse seg hvert enkelt barn og forsikre seg om at barnet forstår den informasjonen som blir gitt (Tveiten et.al., 2012). Lek kan gi barnet en følelse av kontroll og kan brukes som instruksjon for å gi forståelse av hva som skal skje i forkant eller i etterkant av en prosedyre (McCaffery & Beebe, 1996, s. 204-210; Bice & Wyatt, 2016, s.281). Informasjon i forkant av en prosedyre gir barnet økt forståelse og er svært viktig for å forebygge stressreaksjon, engstelse og opplevelse av tap av kontroll (Grønseth & Markestad, 2017).

## **2.7 Stress og smerteopplevelse**

Barn er ekstra sårbare, da det å legges inn på sykehus, samt å måtte gjennom medisinske prosedyrer, utløser stress. Stress kan ha negative konsekvenser og føre til regresjon. Å gå tilbake i utvikling fungerer som en forsvarsmekanisme når kravene fra omgivelsene blir for store (Tveiten et.al., 2012, s. 55-56). Smerte er subjektivt og er en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse som følge av faktisk eller potensiell vevsskade eller noe individet oppfatter som skade (Tveiten et.al., 2012, s. 147). Når det oppstår vevsskade som ved et stikk, frigjøres det kjemiske stoffer som aktiverer smerteimpulser. Når slike impulser når hjernen og vi får en opplevelse av smerte. Barnet er mer sårbar mot smerte jo yngre det er (McCaffery & Beebe, 1996, s. 200). Stress er en tilleggsfaktor som bidrar til å forsterke barnets smerteopplevelse (Tveiten et.al., 2012; Danielsen et.al., 2016). Når barnet opplever stress vil det sympatiske nervesystemet aktiveres og barnet kan følgelig oppleve økt hjerterefrekvens, økt blodtrykk og økt ventilasjon (Håkonsen, 2014, s. 234). Smertereaksjonen er relatert til graden av stress og frykt som barnet opplever. Det er altså slik at psykologiske faktorer bidrar sterkt til graden av smerteopplevelse (Husebø, 1990; Bice & Wyatt, 2016). Portkontrollteorien går ut på at hvis barnet mottar tilstrekkelig sanseinntrykk, vil dette kunne føre til at hjernestammen sender hemmende impulser som bidrar til å stenge denne porten for impulsene som er smertefulle (McCaffery & Beebe, 1996, s. 49-50). Det kan være en utfordrende sykepleieoppgave å smertelindre barn, da barn har begrenset evne til å gi uttrykk for hvor de har vondt og i hvilken grad de har smerter. Små barn opplever mer intense smerter ved

venepunksjon enn større barn. De har ikke den samme forståelsen for hva som skjer, samt redusert evne til å håndtere den smerten de blir utsatt for (Grønseth & Markestad, 2016, s. 167).

## **2.8 Ikke-medikamentelle tiltak**

Barnet, foreldrene og sykepleier kan ha ulike strategier for å forebygge og kontrollere reaksjoner på smerte. Her kommer avledning inn som en ikke-medikamentell metode for å redusere smerteopplevelsen. Avledning innebærer at sykepleier bruker psykologiske tilnæringsmetoder, altså konkurrerende stimuli eller avledningsteknikker, for å ta bort fokuset fra selve følelsen av smerte (McCaffery & Beebe, 1996, s. 162). Om smertestimuliet får konkurrerende impulser vil smerteimpulsene fra det aktuelle området reduseres (Husebø, 1990, s. 31; Danielsen, et.al. s. 393). I tillegg til å gi informasjon i forkant av en prosedyre, bør en kartlegge barnets nysgjerrighet og interesser for å anvende en slik metode mest mulig effektivt. Dette vil hjelpe barnet til å flytte fokuset fra det som oppleves som skremmende og smertefullt, mot det som er spennende eller overraskende, eller at barnet selv deltar i aktiviteten. Ved smertefulle inngrep kan førskolebarn ha god effekt av å klemme en finger, høre på musikk eller lytte til eventyr (McCaffery & Beebe, 1996, s. 229-230; Landier & Tse, 2010, s. 569 ).

### **3. Metode**

Dalland (2017) beskriver metode som et redskap man benytter seg av når man skal undersøke eller etterspørre kunnskap om noe. Fremgangsmåten har dermed vært å søke etter relevante kilder og anvende disse for å besvare min problemstilling (Dalland, 2017, s. 52).

#### **3.1 Litteraturstudie som metode**

Når det skal skrives en litterær oppgave anvender man ikke en bestemt metode, men man beskriver heller fremgangsmåten. I en litteraturoppgave baserer en seg på allerede eksisterende kunnskap, og samtidig gjør rede for de funnene en har av litteratur (Dalland, 2017, s. 207). Når en skal finne relevant data for å belyse problemstillingen bør en ha kjennskap til ulike forskningsdesign og vite hvilke type data som er mest aktuelt for din oppgave (Thidemann, 2015). Kvalitative forskningsartikler har i hovedsak som mål å få frem betydningen av erfaringene til mennesker og få frem deres av opplevelse av noe. Spørreundersøkelser er ofte anvendt som kvantitativ forskningsmetode for å samle informasjon om holdninger og atferd, og utvalget er ofte statistisk representativt (Dalland, 2017, s. 52-53). Hensikten med en litteraturstudie handler om å vise en god forståelse av den anvendte kunnskapen som er nødvendig for å besvare problemstillingen, og hvordan en har kommet frem til kunnskapen. Jeg har samlet relevant litteratur og gått kritisk gjennom denne. På den måten har jeg tilegnet meg den kunnskapen jeg trenger for å belyse min problemstilling (Thidemann, 2015, s. 79-81).

#### **3.2 Beskrivelse av søk**

I et litteraturstudie er litteratursøk en stor del av oppgaven og jeg har anvendt både forskningsartikler og bøker. For å søke etter relevant litteratur og forskning som belyser min problemstilling har jeg benyttet meg hovedsakelig av Cinahl, som er en anbefalt database av biblioteket ved Lovisenberg. Jeg har i tillegg utført noen av søkene i SveMed og GoogleScholar. Jeg har utført strukturerte og manuelle søk, samt sett gjennom referanselisten til andre publikasjoner (Dalland, 2017). Jeg har deltatt på søkekurs arrangert av Lovisenberg for å tilegne meg mer kunnskap om hvordan en bør søke etter relevant litteratur.

