



Barn og smertefulle prosedyrer

Kandidatnummer: 653
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: 9734
Dato: 23.04.19



ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato
<p>Tittel</p> <p>Barn og smertefulle prosedyrer</p>	
<p><u>Problemstilling</u></p> <p>Hvordan kan sykepleieren hjelpe barnet med å ivareta dets behov for omsorg og trygghet i forbindelse med en smertefull prosedyre?</p> <p><u>Teoretisk perspektiv</u></p> <p>I teoridelen beskriver jeg barns opplevelse på sykehusinnleggelse, barns utvikling og mestring, kommunikasjon og relasjonsbygging med barn, samt familiesentrert sykepleie. Oppgaven bygger også til dels på Joyce Travelbees teori om mellommenneskelige forhold i sykepleie og Jean Piagets utviklingsteori.</p> <p><u>Metode</u></p> <p>Dette er en litterær oppgave hvor både teoretisk-, forsknings-, og erfaringsbasert kunnskap er anvendt. Artikkelsøkene er hovedsakelig gjort i Cinahl.</p> <p><u>Drøfting</u></p> <p>I drøftingskapitlet tar jeg utgangspunkt i å belyse problemstillingen ved hjelp av litteraturen og egne meninger. Drøftingen tar for seg ulike tilnæringer til barnet, og ulike hjelpemidler sykepleieren kan benytte ved en smertefull prosedyre.</p> <p><u>Konklusjon</u></p> <p>Oppgaven konkluderer med at det å ha kunnskap om barn og deres utvikling er viktig, når en skal tilnærme seg barnet. Sykepleieren bør aktivt jobbe for å skape et tillitsforhold til barnet og etablere en gjensidig relasjon. Det å ta seg tid til å forberede barnet på en prosedyre, kan bidra til at barnet føler en trygghet rundt hva som skal skje og barnet kan oppleve kontroll. For at barnet skal oppleve omsorg og trygghet i forbindelse med en smertefull prosedyre, er det essensielt å tilrettelegge slik at foreldrene får være tilstede og være en samarbeidende part.</p>	

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Avgrensning og problemstilling	2
1.3	Disposisjon for oppgaven	3
2	Teoretisk og empirisk kunnskapsgrunnlag	4
2.1	Barns opplevelse og reaksjon på sykehusinnleggelse	4
2.2	Barns utvikling	4
2.3	Mestring	5
2.4	Kommunikasjon og relasjonsbygging	6
2.5	Lek og avledning	7
2.6	Familiesentrert sykepleie	8
3	Metode.....	10
3.1	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	10
3.2	Beskrivelse av søk.....	10
3.3	Kildekritikk og etisk vurdering	13
4	Presentasjon av forskningsresultater	15
5	Drøfting	16
5.1	Skape et godt førsteinntrykk.....	16
5.2	Fremme barnets kognitive kontroll	17
5.2.1	Mestring	17
5.2.2	Forutsigbarhet	19
5.2.3	Relasjonsbygging.....	20
5.2.4	Barnets informasjonsbehov	21
5.3	Ressurser	23
5.3.1	Foreldre som en ressurs eller belastning?.....	23
5.3.2	Lek og avledning	24
6	Konklusjon	27
7	Litteraturliste	28

1 Innledning

I 2018 hadde barn i alderen 0-9 år 310 845 liggedager på norske sykehus (Statistisk sentralbyrå, 2019). For disse barna vil det være en stor påkjenning å bli syk, og ikke minst å bli innlagt på sykehus (Matziou, Chrysostomou, Vlahioti, & Perikaris, 2013). Rutiner og vant hverdag blir snudd på hodet, og barnet vet ikke hva det kan forvente. På sykehuset møter barnet mange situasjoner som kan føre til frykt, smerte og stress. Undersøkelser og prosedyrer er eksempler på dette. Sykepleieren som en viktig del av behandlingsteamet til barnet, har en sentral rolle i å redusere stresset og smertene til barnet, samt å ivareta barnets behov for omsorg og trygghet, når det gjennomgår en smertefull prosedyre (Bringager, Hellebostad, Sæter & Mørk, 2014).

Usikkerhet, uforutsigbarhet, frykt, engstelse, ubehag og ofte smerte følger med et sykehusopphold. For et barn vil det ofte medfølge stress. Ifølge Grønseth & Markestad (2017) er undersøkelser og prosedyrer en av de største kildene til stress. Hovedårsaken til engstelse ved prosedyrer og undersøkelser, er barnets begrensede forståelse og mangel på kontroll. Dette ses mest hos de minste barna. I tillegg vil de minste barna i mindre grad enn eldre barn, utvikle mestingsstrategier som hjelper dem å takle stresset og smerten ved en prosedyre (Grønseth & Markestad, 2017).