I forkant litteratursøket, skrev jeg ned søkeordene i et PICO-skjema for å få bedre oversikt (Thidemann, 2015). Søkeordene jeg valgte å bruke var barn, pediatri, prosedyrer, smerte,

kontroll, sykepleie, avledning og lek. I Cinahl utførte jeg følgende søk; "child\*", "Hospitals, Pediatric", "Pain", "procedure" og "Distraction". "Child\*" OR "Hospitals, Pediatric" og "Pain" OR "procedure" OR "Distraction". Deretter koblet jeg disse to søkene sammen med AND. Videre avgrenset jeg søket ytterligere til forskningsartikler og til artikler som er fagfellevurdert for å sikre høy kvalitet på de aktuelle artiklene (Dalland, 2017). Til tross for at jeg avgrenset søket til forskningsartikler gikk jeg gjennom artiklene for å se at innholdet i artikkelen fulgte IMRaD-strukturen. Jeg valgte å forsøke og holde meg til litteratur og forskning av nyere dato, henholdsvis fra 2008-2018. Enkelte av de valgte artiklene har konkrete sykepleietiltak som en del av tittelen, og kom derfor ikke opp når jeg søkte på enkelte ord, men kun som deler av emnet. Her ble det derfor naturlig for meg å foreta et kjedesøk ved å ta en titt på litteraturlisten til gode bachelor- og masteroppgaver samt i kildene til gode og relevante bøker og andre artikler jeg fant gjennom søkene (Dalland, 2017). Enkelte av artiklene og oversiktsartiklene er derfor funnet i litteraturlisten til anvendt sekundærlitteratur og andre hovedoppgaver (Dalland, 2017, s. 162).

### **3.3 Kildekritikk**

Når en skal velge ut hvilke kilder en vil bruke, må en vurdere om kildene er tilstrekkelig. Det vil si at man må gå gjennom en vurdering på om den er gyldig, relevant og pålitelig for din oppgave. En bør kritisk forholde seg til stoffet man bruker og anvende disse til å besvare den aktuelle problemstillingen (Dalland, 2017, s. 150).

Artiklene jeg har valgt å anvende er alle fra kjente vitenskapelig tidsskrifter og har derfor høy pålitelighet. De er publisert innenfor et tidsskrift for sykepleiere eller for omsorg og arbeid med barn. Jeg avgrenset søket mitt til å kun inkludere artikler som er "peer reviewed". Det vil si at artikkelen er fagfellevurdert av eksperter på området før den er blitt publisert (Dalland, 2017). I de tilfellene jeg har vært usikker på forfatteren eller hvilken akademisk grad forfatteren har, har jeg fått informasjon ved å bruke Google og gjort en vurdering på om han/hun har nok kompetanse. Dette gjelder hovedsakelig oversiktsartiklene jeg har valgt å bruke. Oversiktsartiklene og de systematiske oversiktsartiklene er anvendt for å ytterligere begrunne enkelte påstander eller for underbygge min problemstilling (Dalland, 2017). En oversiktsartikkel er ment for å gi en oppsummering innenfor et felt og systematiske oversiktsartikler legger frem resultater fra flere relevante studier. Slike oversikter kalles

sekundærlitteratur fordi de tar for seg andres arbeid, altså primærstudier og er påvirket av deres tolkning (Dalland, 2017, s. 162).

To av artiklene jeg var valgt besvarer ikke min problemstilling direkte, men er ansett som relevant for å belyse ulike aspekter ved mitt tema. De er innom på temaet som en del av artikkelen, men ikke som deres hovedfokus. Likevel anser jeg kilden som viktig, for å vise til ulike deler av en prosess, ikke kun et enkelt moment. 3 av artiklene er ikke fra Skandinavia, men overførbart til norsk kultur innenfor forskning og kunnskap på det aktuelle området. Artiklene er publisert i anerkjente tidsskrift, i tillegg til at metoden og tiltakene i studien er sammenlignbart med studier fra Skandinavia. Likevel må en ta høyde for at kulturen og standarden på helsevesenet i Hellas og Indonesia kan være forskjellig fra Norge (Regjeringen, 2018; Regjeringen, 2018). Majoriteten av artiklene jeg har valgt er fra de siste 6 årene, og det er derfor rimelig å si at de tar for seg de nyeste funnene innenfor dette temaet. En av artiklene jeg fant via kjedesøk er fra 2003, men jeg anser den fortsatt som relevant for oppgaven. Forskningen i denne artikkelen er fra Skandinavia, noe som gjør den særlig overførbart til Norge. Den publisert i et anerkjent tidsskrift og intervensjonene som blir brukt i denne artikkelen er de samme som er brukt i nyere artikler (Dalland, 2017, s. 156-157). Jeg anser funnene som aktuelle fordi resultatene fortsatt er med på å prege sykepleieutøvelsen og praksisen for øvrig.

Oppgaven er også basert på litteratur fra bøker, samt offentlig dokumenter og lovdata. Kildene som er tatt i bruk i oppgaven har jeg hatt på pensum tidligere i studieforløpet, blitt introdusert for i praksis, blitt anbefalt av veiledere eller søkt etter i søkebasen Oria. Bøkene jeg har valgt er skrevet av forfattere med bred kunnskap innenfor sitt felt. Jeg har i tillegg anvendt de nyeste versjonene for at litteraturen skal være oppdatert og mest mulig gyldig. Offentlig dokumenter og lovdata er anvendt for å belyse en offentlig utredning og for å anvende de primære rettskildene (Dalland, 2017).

Jeg har brukt de anerkjente teoretikerne Piaget og Erikson i min oppgave fordi jeg anser deres teorier som relevante og gyldig, og fordi deres teorier har vært en del av tidligere pensum (Dalland, 2017). Jeg tar høyde for at tolkningen av deres teorier hovedsakelig er basert på sekundærlitteratur og at teoriene sammen ikke tar for seg en fullstendig beskrivelse av utviklingen. Jeg forsøkte å bruke primærlitteratur, men opplevde det som vanskelig å bruke da bøkene sto på engelsk og hadde en mer komplisert forklaring på teoriene. Majoriteten av

litteraturen jeg har anvendt er sekundærlitteratur. Stoffet er prosessert og presentert av andre enn forfatteren selv. Dette kan ha ført til at det opprinnelig perspektivet kan ha endret seg. Jeg har derfor forsøkt å velge anerkjente forfattere og valgt kilder som tidligere er blitt brukt i lignende oppgaver eller som har vært på pensum (Dalland, 2017).

Jeg tar videre høyde for at noen av bøkene og artiklene er skrevet på engelsk og at det derfor kan oppstå misoppfatninger (Dalland, 2017). I tillegg har jeg erfaring fra barneavdeling som gjør at jeg ikke kan utelukke at min forforståelse for dette tema kan prege hvordan jeg har tolket funnene i artiklene. Her vil jeg også trekke frem det etiske aspektet. Jeg har taushetsplikt som student og helsepersonell. Informasjon og eksempler fra egen erfaring er anonymisert da slike opplysninger og vurderinger kan knyttes til enkeltpersoner (Helsepersonelloven, 1999, §2; Dalland, 2017). Videre vil jeg påpeke at jeg kun videreformidler min egen tolkning og forståelse av andres teorier, resultater og forskning, følgelig er jeg nøye med å referere og oppgi riktige kilder (Dalland, 2017).

## 4. Presentasjon av forskningsresultater

Nr.	Forfatter	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode	Funn
1	Edel Jannecke Svendsen og Ida Torunn Bjørk (2014)	“Experienced Nurses’ Use of Non-pharmacological Approaches Comprise More Than Relief From Pain”.	Journal of Pediatric Nursing	Undersøke hva slags ikke-medikamentelle metoder erfarne sykepleiere brukte på barna for å lindre smerte og hva de trakk frem som positivt og negativt med å bruke slike metoder.	Kvalitativ metode: 14 sykepleiere fra Norge og Sverige ble intervjuet i 3 ulike grupper hvor de tok for seg ulike aspekter ved ikke-medikamentelle metoder.	Samarbeid og relasjonen til barnet er viktig og er fordelaktig i bruken av ikke-medikamentelle metoder. Sykepleierne rapporterte at barna samarbeidet bedre hvis det ble lagt til rette for tilpassede metoder for barnet, i stedet for å bruke en metode på alle barna.
2	Teresa Hughes (2012)	“Providing information to children before during venepuncture”	Nursing Children and Young People	Undersøke om det å gi informasjon før og underveis i prosedyren til barn mellom 3-11 år vil ha en effekt på angst og mestring av slike undersøkelser.	Kvalitativ metode: 4 ansatte, 2 av de var sykepleiere, og 11 barn i alderen 3,5 til 9,5 ble observert under prosedyren.	Sykepleier kan bidra til å redusere stresset og angsten barnet opplevde knyttet til prosedyren ved å gi tilpasset informasjon i forkant av og under prosedyren.
3	Made Pande Lilik Lestari, Dessie Wanda og Happy Hayati (2017)	“The Effectiveness of Distraction (Cartoon-Patterned Clothes and Bubble-Blowing) on pain and Anxiety in Preschool Children during Venipuncture in the Emergency Department”	Comprehensive Child and Adolescent Nursing	Undersøke effekten av de ulike avledningsmetodene; klær med tegneseriefigurer og såpebobler. Såkalt aktiv og passiv avledning	Kvantitativ metode: barna ble delt i 3 grupper. 2 avledningsgrupper og 1 kontrollgruppe. Graden av smerte og angst barnet opplevde ble observert underveis i prosedyren.	Resultatene viste at såpebobler som aktiv avledning var effektivt både for frykten og smerten under prosedyren, mens uniform med tegneseriefigurer som passiv avledning kun var med på å dempe frykten.
4	Vasiliki Matziou, Anthi Chrysostomou, Erfosyni Vlahioti og Pantelis Perdikaris (2013)	“Parental presence and distraction during painful childhood procedures”	British Journal of Nursing	Undersøke effekten av tilstedeværelse av foreldre, kontra bruk av kaleidoskop til barn i alderen 7-12 år under smertefulle prosedyrer.	Kvantitativ metode: randomisert kontrollert studie med to grupper som hadde med foreldre eller mottok kaleidoskop, samt en kontrollgruppe.	Studien viser at foreldre er mest effektivt for å redusere stress og smerte under venepunksjon, kontra avledning med kaleidoskop. Likevel vil denne type avledning være bedre enn ingen form for intervensjon.
5	Tarja Pölkki, Helena Laukkala, Katri Vehviläinen-Julkunen og Anna-Maija Pietila (2003)	“Factors influencing nurses’ use of nonpharmacological pain alleviation in paediatric patients”.	Nordic College of Caring Sciences	Undersøke hvilke faktorer som fremmet og som hemmet bruken av ikke-medikamentelle tiltak for sykepleiere på en kirurgisk sengepost.	Kvantitativ metode: Det ble gitt spørreskjemaer til 162 sykepleiere på sykehus i Finland	Sykepleierne trakk frem kompetanse, kunnskap om ulike metoder, arbeidsbelastning, barns evne til å samarbeide og foreldrenes deltakelse som fem fremmende faktorer og usikkerhet blant sykepleierne, barnets evne til å formidle smerten, arbeidsbelastning, lite fokus på slike metoder og organisering/kontinuitet som hemmende faktorer.



## **5. Hvordan kan sykepleier anvende avledning for å redusere smerteopplevelsen ved prosedyrer hos barn?**

For å besvare min problemstilling vil jeg anvende teorien fra kapittel to og knytte det opp mot funn fra forskning, samt resultater fra ulike oversiktsartikler. Drøftingen i oppgaven baserer seg på fem aspekter som har betydning for bruken av avledning, både for sykepleieren og barnet. Det vil si sykepleierens kompetanse, relasjon til barnet, kommunikasjon, informasjon, og avledning som metode til barn på sykehus.

### **5.1 Sykepleierens kompetanse om barn på sykehus**

Teorien peker på sykepleierens kvalifikasjoner og kompetanse som sentrale faktorer for å kunne anvende ikke-medikamentelle tiltak på en god og forsvarlig måte (Helsepersonelloven, 1999; Grønseth og Markestad, 2017). I studien til Pölkki, Laukkala, Vehviläinen-Julkunen & Pietilä (2003) trekker sykepleierne frem kunnskap og erfaring som faktorer som fremmet bruken av ikke-medikamentelle metoder. Usikkerhet blant sykepleierne ble trukket frem som en hemmende faktor, hvilket kan skyldes sykepleierens mangel på kompetanse og erfaring. I samme studie ble det også pekt på fordelene med tverrfaglig samarbeid og at sykepleier med fordel kan søke råd fra andre faggrupper som har erfaring på dette området, eksempelvis leger, fysioterapeuter eller anestesipersonale (Pölkki et.al., 2003; Danielsen et.al., 2016). Sykepleierne rapporterte at de ønsket bredere kunnskap innenfor bruken av ikke-medikamentelle metoder. Slik teorien peker på har psykologiske tilnæringsmetoder blitt mer anerkjent de siste årene etter å ha vist dokumentert effekt (Danielsen et.al., 2016).