En smertefull prosedyre på et barn, kan også føre til stress for foreldrene. I verste fall kan et barn bli holdt fast mot sin vilje, når en prosedyre eller undersøkelse skal utføres. Dette er en svært uheldig situasjon, og vil gi ubehagelige følelser for alle parter. Derfor vil jeg se på hvilke metoder en sykepleier kan bruke for å unngå bruk av makt og tvang, men heller skape den gode relasjonen med barnet.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Min førforståelse av barn på sykehus er ikke så stor, da jeg ikke har hatt praksis på barneavdeling. Jeg har derimot et stort ønske om å bli tryggere i rollen som sykepleier til et barn, og tror og håper jeg kan lære mye av å skrive en oppgave som dette. I forbindelse med denne oppgaven har jeg kontaktet en ansatt ved [redacted] for å få mer innsikt i hvordan ting gjøres i praksis. Sykepleierstudiet omfatter lite kunnskap om barn og det er også en av grunnene til at jeg ønsket å lære mer om det. Mitt engasjement for barn har vært stort hele livet. Da jeg bestemte meg for at jeg ville studere sykepleie, visste jeg allerede at jeg ønsket å jobbe med barn.

Temaet er svært relevant for sykepleiere som jobber med barn, fordi prosedyrer og undersøkelser er en stor del av det å være innlagt på sykehus. «Sykepleierens fundamentale plikt er å fremme helse, forebygge sykdom, lindre lidelse og sikre en verdig død» (Norsk sykepleierforbund, 2011). For et barn som er innlagt på sykehus, er sykepleieren ansvarlig for å lindre lidelser barnet gjennomgår, og sørge for at påkjenningen av sykehusoppholdet ikke blir større enn nødvendig. De yrkesetiske retningslinjene legger også rammer for hvilke oppgaver sykepleieren har overfor barn. Punkt 2.7 som omhandler sykepleieren og pasienten, sier at «sykepleieren beskytter pasienten mot krenkende handlinger som ulovlig og unødvendig rettighetsbegrensning og tvang» (Norsk sykepleierforbund, 2011).

1.2 Avgrensing og problemstilling

Denne oppgaven vil ikke ta utgangspunkt i en spesiell prosedyre. Det vil heller fokuseres på fellestrekk ved de prosedyrene som kan oppleves som smertefulle og skremmende for barnet og som gjør at barnet opplever stress, engstelse og mangel på kontroll. Fokuset skal være på relasjonsbygging og samarbeid med barnet, samt informasjonsbehov, avledning og foreldre som en ressurs. Barna som inkluderes i oppgaven skal være innlagt på sykehus, uavhengig av diagnose. De kan både være akutt og kronisk syke og de kan være på både sengeposter og poliklinikker, medisinske og kirurgiske avdelinger.

Siden barn har varierende forståelse og kognitiv atferd knyttet til det utviklingsstadiet de er i, velger jeg å avgrense oppgaven til å gjelde barn i alderen 3-7 år. Barn i denne alderen preges av umodenhet, både på det følelsesmessige og det intellektuelle plan (Grønseth & Markestad, 2017). Etter denne alderen vil barna ha en større forståelse for at prosedyrer og undersøkelser må gjøres, og de ser sammenhengen mellom dette og det å bli frisk (Reinfjell, Diseth & Vikan, 2007). Barn med psykiske funksjonshemninger og fremmedspråklige barn tas heller ikke med i denne oppgaven, da dette krever ekstra tilrettelegging og kompetanse hos sykepleieren. Når et barn blir innlagt på sykehus, påvirker det de nærmeste pårørende også. Foreldre er ofte de nærmeste pårørende til et barn, og jeg vil derfor omtale pårørende med begrepet «foreldre» i denne oppgaven. Relasjonen til andre familiemedlemmer vil ikke bli beskrevet i oppgaven.

På bakgrunn av litteratur og egen interesse, har jeg kommet frem til følgende problemstilling: *«Hvordan kan sykepleieren hjelpe barnet med å ivareta dets behov for omsorg og trygghet i forbindelse med en smertefull prosedyre?»*

1.3 Disposisjon for oppgaven

Oppgaven innleder med en generell presentasjon av tema, bakgrunn for valg av tema, problemstilling, avgrensing og begrepsavklaring. Etterfulgt har jeg skrevet et kapittel med det teoretiske og empiriske kunnskapsgrunnlaget. Videre har jeg skrevet et metodekapittel med beskrivelse av metode, søkeprosessen, samt kildekritikk. For å belyse problemstillingen *Hvordan kan sykepleieren hjelpe barnet med å ivareta dets behov for omsorg og trygghet i forbindelse med en smertefull prosedyre?* har jeg i oppgavens fjerde del drøftet den. Her har jeg satt litteratur, forskning og egne meninger opp mot hverandre, utdypet og argumentert. Til slutt har jeg en konklusjon som avslutning på oppgaven.

2 Teoretisk og empirisk kunnskapsgrunnlag

Barn kan være svært forskjellige, og de kan oppføre seg ulikt i ulike situasjoner (Steen, 2012).