Pölkki et.al beskriver i sin studie fra 2003 at kunnskapen om smertelindring til barn er ufullstendig. Svendsen & Bjørk (2014) peker samtidig på mangelfulle kunnskaper om hvordan sykepleier kan forebygge og lindre smerte hos barn ved bruk av ikke-medikamentelle metoder, og hvordan sykepleier kan foreta individuell tilrettelegging for barna. Sykepleierens kunnskapsgrunnlag etterfulgt av tiltak er sentralt for å forebygge negative opplevelser i forbindelse med en prosedyre. Av den grunn bør sykepleier ha kunnskap om hvordan en kan oppnå tilstrekkelig god smertelindring til barn (Grønseth & Markestad, 2017; Nortvedt & Grønseth, 2016) Dette vil også være i tråd med sykepleierens lindrende og forebyggende funksjon, sammen med prinsippet om å ikke skade. Helsehjelpen skal utføres med omsorg ovenfor barnet og så langt det lar seg gjøre bør sykepleier derfor velge den mest mulig

skånsomme metoden (Brinchmann 2014; Tveiten et.al., 2012; Norsk Sykepleierforbund 2011). Det er viktig å poengtere at sykepleieren er pliktig i å gjøre de undersøkelsene som kreves for å sikre forsvarlig helsehjelp (Helsepersonelloven, 1999). Slik studien til Lestari, Wanda & Hayati (2017) påpeker, kan dårlig erfaring med prosedyrer resultere i traumatiske opplevelser, med følger for barnets sårbarhet i liknende situasjoner senere i livet. Dette er i tråd med Piaget sin teori om at den kognitive utviklingen skjer på bakgrunn av samvirket mellom modning og erfaring (Tveiten et.al., 2012). Hvert enkelt barn har ulike forutsetninger med tanke på robusthet og mestring, og det kreves dermed at sykepleier har en individuell og tilpasset tilnærming til barnet (Eide & Eide, 2013).

Ovennevnte punkter bør inngå i sykepleiers kompetanse for å sikre best mulig praksis for barn på sykehus og for å gjøre minst mulig skade for barnet. For at barnet skal føle seg ivaretatt og respektert er det viktig at sykepleier anerkjenner barnets tanker og følelser (Ruud, 2011). Måten sykepleier utøver sin kompetanse på har betydning for kvaliteten på helsehjelpen til barnet (Tveiten et.al., 2012). Dette samsvarer med Danielsen et.al. (2016) som hevder at sykepleierens kunnskap og erfaring er viktig for å vurdere hvordan medikamentelle og ikke-medikamentelle tiltak kan supplere hverandre og tilpasses hvert enkelt barn og deres individuelle behov.

I likhet med flere av artiklene ble det nevnt i faglitteraturen at ulike ikke-medikamentelle tiltak krever at sykepleier bruker tid på å tilpasse med metoden til hvert enkelt barn (Grønseth & Markestad, 2017). I studien til Svendsen & Bjørk (2014) påpekte sykepleierne at ikke-medikamentelle tiltak kunne bidra til å forebygge bruken av uønskede handlinger som tvang eller å holde fast barnet. Bruk av tvang eller å holde fast barnet vil kunne føre til sterke stressreaksjoner som kan vanskeliggjøre behandlingen, også under senere innleggelser (Grønseth & Markestad, 2017). Ved at sykepleier unngår slike tiltak, handler hun i tråd med barns rettigheter på sykehus, som blant annet er vernet om i pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 4-1). Videre er det presisert i sykepleierens yrkesetiske retningslinjer at barnet skal beskyttes mot krenkende handlinger, og bruken av tvang skal unngås i den grad det er mulig (Norsk sykepleierforbund, 2011). Målet er best mulig samarbeid med barnet, slik at sykepleier unngår skremmende og smertefulle hendelser for barnet (Svendsen & Bjørk, 2014). Videre påpekte Svendsen & Bjørk (2014) at gjennomføringen av slike tiltak krever både tid og tilrettelagte arbeidsforhold. Studien til Pöllki et. al. (2003) støtter opp under dette, ved å vise til mangel på tid og stor arbeidsbelastning som vanskeliggjørende faktorer for

bruken av ikke-medikamentelle metoder. På den andre siden kommer det frem i en oversiktsartikkel at avledning som metode er spesielt gunstig for sykepleier når han eller hun har liten tid til forberedelse, og at en slik metode er bedre egnet overfor de minste barna (Landier & Tse, 2010). Pöllki et. al. (2003) trekker frem i sin studie at erfarne sykepleierne hadde mer kunnskap og klinisk erfaring om ikke-medikamentelle metoder. Tidsfaktoren var ikke like avgjørende for dem som det var for de yngre og uerfarne sykepleierne med mindre kunnskap om bruken av slike metoder. I den forbindelse kan en anta at kompetanse og erfaring i en hektisk hverdag er en svært viktig faktor for å lykkes med bruken av ikke-medikamentelle metoder og kan være en motvekt mot hemmende faktorer (Danielsen et.al., 2016).

## **5.2 Etablering av relasjon til barn**

For å oppnå best mulig effekt av ikke-medikamentelle tiltak bør sykepleier forsøke å skape en best mulig relasjon til barnet. Å etterstrebe at barnet mottar helsehjelp fra samme personale sikrer opplevelse av kontinuitet i form av kjente ansikter under sykehusoppholdet, og vil bidra til å skape trygghet for barnet (Barns opphold i helseinstitusjon, 2000, §5). Dessuten kan erfaringer fra sykehusoppholdet påvirke barnets personlighetsutvikling og psykososiale utvikling (Tetzchner, 2012). Tveiten et.al. (2012) viser samtidig til at kvalitet på relasjonen mellom barnet og sykepleier kan bidra til at sykepleieren lettere kan oppfatte og tolke barnets signaler. Det kan bidra til økt kvalitet på helsehjelpen, og dermed til en mer positiv opplevelse for barnet med potensielle heldige følger for dets utvikling (Tveiten et.al., 2012).

I studien til Svendsen & Bjørk (2014) påpeker sykepleierne hvordan de mer effektivt kan anvende ikke-medikamentelle metoder når de har en relasjon til barnet fra før. Dette bekreftes av Hughes (2011) som trekker frem viktigheten av at sykepleierne tok seg god tid til å prate, særlig med de yngste barna i forkant av prosedyren. En slik samtale vil samtidig kunne bidra til å kartlegge tidligere erfaringer og eventuelle metoder som har blitt brukt som har bidratt til en positiv eller negativ opplevelse for barnet. En etablert relasjon mellom sykepleier og barnet, sammen med god dialog, vil kunne føre til et godt samarbeid (Grønseth & Markestad, 2017). Samarbeid ble også trukket frem som avgjørende for å sikre en god og faglig forsvarlig utførelse av prosedyren (Svendsen & Bjørk, 2014). Videre ble det nevnt at det å bruke ikke-medikamentelle metoder i seg selv kan bidra til å skape en relasjon. Erfaringsmessig må barnet gjennom prosedyrene tidlig under sykehusoppholdet, og sykepleier har ikke

nødvendigvis hatt muligheten til å skape den ønskede relasjonen på dette tidspunktet. I lys av dette kan bruken av ikke-medikamentelle tiltak med fordel bidra til å skape en relasjon mellom barnet og sykepleieren, og øke sjansen for et godt samarbeid videre i oppholdet (Svendsen & Bjørk, 2014).