Det er flere hensyn sykepleieren må ta når et barn blir innlagt på sykehus. En bør legge til rette for at barnet kan oppleve forutsigbarhet, trygghet, nærhet, omsorg og støtte, samt at de får den veiledningen og tilretteleggingen de har behov for (Søbjerg, 2013)

2.1 Barns opplevelse og reaksjon på sykehusinnleggelse

Med sykdom og sykehusinnleggelse følger det frykt, uforutsigbarhet, engstelse, ubehag og ofte smerter. De største kildene til stress hos et barn på sykehus er blant annet atskillelse fra foreldrene eller frykten for å bli adskilt og undersøkelser, prosedyrer og behandling. Dersom stresset rundt et sykehusopphold varer over tid, kan det føre til negative reaksjoner i etterkant av et sykehusopphold, og det kan være uheldig for barnets helse, velvære og utvikling (Grønseth & Markestad, 2017).

Når barn skal gjennomgå medisinske prosedyrer, enten det er en undersøkelse eller behandling, vil barnet som oftest bli stresset. Det å bli innlagt på sykehus, vil i seg selv være en stressfaktor, da det har en stor innvirkning på dagliglivet. I verste fall kan det føre til angst, fordi barnet er i en sårbar situasjon. I tillegg vil mestringsevnen variere med tanke på barnets alder og utvikling (Tveiten, 2012a). I det første møtet med sykehuset, er empati særdeles viktig (Hummelvoll, 2012). *Empati dreier seg om å se verden med den andres øyne og oppleve den slik han opplever den...*» (Hummelvoll, 2012, s. 422)

2.2 Barns utvikling

I følge Jean Piaget, vil den kognitive utviklingen til et menneske gjennomgå fire stadier. Det sensomotoriske stadiet (0-2 år), det preoperasjonelle stadiet (2-7 år), det konkret operasjonelle stadiet (7-11 år) og det formelt operasjonelle stadiet (ca. 11 år og oppover). Denne teorien er trolig den utviklingsteorien med størst pedagogisk innflytelse på ettertiden (Eide & Eide, 2016). Piaget la vekt på kun én del av det samspillet med omverdenen som ligger til grunn for utviklingen barnet gjennomgår, men i virkeligheten vil utviklingen være et resultat av flere parallelle prosesser. Utviklingen er ikke bare avhengig av barns modning og dets økende evne til refleksjon rundt de erfaringene det gjør, men det er også avhengig av den følelsesmessige kvaliteten i samspillet mellom barnet og omsorgspersonene rundt seg (Bunkholdt, 2000).

Det pre-operasjonelle stadiet, vil gjelde barn i aldersgruppen 2-7 år. Et tegn på at barnet har kommet til dette stadiet er når barnet leker «late som»-lek. Denne form for lek markerer høydepunktet i barnets lek (Piaget & Inhelder, 1974). Barna som tilhører det pre-operasjonelle

stadiet vil i stor grad være bundet av visuelle inntrykk. De vil ha vanskeligheter med å forholde seg til mer enn en eller noen få sider av en situasjon av gangen. Språket vil begynne å få en mer sentral plass i den intellektuelle utviklingen, og barna kan ved hjelp av ord som abstrakte symboler forestille seg både mennesker og hendelser (Bunkholdt, 2000; Piaget & Inhelder, 1974).

Piaget delte inn det pre-operasjonelle stadiet inn i to understadier, det prekonseptuelle og det intuitive. Det prekonseptuelle varer fra omtrent to til fire år, og barnets tenkning er preget av animisme og egosentrisitet. Animisme er når døde gjenstander får menneskelige egenskaper. Barnet kan oppleve at det var bordet som slo det, når det egentlig var barnet som var borti bordet. Med egosentrisitet påstår Piaget at barnet har vanskeligheter med å oppfatte en situasjon fra andre perspektiv, og at det er barnet som er i sentrum og den viktigste personen i situasjonen. Denne form for tenkning skal ifølge Piaget avta når barnet nærmer seg syvårsalderen. Forskning de senere årene har stilt spørsmålsteget ved om egosentrisk tenkning er like sterk gjennom hele denne perioden, og det kommer frem at det finnes forskjellige former for evne til å ta andres perspektiv. Piaget har også blitt kritisert for at påstanden om at den egosentriske tankemåten, varer helt opp til syv år (Bunkholdt, 2000). I den intuitive perioden, som varer fra ca. fireårsalderen til seks-syvårsalderen, begynner barnet å klassifisere og ordne verden på en mer systematisk måte. Ordet intuitiv henger sammen med at barn ikke klarer å forklare hvorfor de systematiserer slik de gjør. De klarer ikke å forklare eller tenke seg de reglene de benytter seg av når de ordner et system. Det er også grunnen til at de ikke alltid klarer å holde fast ved et system over en lengre periode, men de kan fravike det plutselig, uten noen ytre årsak (Bunkholdt, 2000).

2.3 Mestring

Mestring er en måte å håndtere stressende og utfordrende situasjoner på (Tveiten, 2012a). Mestring er avhengig av utvikling, og barn vil derfor ofte benytte andre mestringsstrategier enn hva voksne ville ha gjort. Grønseth & Markestad (2017) angir at tre mye benyttede mestringsstrategier hos barn er avledningsteknikker, kognitive strategier og emosjonell støtte. Førstnevnte går ut på å utnytte barnets naturlige nysgjerrighet og interesse for nye ting, og hjelpe barnet til å konsentrere seg om noe annet prosedyren. Kognitive mestringsstrategier kan være at barnet bruker sin egen fantasi til å se for seg noe annet enn det som er ubehagelig, dette kan også sykepleieren hjelpe barnet med. Emosjonell støtte handler om å ha en hånd å holde i, for eksempel foreldrenes eller en bamse. Som sykepleier er en viktig del av den

emosjonelle støtten å gi rom for at barnet kan gråte, trøste og respektere barnets emosjonelle responser på prosedyrer som er skremmende (Grønseth & Markestad, 2017).

2.4 Kommunikasjon og relasjonsbygging

Kommunikasjon handler om det som formidles mellom to eller flere personer, der formidlingen innebærer meningsfulle tegn (Eide & Eide, 2016). På lik linje som at alle voksne er forskjellige, er også barn det, og det er viktig som sykepleier å se ethvert barn som et unikt individ, og tilpasse sin kommunikasjon deretter. Felles for mange barn er at fokus og oppmerksomheten er skiftende. En måte å støtte barnet som skal gjennomgå en smertefull prosedyre på, er gjennom kommunikasjon. Barn selv ytrer i studien til Fletcher et al. (2011) at de ønsker en sykepleier som er vennlig, snill og omsorgsfull, men som også har evnen til å snakke og lytte til barnet. Ved å vise interesse for barnet, kan man komme inn til det og høre dets bekymringer og tanker. En bør være observant på at for mye engasjement kan føre til at barnet trekker seg unna og lukker seg. Det kan også forekomme dersom barnet har fått nok og ønsker å gjøre noe annet. Sykepleieren bør i slike tilfeller ikke presse på, men vente til det åpnes opp for en samtale ved en senere anledning (Eide & Eide, 2016).

Barnets evne til å fortelle hva det føler, tenker og hvordan han eller hun har det er avhengig av alder og utviklingstrinn. Barn er ikke små voksne, og man må derfor vise hensyn til barns ferdigheter og forståelse. Når sykepleieren respekterer barnets evne til å forstå og tilpasser seg deretter, vil det bidra til å opprettholde et tillitsforhold mellom barnet og sykepleieren. Ved å lytte til barnet, være ærlig og forklare på en måte som er forståelig, er man godt i gang med å skape en tillitrelasjon (Bringager et al., 2014). Språket og ordforrådet til småbarn vil variere. Frem til barnet er ca. 6-7 år, er barnet mer eller mindre konkret i tenkningen og også forholdsvis selvsentrert. Evnen til å oppfatte spøk og ironi er ofte begrenset i denne aldersgruppen. Derfor må man unngå dobbeltkommunikasjon, som barnet kan misforstå. Det som sies må være i samsvar med det som gjøres (Tveiten, 2012b). I en situasjon der det er tydelig at barnet forstår budskapet, kan sykepleier være bestemt og åpen i sin kommunikasjon om hva som skal skje. Om sykepleieren er åpen og rett frem, kan barnet merke at det blir tatt på alvor og det kan oppleve å bli respektert (Tveiten, 2012b).

Når Løgstrup (2012) omtaler relasjoner, kan man se at det høyst handler om tillit mellom mennesker. Han hevder at i ethvert kontaktforhold er den ene utlevert til den andre. Dette gjelder særlig for barn. Barn er utlevert de voksne og deres evne til å lage trygge og

omsorgsfulle omgivelser. Ved en sykehusinnleggelse vil rutiner brytes, kontaktforhold endres og sykepleierne får brått en rolle i barnets livssituasjon. Som sykepleier bør man være bevisst på hvilken rolle man inntar. Trygghet for et barn handler i stor grad om å ha kontroll. Når barnet har kjente personer rundt seg, og de vet hva som skjer, kan de oppleve en form for kontroll. I situasjoner der det er mange ukjente personer, som for eksempel sykepleiere, vil det hjelpe å opptre varmt og omsorgsfullt overfor barnet. Ved å vise at man ser og forstår og det å informere og forklare slik at barnet forstår hva som foregår og hva som skal skje, vil man styrke barnets følelse av kontroll. Karlsson, Rydström, Enskär & Englund (2014) understreker at informasjonen barnet skal få, må være justert med hensyn til barnets alder, evne til delaktighet, erfaring, frykt og evne til å fokusere. Små barn trenger i større grad enn eldre barn korte samtaler, enkle forklaringer og mye fysisk nærhet (Eide & Eide, 2016). De yngste barna uten tidligere erfaring med sykehusinnleggelser, bør få begrenset informasjon, mens barn med erfaring fra sykehus og medfølgende prosedyrer bør få mer detaljert informasjon (Karlsson et al., 2014).

Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon av 7. september 1988 ble utarbeidet for å styrke barns rettigheter når de legges inn på sykehus. I loven fremkommer det at barn hovedsakelig skal tas hånd om av det samme personalet under hele oppholdet (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 1999, §5). Det bidrar til å skape en bedre relasjon mellom sykepleier og barn, som er gunstig for barnets trygghet. Joyce Travelbee retter oppmerksomheten mot de mellommenneskelige aspektene ved sykepleie når en relasjon skal skapes. Et kjennetegn ved et slikt forhold er at både pasienten og sykepleieren ser på og forholder seg til den andre som unike mennesker, og legger fra seg rollene «sykepleieren» og «pasienten». I denne sykepleietenkningen har begrepet empati en sentral plass. Travelbee (2001) mener at det å ha et ønske om å forstå den andres situasjon er en forutsetning for å kunne skape en relasjon med et annet menneske.