### **5.3 Kommunikasjon med barn**

Faglitteraturen viser til at barn og unge befinner seg på sitt eget utviklingstrinn og at dette utfordrer sykepleiers evner til å kommunisere på barnets premisser. Hvert enkelt individ og hver enkelt situasjon er forskjellig, og sykepleier må derfor tilpasse seg barnet og aksepterer barnets måte å kommunisere på (Ruud, 2011). Sykepleierne i studien til Hughes (2011) trakk frem at sykepleierne tilpasset seg de yngre barna ved å bruke et enklere og mer dagligdags språk og at de hadde mer fokus på sitt eget kroppsspråk (Hughes, 2011). At sykepleier kommuniserer med barnet gjennom kroppsspråk og lek kan brukes for skape en positiv opplevelse for barnet (Tveiten et.al., 2012). Grønseth & Markestad (2017) viser til hvordan lek preger store deler av barndommen og gir barnet mye glede, mestring og opplevelse av mening. Dersom sykepleier anvender lek som en del av kommunikasjon vil dette kunne bidra positivt til barnets tilknytning til den voksne, samt stimulere barnets naturlige utvikling.

Sykepleier kan med fordel bruke non-verbal kommunikasjon for å skape tillit til barnet. Grønseth & Markestad (2017) og Ruud (2011) viser eksempelvis til hvordan sykepleier alltid bør tilstrebe å komme ned på barnets fysiske høyde slik at en skaper øyenkontakt. Videre bør sykepleier bør ha en vennlig tone, være rolig, og henvende seg direkte til barnet med et konkret og forståelig språk (Grønseth & Markestad, 2017; Ruud, 2011). Dette samsvarer med Piaget sin utviklingsteori. Barn i den pre-operasjonelle fasen har utviklet språket og ordforrådet til en viss grad, men evner i liten grad å tenke abstrakt, og preges av konkret tankegang (Håkonsen, 2014). Som en følge av dette må sykepleier være bevisst på hvilke ord hun velger i dialog med barnet for å unngå misforståelser. Barnet kan eksempelvis oppfatte en medisinsk slange som en faktisk slange som skal inn i armen. Det er derfor rimelig å hevde at slike fortolkninger kan bidra til unødvendig frykt og opplevelse av stress hos barnet (Grønseth og Markestad, 2017). Videre påpeker Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) at barnet har rett til å komme med egne meninger og at sykepleier skal ta hensyn til og vektlegge disse synspunktene så langt det lar seg gjøre. Det blir i den forbindelse sentralt at sykepleier formidler informasjonen på en måte som er tilpasset og forståelig for barnet, slik at det faktisk

kan komme med ønsker og synspunkter tilknyttet behandlingsmetoder. Studiene til Svendsen & Bjørk (2014) og Hughes (2011) trekker også frem at det kan være positivt og nyttig å bruke humor som en del av kommunikasjonen med barna. Dette samsvarer med Grønseth & Markestad (2017) som påpeker at sykepleier med fordel kan bruke humor for å redusere barnets opplevelse av stress i forkant av eller underveis i en skremmende prosedyre.

#### **5.4 Informasjon og opplevelse av kontroll**

Teorien trekker frem at barn opplever mye engstelse i forkant av og under smertefulle undersøkelser som venepunksjon. For å i størst mulig grad bidra til å forebygge stress og smerte bør en tilstrebe å gi god og tilpasset informasjon i forkant av og underveis i prosedyren (Grønseth og Markestad, 2017). I oversiktsartikkelen til Uman et.al (2013) hevdes det at det ikke er noen konkrete bevis på at informasjon og forberedelse kan redusere stresset barnet opplever i forkant av en prosedyre. I motsetning til dette trekker Hughes (2012) frem viktigheten av at sykepleier gir barnet den informasjonen det har krav på for å medvirke i behandlingen som skal utføres. Forskriften om barns opphold på sykehus ble utarbeidet nettopp for å styrke barns rettigheter (Tveiten et.al., 2012). Sykepleier må gi alderstilpasset informasjon og kartlegge barnets kunnskap og erfaringer for å sikre barnets rett til medvirkning og opplevelse av kontroll. Dette fordrer at sykepleier har kunnskap om barns rettighet, og etterstreber høy standard i tråd med føringer for god yrkespraksis (Barns opphold i helseinstitusjon, 2000, §16). Det står i Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) at sykepleier skal gi informasjon tilpasset hvert enkelt barn, slik at barnet i den grad det evner kan fremme sine ønsker og behov. Uavhengig av alder og umodenhet skal sykepleier sørge for at barnet ikke føler seg krenket. Sykepleier skal legge vekt på hva barnet mener, slik at barnet får en opplevelse av mulighet til å medvirke i behandlingen (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1).

Funnene til Hughes (2012) samsvarer med studien til Matziou, Chrysostomou, Vlahioti & Perdikaris (2013) som peker på at hvis sykepleier bruker litt mer tid på å kartlegge de riktige metodene og barnets tidligere erfaringer, vil det være til fordel både for barnet og sykepleier i det videre forløp under oppholdet på sykehuset. Dersom barnet har en viss opplevelse av kontroll over det som skal skje, vil det kunne bidra til å redusere stress og opplevelse av smerte (Danielsen et.al., 2016). Med kunnskap om barnets kognitive evnenivå bør sykepleier unngå å gi informasjonen lenge før prosedyren, da det kan føre til at barnet bygger opp

unødvendig fantasier og forestillinger om begivenheten. Dette gjelder særlig barn i alderen tre til fem år da de har vanskeligheter for å skille virkelighet og fantasi. Jo yngre barnet er, jo nærmere undersøkelsen bør sykepleier gi den tilpassede informasjonen (Danielsen et.al., 2016; Håkonsen, 2014; Grønseth & Markestad, 2017).