2.5 Lek og avledning

Ved skremmende prosedyrer og uvante settinger for barnet, kan det oppleve stress knyttet til situasjonen. Et tiltak for å redusere dette stresset er å tilrettelegge for bearbeiding av de vonde opplevelsene i forbindelse med prosedyren. Et godt hjelpemiddel i den sammenheng, er å bruke lek og tegning. Lek har en viktig betydning for barnets utvikling, og i kommunikasjonen med sykepleier kan lek bidra til trygghet, samt selvbevissthet og kreativitet (da Silva, Gama, Pereira & Camarão, 2018). Leken kan speile de følelsene barnet hadde når prosedyren ble utført og hvilke oppfatninger barnet hadde av situasjonen. I noen tilfeller er

det nødvendig å korrigere enkelte misoppfatninger. Sykepleier bør gjennomføre leken eller tegningen sammen med barnet, og i samarbeid med foreldrene (Tveiten, 2012a).

Det finnes flere teknikker sykepleiere kan benytte for å dempe stresset hos barnet som skal gjennomgå en smertefull prosedyre. Ved å utnytte barnets nysgjerrighet og interesse for ukjente og nye ting, kan det hjelpe med å få barnets tanker over på noe annet enn det som forårsaker engstelse og smerte (Grønseth & Markestad, 2017). Matziou et al. (2013) understøtter påstanden om at stressnivået kan synke ved hjelp av avledning, som i dette tilfellet var et kaleidoskop. Andre ting man kan benytte for å minske smerteopplevelsen og engstelsen rundt en prosedyre er for eksempel kulde eller varme, trykke, blåse eller styrke på det vonde området, magi, film eller andre spill. Teknikkene må tilpasses barnets alder og forståelse for at det skal oppnå best effekt (Grønseth & Markestad, 2017).

Når barnet er i 4-5 års alderen, begynner leken å utvikle seg til rollelek. I en slik lek får barnet muligheten til å late som. Dette krever evner til å se ut over seg selv og det å kunne forestille seg noe som ikke er der. Ofte vil barna spille rollene til dem de ser rundt seg, som for eksempel mor, far, babyen eller på sykehuset vil de kanskje spille sykepleier (Bunkholdt, 2000). I en situasjon der barnet skal gjennom en skremmende prosedyre, kan det å bytte roller gi barnet kontroll over situasjonen. Dette kan utføres ved å la barnet være sykepleier først, og utføre en lignende prosedyre på for eksempel en bamse (Grønseth & Markestad, 2017).

2.6 Familiesentrert sykepleie

Familiesentrert sykepleie handler om å tilrettelegge for at ressursene i familien styrkes, og dermed øker muligheten til at barnet mestrer situasjonen. Sykepleieren støtter familien til å ta vare på det syke barnet og hverandre ved å gi kunnskap, informere og veilede (Grønseth & Markestad, 2017). Når et lite barn er sykt og blir innlagt på sykehus, er som oftest foreldrene med. Foreldrene har en sentral og naturlig plass på barneavdelingen. Barn er i forskjellig grad avhengig av sine foreldre for å dekke sine grunnleggende behov, avhengig av alder og utviklingsnivå (Tveiten, 2012c). Noen foreldre blir eksperter på å identifisere og tilfredsstille barnets behov for omsorg, særlig når barnet har en kronisk sykdom (Ygge, 2007). Ifølge forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, har barnet rett til at en forelder får tilbud om å overnatte på sykehuset, og gjerne på samme rom som barnet, såfremt det er mulig (1999, §6). Familiens tilstedeværelse vil altså være grunnleggende på en barneavdeling. Familien som er hjemme, for eksempel søsken og besteforeldre, er også ofte involvert i situasjonen.

Frem til et barn er 18 år, er det foreldrene som er barnets myndighetsperson, og barnet har dermed begrenset autonomi. Autonomiprinsippet står sterkt i all sykepleie, og det bygger på at menneskeverdet er absolutt og ikke relativt (Molven, 2016). Det kan allikevel oppstå situasjoner der foreldrene tar avgjørelser på barnets vegne, og i verste fall kan det føre til tvang mot barnet. Dette er utfordringer sykepleieren vil stå overfor, særlig når man skal ta hensyn til barnets autonomi og empowerment (Tveiten, 2012c). Empowerment kan defineres som «en prosess der folk oppnår større kontroll over beslutninger og handlinger som berører helse» (Verdens helseorganisasjon, referert i Tveiten, 2012a, s. 48). Sykepleie til barn stiller store krav til kompetanse hos sykepleieren. Kvaliteten på sykepleien er betinget av sykepleierens kompetanse, hvilken måte kompetansen formidles på, av holdninger hos sykepleieren og av hvordan ferdigheter utføres. Sykepleieren bør ha barnet og familien i sentrum, samt se barnet og familien som en helhet og respektere og tilrettelegge for autonomi, medvirkning og empowerment (Tveiten, 2012c). Før en viss alder og utviklingsnivå, vil ikke barnet være i stand til å gi uttrykk for hva som plager det, eller hva barnet er redd for. I slike situasjoner må sykepleieren vurdere barnets uttrykk. Dette kan gjøres ved hjelp av foreldrenes forståelse av barnets uttrykk og reaksjoner, eller hva barnet uttrykker verbalt og non-verbalt. Foreldrene vil i de aller fleste tilfeller kjenne barnet sitt best, og sykepleieren kan dermed få verdifull informasjon fra foreldrene (Tveiten, 2012c).