### **5.5 Avledning som ikke-medikamentell metode**

Faglitteraturen peker på sykepleierens ansvar for å sikre at barnet er tilstrekkelig smertelindret under prosedyrer. Sykepleier må utføre prosedyrer som venepunksjon som inngår i utredning eller behandling og fremmer helse og forebygger sykdom (Nortvedt og Grønseth, 2016; McCaffery & Beebe, 1996; Sneltvedt, 2014). Det vil derfor ikke være faglig forsvarlig å utelate slike viktige prosedyrer knyttet til sykehusoppholdet, men som en del av sykepleier sin funksjon og ansvar kan sykepleier lindre den smerten som forårsakes av eksempelvis venepunksjon eller blodprøve (Helsepersonelloven, 1999, §4; Nordtvedt & Grønseth, 2016). Slike undersøkelser kan være svært skremmende og smertefullt for barnet. Barnet kan bære på tidligere erfaringer som kan bidra til økt smerteopplevelse. Barn i alderen 4-5 år er særlig utsatt for slike etterreaksjoner (Grønseth & Markestad, 2017). Sykepleier kan forebygge slike negative opplevelser ved å anvende kunnskap og utføre tiltak som bidrar til at barnet opplever minst mulig smerte (Tveiten, et.al., 2012; Danielsen et.al., 2016). Barnet trenger støtte og omsorg, og sykepleier trenger kunnskap om hvilke tiltak og hvordan en kan anvende disse for å lindre smerten (Norsk sykepleierforbund, 2011; Sneltvedt, 2014). Det er viktig å presisere at ikke-medikamentelle metoder som avledning ikke vil erstatte medikamentell smertelindring, men det kan bidra til å øke effekten av den (Danielsen et.al., 2016). For å sikre forsvarlig praksis bør administrering av forordnet medikamentell smertelindring, eksempelvis emlakrem, utføres før prosedyren starter. Ikke-medikamentell supplerende smertelindring på barn har god effekt og kan erfaringsmessig også bidra til å redusere stresset barnet opplever i forkant (Danielsen et. al., 2016; Grønseth og Markestad, 2017).

Ved at sykepleier bruker avledning som metode bruker hun eller han en psykologisk basert tilnærming til barnet. Faglitteraturen viser at en slik kognitiv metode er godt dokumentert og kan brukes på ulike måter (Danielsen et.al., 2016, s. 393). Avledning som en ikke-medikamentell metode vil fungere ved at sykepleier anvender tiltak for å ta bort fokuset fra det barnet opplever som stressende eller smertefullt (Danielsen et.al., 2016). Dette gjelder både før og under undersøkelsen. McCaffery & Beebe (1996) viser til hvordan

smerteopplevelse kan lindres når det oppstår konkurrerende stimuli fra hjernebarken. Det vil si at tanker, følelser og tidligere erfaringer som barnet har opparbeidet seg fra foregående sykehusinnleggelse, vil kunne påvirke denne overføringen og opplevelsen av smerte. Ved at sykepleier flytter barnets oppmerksomhet til det avledningen består av, vil det bidra til å redusere barnets engstelse og stress. Videre vil det føre til at barnet opplever økt trygghet og kontroll i situasjonen, og dermed oppnår sykepleier redusert smertereaksjon. Slik Grønseth og Markestad (2017) påpeker er barn i treårs-alderen er spesielt sårbare og redd for å miste kontrollen. Informasjonen som er prosessert av barnet på forhånd vil kunne føre til at barnet gjenkjenner situasjonen og dermed opplever økt trygghetsfølelse og kontroll (Tveiten et.al, 2012). Dette bekreftes av Svendsen & Bjørk (2014) som peker på at det var fordelaktig for sykepleierne å bruke disse metodene, som for eksempel avledning. Spesielt gjelder dette for de barna som må gjennom flere sykehusopphold og dermed gjennomgå smertefulle prosedyrer som innleggelse av venekateter gjentatte ganger. Det blir derfor viktig at sykepleier dokumenter hvilke tiltak som fungerte på dette barnet, slik at samme avledningsmetode kan anvendes ved neste opphold, og gjerne av en sykepleier barnet har relasjon til fra før av. Sykepleier vil dermed kunne bidra til å forebygge unødvendig engstelse før neste innleggelse (Tveiten, et.al, 2012). Matziou et al. (2013) viser i sin studie til at det er en positiv fysiologisk effekten av avledning som en ikke-medikamentell metode. Ut ifra deres funn ble tegnene på stress vesentlig redusert i blant gruppen av barn som mottok avledning i form av kaleidoskop, i forhold til kontrollgruppen som ikke ble avledet på denne måten. Dette ble vist blant annet ved at de vitale målingene på stress, som barnets puls og blodtrykk, var betydelig redusert ved bruk av avledning. Videre viste de til at det var en særlig effekt på yngre barn. Med kunnskap om at stress og engstelse øker smerteopplevelsen, vil avledning som altså er en kognitiv metode, fungere som en viktig teknikk som sykepleier kan benytte seg av for å dempe stresset hos barnet, og dermed føre til redusert opplevelse av smerte (Matziou et.al., 2013).

Faglitteraturen har mye fokus på effekten av ikke-medikamentelle tiltak men lite på hvordan sykepleier konkret bør anvende disse tiltakene. I følge Svendsen & Bjørk (2014) kan informasjonen sykepleier tilegner seg ved å kartlegge det enkelte barnet, sammen med sykepleierens kunnskapsgrunnlag, ha betydning for hvor effektiv avledningen vil være. I henhold til Pasient- og brukerrettighetsloven skal aktiviteter og tiltak på sykehuset tilpasses barnets alder og utvikling, samt ta hensyn til deres helsetilstand (1999, §6). Danielsen et.al. (2016) påpeker at for å oppnå en slik standard bør sykepleier individualisere innholdet i avledningsteknikken, og bruke teknikker som står i forhold til pasientens kognitive og

helsemessige forutsetninger. Dette understrekes av Landier & Tse (2010) som konkluderer med at sykepleier må ta høyde for individuelle forskjeller hos barnet for å oppnå best mulig effekt. Erfaringsmessig kan det kan være nyttig å kartlegge barnets interesser slik at sykepleier kan bruke dette i avledningsteknikken (Grønseth & Markestad, 2017). Videre påpeker FNs barnekonvensjon at ”barn som er i stand til å danne egne synspunkter skal kunne gi uttrykk for disse, i samsvar med barnets alder og modenhet” (Menneskerettsloven, 1999, art. 12.1) Lestari et.al. (2017) viser til at det å prate om noe barnet er interessert i kan fungere som en avledning i seg selv. Lestari et.al (2017) oppga også at aktiv avledning i form av såpebobler var mer effektivt enn bruken av uniform med tegneseriefigurer som en passiv avledningsmetode. En slik passiv avledning viste seg å bidra til positive følelser hos barnet, samt redusere stresset barnet opplever på et sykehus. Slik det er presisert i forskriften om barn på sykehus, skal barneavdelinger være innredet slik at de tilpasses barns behov. Det vil derfor trolig være gunstig å tilstrebe at sykepleierne og andre yrkesgrupper bruker slike uniformer tilpasset barn på en barneavdeling (Barns opphold i helseinstitusjon, 2000, §4).

Barna som mottok aktiv avledning i studien til Lestari et.al (2017) hadde signifikant mindre smerteopplevelse enn kontrollgruppen. Slik faglitteraturen påpeker vil avledning fungere best når sykepleier legger til rette for at barnet opplever noe interessant og selv kan delta i aktiviteten (Grønseth & Markestad, 2017). Det er derfor viktig å poengtere at sykepleier velger den best egnede avledningsmetoden for å sikre best mulig resultat for barnet. Avledning som metode bør likevel anvendes til tross for liten tid til kartlegging av barnets interesse og tidligere vellykkede intervensjoner. Dette er i samsvar med funn fra studien til Matziou et.al. (2013). Resultatene viste tydelige ulikheter i stressnivå hos de barna som mottok avledning i form av kaleidoskop som metode under prosedyren, i motsetning til de som ikke mottok noen form for avledning. Trolig kan det tyde på at sykepleier ikke vil oppnå den ønskede effekten av avledning ved bruk en generell metode på alle barna, i motsetning til hvis sykepleier hadde brukt tilpassede avledningsmetoder til hvert enkelt barn (Matziou et.al., 2013; Grønseth og Markestad, 2017). Dette bekreftes av Svenden & Bjørk (2013) som påpeker at hvis sykepleier bruker avledning på feil måte, kan det ha motsatt effekt av det en ønsker å oppnå. Sett i et slikt lys bør sykepleier tilpasse avledningsmetoden til hvert enkelt barn for å sikre forsvarlig praksis og best mulig opplevelse for barnet.

I studien til Matziou et.al. (2013) påpekte de at tilstedeværelse av foreldre var særlig effektivt. Videre peker studien på at foreldrene hadde en signifikant betydning i barns opplevelse av



stress og smerte (Matziou et.al., 2013) Til tross for at oppgaven er avgrenset fra foreldre, er det viktig å poengtere at barn på sykehus har rett på å ha én forelder med seg under hele oppholdet (Barns opphold i helseinstitusjon, 2000, §6). Slik Grønseth & Markestad (2017) peker på er separasjonsangst et utviklingsmessig særtrekk for barn i alderen 3-5 år. Foreldrene symboliserer trygghet og det er derfor svært viktig at sykepleier inkluderer foreldrene og avklarer hva de kan og bør bidra med for å sikre at barnet opplever minst mulig stress i en ukjent og skremmende situasjon. Foreldrene kjenner barnet sitt best og kan gi sykepleier ytterligere informasjon om barnets reaksjoner på stress og tolkning av barnets smerte (Grønseth & Markestad, 2017; McCaffery & Beebe, 2007). Grønseth & Markestad (2017) viser eksempelvis til gunstigheten ved å la barnet sitte på fanget til en forelder under en skremmende prosedyre samtidig som barnet blir avledet. Sykepleier må altså legge til rette for at foreldrene får bidra til trygghet under behandling så lenge det ikke går utover forsvarlighetsprinsippet.

## 6. Konklusjon

Når sykepleier på en barneavdeling ønsker å understøtte smertelindring av barnet ved hjelp av ikke-medikamentelle tiltak er det flere faktorer som spiller inn. En forutsetning er sykepleierens kunnskap og erfaring. Dette gjelder både kunnskap om hvordan sykepleier kan anvende avledning til hvert enkelt barn på best mulig måte, men også hvorfor en bør tilstrebe å smertelindre barnet tilstrekkelig. Videre er det vesentlig at sykepleier har kompetanse vedrørende eventuelle uheldige konsekvenser, til dels av alvorlig karakter, som kan oppstå for barnet dersom dette ikke oppnås.

Barn har selv trukket frem blodprøver og venepunksjon som smertefulle undersøkelser. Slike undersøkelser, sammen med sykehusoppholdet for øvrig, skaper stress hos barnet som igjen kan føre til økt smerteopplevelse. Artikkelen påpeker at avledning som metode er mest effektivt når sykepleier tar hensyn til at hver enkelt barn har ulike forutsetninger. Det vil si at sykepleier må ha kunnskap om barnets kognitive og psykososiale utvikling, og hva som kjennetegner barn i alderen tre til fem år, som jeg har drøftet i denne oppgaven. Sykepleier bør tilstrebe å redusere frykten og stresset barnet opplever ved hjelp av tilpasset informasjon, positiv holdning og god kommunikasjon med barnet. Forskriften for barn på sykehus påpeker at praksis og informasjon på sykehuset skal være tilpasset barnets modenhet slik at barnet kan medvirke i den grad barnet evner, og så lenge det er forsvarlig av hensyn til utredning og behandling.

Avledning virker ved at sykepleier anvender tiltak basert på kognitiv metode, som demper engstelse, stress og smertereaksjon. Forskning viser at avledning er særlig effektivt når barnet selv deltar, opplever kontroll og aktiviteten er av interesse for barnet. Derfor bør sykepleier kartlegge barnets interesser og tidligere erfaringer, og anvende kunnskapen om det individuelle barnet i måten han/hun bruker avledningen. Jo mer kompetanse og erfaring sykepleier ha, jo mer trygghet vil en kunne formidle til barnet. Hvis sykepleier kan bidra til at oppholdet på sykehuset blir mindre belastende for barnet, vil det kunne forebygge problemer under senere sykehusopphold. For at sykepleier skal ivareta forsvarlighetsprinsippet, bør avledning kun brukes til å supplere og øke effekten av medikamentell smertelindring.

I denne besvarelsen kommer det frem at sykepleier må individualisere og tilpasse avledning for å oppnå best mulig effekt, som en ikke-medikamentell metode for å redusere

smerteopplevelse. Stress påvirker smerteopplevelsen i stor grad og sykepleier bør derfor utføre tiltak som kan bidra til å redusere uroen og stresset for barnet. Godt tilpasset informasjon og god kommunikasjon i forkant av og under prosedyren er viktige faktorer for å begrense barnets stress og opplevelse av smerte. Videre bør sykepleier individualisere avledningen avpasset barnets alder, utvikling og tidligere erfaringer. Sykepleier må i tillegg legge til rette for at en av foreldrene får være til stede slik barnet har krav på, i den grad det ikke vanskeliggjør utredning og behandling.