3 Metode

Metoden sier noe om hvordan vi bør gå frem for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap (Dalland, 2017). I dette kapittelet skal jeg derfor beskrive hvilken metodisk tilnærming jeg har brukt, hvordan jeg har innhentet relevant litteratur og forskning, samt kilde og metodekritikk. Vilhelm Aubert (1985) har følgende definisjon på metode:

En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener formålet, hører med i arsenalet av metoder. (Referert i Dalland, 2017, s. 50)

Dette er en litterær oppgave der jeg anvender eksisterende kunnskap fra faglitteratur og forskning for å belyse min problemstilling (Dalland, 2017). I denne oppgaven har jeg valgt ut fire forskningsartikler som blir presentert i resultatkapittelet og drøftet i drøftingskapittelet. Utover dette har jeg valgt noen flere forskningsartikler som blir nevnt der det er relevant for drøftingen. De fleste forskningsartiklene er kvalitative, og de tar utgangspunkt i forskjellige synsvinkler, som for eksempel barnets, sykepleierens og foreldrenes. Kvalitativ metode har som hensikt å gå i dybden av et tema, og er velegnet for å få frem det som er særegent og spesielt. Fremstillingen tar sikte på å formidle forståelse (Dalland, 2017).

3.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

For å sikre at forskningsartiklene var av vitenskapelig karakter, samt fagfelleurderte, huket jeg av for «Research article» og «Peer Reviewed». Et annet kriterie var at artiklene skulle være skrevet på norsk, svensk, dansk eller engelsk. Jeg avgrenset søket til å kun gjelde artikler som var utgitt i løpet av de siste 10 årene, for å sikre at jeg ikke anvendte utdatert forskning for å bringe klarhet til problemstillingen.

3.2 Beskrivelse av søk

For å komme frem til artiklene jeg har benyttet i denne oppgaven, har jeg søkt systematisk i databaser. Noen av funnene har ledet meg til andre gode artikler, så jeg har derfor også benyttet meg av kjedesøking (Rienecker & Jørgensen, 2013). Jeg startet tidlig med litteratursøk for å forsikre meg om at det fantes nok forskning knyttet til min problemstilling. Jeg startet med å søke etter artikler i Cinahl, da dette er en database jeg ved tidligere anledninger har søkt mye i, og jeg finner den enkel å søke i. Samtidig inneholder den et stort utvalg av internasjonale sykepleiefaglige artikler. Jeg ønsket å finne gode artikler som omhandlet barn og smertefulle prosedyrer. Det var viktig for meg å finne artikler som

representerte forskjellige synspunkt om temaet, blant annet barnas og sykepleiernes syn, samt finne artikler om hvilken påvirkning foreldrene kan ha. Jeg har funnet og anvendt flere gode artikler, men jeg har begrenset meg til å kun presentere fire av de mest relevante artiklene. I løpet av prosjektets gang har jeg funnet litteratur som jeg har funnet relevant og derfor anvendt disse i drøftingen. Derfor kan det forekomme at de artiklene som kommer frem i beskrivelsen av søk, ikke er de som blir mest brukt i drøftingen.

I det første søket mitt gjorde jeg enkeltsøk på ulike Mesh-termer i Cinahl som jeg senere kombinerte. Den første Mesh-terminen var «Pediatric nursing», og denne fikk 19 208 resultater, etterfulgt av «Child, hospitalized», som fikk 3813 resultater og «Focus groups», som fikk 37 320 resultater. Jeg kombinerte disse søkene med funksjonen «AND», altså «Pediatric nursing» AND «Child, hospitalized» AND «Focus groups», og fikk 13 resultater. For at resultatene av forskningsartiklene skulle være overførbare til norsk helsevesen valgte jeg å begrense det geografiske området til Europa. I tillegg avgrenset jeg i henhold til inklusjonskriteriene beskrevet ovenfor. Dette ga meg 1 resultat, som jeg fant relevant for problemstillingen. Se tabell 1.

Tabell 1

Søk	Søkeord	Avgrensing	Antall resultater	Utvalgt artikkel
S1	Pediatric nursing		19 208	
S2	Child, hospitalized		3 813	
S3	Focus groups		37 320	
S4	S1 AND S2 AND S3	Geografisk område: Europa Publisert: 2009-2019 Fulltekst Peer Reviewed	1	Building the future: children's views on nurses and hospital care

Søk nummer to tok også utgangspunkt i Mesh-termer, da dette emneordsregisteret gjør det enklere å indeksere og gjenfinne artikler. I dette søket kombinerte jeg søkeordene «Patient education», «Venipuncture» og «Child, preschool» i databasen Cinahl. Sistnevnte ord valgte jeg å spesifisere ytterligere fra det forrige søket, ved å sette alderen til barna som et krav. Ved å kombinere disse tre Mesh-termene med AND, fikk jeg 9 resultater. Denne avgrenset jeg også i henhold til inklusjonskriteriene, i tillegg til å la det geografiske området gjelde Europa. Til slutt avgrenset jeg søket til målgruppen min, som er barn i alderen 2-5 år. Etter disse avgrensingene var det 1 artikkel igjen, og jeg vurderte den til å være relevant. Se tabell 2.

Tabell 2

Søk	Søkeord	Avgrensing	Antall resultater	Utvalgt artikkel
S1	Patient education		68 658	
S2	Venipuncture		2 279	
S3	Child, preschool		178 786	
S4	S1 AND S2 AND S3	Geografisk område: Europa Publisert: 2009-2019 Aldersgruppe: Førskolebarn, 2-5 år Fulltekst Peer Reviewed	1	Providing information to children before and during venipuncture

I tredje søk tok jeg samme utgangspunkt som jeg gjorde i de foregående søkene, og benyttet meg av Mesh-termer i databasen Cinahl. I første omgang søkte jeg på henholdsvis «Child», som fikk 178 786 resultater og «Child, hospitalized» som ga 3813 treff. Det viktigste var at artikkelen inneholdt en av disse Mesh-termene, og derfor kombinerte jeg disse med OR. Siden søkte jeg opp «Parents», «Pain» og «Distraction». Resultatene kan leses i tabell 3.2.3. De tre sistnevnte Mesh-termene kombinerte jeg med resultatet fra «Child» OR «Child, hospitalized». Dette ble begrenset på lik linje som de forrige søkene, inkludert at språket skulle være engelsk. Av de 6 resultatene jeg da hadde, valgte jeg en relevant artikkel. Se tabell 3.

Tabell 3

Søk	Søkeord	Avgrensing	Antall resultater	Utvalgt artikkel
S1	Child		178 786	
S2	Child, hospitalized		3813	
S3	Parents		78 420	
S4	Pain		175 820	
S5	Distraction		1 394	
S6	S1 OR S2		181 117	
S7	S3 AND S4 AND S5 AND S6	Geografisk område: Europa Publisert: 2009-2019 Språk: Engelsk Fulltekst Peer Reviewed	6	Parental presence and distraction during painful childhood procedures

Den siste artikkelen søkte jeg opp i Cinahl. Jeg søkte opp følgende Mesh-termer og kombinerte de med AND: «Nurse attitudes», «Pediatric nursing» og «Nurse-Patient relations». Dette søket ga 39 resultater. Jeg valgte å avgrense søket til å kun gjelde artikler

som var Peer reviewed og publisert i løpet av de siste ti årene. Jeg stod da igjen med 38 artikler. Blant disse var det en som fanget oppmerksomheten min, men denne fantes ikke i fulltekst på Cinahl. Jeg kopierte derfor overskriften og søkte den opp i Google Scholar. Her fikk jeg tilgang til artikkelen i fulltekst. Se tabell 4 for søket i Cinahl.

Tabell 4

Søk	Søkeord	Avgrensing	Antall resultater	Utvalgt artikkel
S1	Nurse attitudes		14 471	
S2	Pediatric nursing		7 820	
S3	Nurse-patient relations		23 910	
S4	S1 AND S2 AND S3	Publisert: 2009-2019 Peer reviewed	38	Nurses' perspectives on supporting children during needle-related medical procedures.

3.3 Kildekritikk og etisk vurdering

Kildekritikk er en arbeidsmåte man benytter for å fastslå om en kilde er sann og troverdig.

Det betyr at kilder som blir benyttet i oppgaven skal bedømmes og betegnes (Dalland, 2017).

Når jeg har lett etter kilder, har jeg i hovedsak etterstrebet å finne primærkildene, for å unngå å ta i bruk litteratur som kan ha blitt tolket feil av andre forfattere. I enkelte tilfeller har jeg brukt sekundærkilder, da dette har gitt meg en god helhetsforståelse for primærkildene.

IMRAD-strukturen har bidratt til å få kjennskap til hvilke artikler som er forskningsartikler.

I mine søk har jeg funnet mange forskningsartikler om barn, men det har vært vanskeligere å finne artikler om barn som gjennomgår en smertefull prosedyre. Flere av artiklene jeg har valgt, handler ikke direkte om barn som gjennomgår smertefulle prosedyrer. De handler derimot om hvordan barn betrakter et sykehusopphold, og hvordan foreldres tilstedeværelse kan påvirke sykehusoppholdet. Jeg har valgt å ta med disse artiklene, da de kan belyse problemstillingen fra forskjellige synsvinkler. Artikkelen «Parental presence and distraction during painful childhood procedures» som er presentert i søket ovenfor, handler om barn som er litt eldre enn aldersgruppen jeg skriver om, men jeg har vurdert enkelte momenter i studiet som overførbare og relevante til å belyse problemstillingen. Tre av artiklene baserer seg på studier gjort i land med vestlig kultur, Sverige og Storbritannia, som jeg anser som overførbare til Norge. En artikkel er fra Hellas, men jeg har allikevel valgt å ta den med, da

den baserer seg på barnas egne meninger om hvordan de ønsker at en sykepleier skal være. Jeg tenker at barn er barn, og de vil ha ganske like ønsker i den gjeldende aldersgruppen, uavhengig av hvilket land de kommer fra i Europa.