Denne oppgaven har vist at det er dokumentasjon for at kognitiv metode i form av avledning kan være effektivt for å gi barnet en bedre opplevelse på sykehus i form av å begrense engstelse og smerter. Spesielt er dette ikke minst viktig for barn som må gjennom gjentatte sykehusopphold. Det er altså dokumentert at psykologisk metode som avledning er virksomt på en somatisk avdeling for barn. Jeg synes dette er et spennende poeng, og ser frem til å tilegne meg mer kompetanse om kognitiv metodikk og avledning, slik at jeg kan anvende dette i praksis på en barneavdeling.

Ved gjennomgang av dokumentasjonen jeg har vist til i oppgaven, føler jeg at dette er et viktig tema som sikkert kan utvikles videre. Målet må være at barnet skal få en best mulig opplevelse fra første møte med poliklinikken, og under oppholdet til behandlingen er ferdig.

## Referanseliste

- Barns opphold i helseinstitusjon. (2000). Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon m.v. av 1. Desember 2000 nr. 1217. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1217?q=barn%20helse>
- Bice, A.A., & Wyatt, T.H. (2016). Holistic Comfort Interventions for Pediatric Nursing Procedures. *Journal of Holistic Nursing* 35(3), 280-295. doi: <https://doi.org/10.1177/0898010116660397>
- Brinchmann, B.S. (2014). De fire prinsippers etikk. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (3.utg., s. 81-96). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Danielsen, A., Berntzen, H., Hallbjørg, A. (2016). Sykepleie ved smerter. I D-G. Stubberud, R. Grønseth, H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5.utg., s. 381-427). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Eide, H, & Eide, T. (2013). *Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling og etikk*. (2.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Grønseth, R., & Markestad, T. (2016). *Pediatri og pediatriisk sykepleie* (4.utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. av 2. juli 1999 nr. 64. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Hughes, T. (2012). Providing information to children before and during venepuncture. *Nursing Children and Young People*, 24(5), 23-38. Hentet fra: [https://search.proquest.com/publication/publications\\_33983?accountid=32877](https://search.proquest.com/publication/publications_33983?accountid=32877)

- Husebø, S. (1990). *Smerte – boken om smerte og hvordan smerte kan lindres*. Bergen: Eide forlag.
- Håkonsen, K.M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser* (5.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Landier, W., & Tse, M. A. (2010). Use of Complementary and Alternative Medical Interventions for the Management of Procedure-Related Pain, Anxiety, and Distress in Pediatric Oncology: An Integrative Review. *Journal of Pediatric Nursing*, 25(6), 566-579. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2010.01.009>
- Lilik Lestari, M.P., Wanda, D., & Hayati, H. (2017). The effectiveness of Distraction (Cartoon-Patterned Clothes and Bubble-Blowing) on Pain and Anxiety in Preschool Children during Venipuncture in the Emergency Department. *Comprehensive Child and Adolescent Nursing*, 40(1), 22-28. doi: <https://doi.org/10.1080/24694193.2017.1386967>
- Matziou, V., Chrysostomou, A., Vlahioti, E., & Perdikaris, P. (2013). Parental presence and distraction during painful childhood procedures. *British Journal of Nursing*, 22(8), 470-475. doi: <https://doi.org/10.12968/bjon.2013.22.8.470>.
- McCaffery, M., & Beebe, A. (1996). *Smerter – lærebok for helsepersonell* (1.utg.). Oslo: Gyldendal akademiske.
- Menneskerettsloven. (1999). Lov om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett m.v. av 21. Mai 1999 nr 30. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-05-21-30/§1#§1>
- Molven, O. (2014). *Sykepleie og jus* (4.utg.). Oslo: Gyldendal akademiske.
- Norsk sykepleieforbund. (2011). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra [https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf)

Nortvedt, P., & Grønseth, R. (2016). Klinisk sykepleie – funksjon, ansvar og kompetanse. I D-G. Stubberud, R. Grønseth, H. Almås, (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5 utg., s. 17-39). Oslo: Gyldendal akademisk.

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter m.v. av 2. juli 1999 nr. 63. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Piaget, J. (1950). *The Psychology of Intelligence*. New York: Routledge.

Pölkki, T., Laukkala, H., Vehviläinen-Julkunen, K., & Pietilä, A-M. (2003). Factors influencing nurses' use of nonpharmacological pain alleviation methods in paediatric patients. *Nordic College of Caring Sciences*, 17(4), 373-383. doi: <https://doi.org/10.1046/j.0283-9318.2003.00239.x>

Regjeringen. (udatert). Hellas. Hentet fra [https://www.regjeringen.no/no/tema/utenrikssaker/reiseinformasjon/velg-land/reiseinfo\\_hellas/id2414955/](https://www.regjeringen.no/no/tema/utenrikssaker/reiseinformasjon/velg-land/reiseinfo_hellas/id2414955/)

Regjeringen. (udatert). Indonesia. Hentet fra [https://www.regjeringen.no/no/tema/utenrikssaker/reiseinformasjon/velg-land/reiseinfo\\_indonesia/id2415692/](https://www.regjeringen.no/no/tema/utenrikssaker/reiseinformasjon/velg-land/reiseinfo_indonesia/id2415692/)

Regjeringen. (udatert). *Når barnet må på sykehus*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumentarkiv/Regjeringen-Bondevik-II/andre-dokumenter/bld/2003/syke-barn-i-familien/7/id275460/>

Ruud, A.K. (2011). *Hvorfor spurte ingen meg? - Kommunikasjon med barn og unge i utfordrende livssituasjoner*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Sneltvedt, T. (2014). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (3.utg., s. 97-116). Oslo: Gyldendal akademiske.

Statistisk sentralbyrå. (udatert). *Barn og unges helse*. Hentet fra <http://www.ssb.no/a/barnogunge/2017/helse/>

Svendsen, E.J., & Bjørk, I.T. (2014). Experienced Nurses' Use of Non-pharmacological Approaches Comprise More Than Relief From Pain. *Journal of Pediatric Nursing* 29(4), 19-28. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2014.01.015>

Tetzchner, S. (2012). *Utviklingspsykologi* (2.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Thidemann, I.J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleiestudenter*. Oslo: Universitetsforlaget.

Tveiten, S., Wennick, A., & Steen, H. F. (2012). *Sykepleie til barn: Familiesentrert sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Uman, L.S., Birnie, K.A., Noel, M., Parker, J.A., Chambers, C.T., McGrath, P.J., Kisely, S.R. (2013). Psychological interventions for needle-related procedural pain and distress in children and adolescents. *Cochrane Library*, (10), 1-135. doi: 10.1002/14651858.CD005179.pub3