Artiklene jeg har valgt å benytte er engelskspråklige. Det tas derfor høyde for at mine tolkninger og oversettelser fra artiklene kan være mistolket (Dalland, 2017). Jeg har også benyttet informasjon jeg har fått fra [redacted] til å belyse problemstillingen. Utviklingsteorien til Piaget har jeg benyttet, da jeg mener denne teorien er beskrivende for min problemstilling. Vel vitende om at denne teorien er gammel og at det er rettet en del kritikk mot denne teorien i nyere tid. Jeg har valgt å ikke fokusere på kritikken mot teorien til Piaget i oppgaven min. Jeg benytter i enkelte tilfeller artikler som ikke har oppfylt alle inklusjons- og eksklusjonskriterier, da jeg allikevel anser artiklene til å være særs relevant min problemstilling.

Etikken rundt studiene står sterkt, når forskningen dreier seg om mennesker, og særlig i denne sammenheng der menneskene er små barn i en sårbar situasjon på sykehuset (Dalland, 2017). Det finnes flere regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) i Norge og disse er faglig uavhengige av statlige organer. Den forskningen som omhandler mennesker eller menneskelige helseopplysninger i Norge, skal godkjennes av en etisk komité (Dalland, 2017). Artiklene jeg har valgt har oppgitt å ikke ha noen interessekonflikter, alle har fått samtykke fra pasientene som er med i studien, og pasientene har hatt muligheten til å trekke seg underveis i studien. 3 av hovedartiklene oppga at de var godkjent av en etisk komité.

4 Presentasjon av forskningsresultater

Nr.	Forfatter	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode	Funn
1	Fletcher, T., Glasper, A., Prudhoe, G., Battrick, C., Coles, L., Weaver, K. & Ireland, L. (2011)	Building the future: children's views on nurses and hospital care	British Journal of Nursing	Finne ut hvilket syn barn og unge har med tanke på hvilke ferdigheter, kunnskaper og holdninger fremtidens sykepleiere vil trenge	Kvalitativ metode: Tegne og skrive/fortelle teknikk, der hovedresultatene var beskrivelse og analyse av de egenskaper som barn mener sykepleiere av fremtiden bør ha	Barna ønsker sykepleiere som er dyktig i både verbal og non-verbal kommunikasjon, samt ha grunnleggende kliniske ferdigheter.
2	Matziou, V., Chrysostomou, A. & Perdikaris, E. V. P. (2013)	Parental presence and distraction during painful childhood procedures	British Journal of Nursing	Undersøke effekten av foreldres tilstedeværelse og avledning av oppmerksomheten ved hjelp av en leke hos barn som gjennomgår en smertefull prosedyre	En randomisert studie med to eksperimentelle grupper og en kontrollgruppe	Barn som hadde foreldrene nære seg under en smertefull prosedyre viste en reduksjon i respirasjon, blodtrykk og puls sammenlignet med barna der foreldrene ikke var tilstede. De følte også mindre smerte og var mindre stresset.
3	Hughes, T. (2012)	Providing information to children before and during venepuncture	Nursing Children and Young People	Utforske nature, prosessen og konsekvensene av å gi informasjon til barn i alderen 3-11 år før og underveis en venepunksjon	Kvalitativ metode: en ikke-deltagende, observasjonsstudie av 11 barn og 4 helsearbeidere o	De yngre barna fikk bare informasjon om bedøvelseskremen, men ikke om venepunksjonen. Selv om de ikke fremstod stresset når kremen ble påført, ga de uttrykk for et høyere stressnivå når de ble tatt blodprøve av.
4	Karlsson, K., Rydström, I., Enkär, K. & Englund, A.-C. D. (2014)	Nurses' perspectives on supporting children during needle-related medical procedures	International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being	Beskrive de opplevde erfaringene av å støtte barn som gjennomgår NRMP (needle-related medical procedures), fra sykepleiernes perspektiv.	Kvalitativ metode: 14 sykepleiere ble intervjuet, der 6 av disse deltok ved to anledninger, og dette resultaterte i 20 intervjuer.	Sykepleiere bør møte barna der de er og i deres verden, og etterstrebe å nå barnets horisont for forståelse. Det bør etableres en relasjon gjennom samtale, sykepleieren skal være pasientens advokat, tilpasse sin tid og opprettholde troen på at det skal gå bra.

5 Drøfting

I dette kapittelet skal jeg drøfte hvordan sykepleier kan opprettholde barnets behov for omsorg og trygghet, når det skal gjennom en smertefull prosedyre. Problemstillingen i oppgaven belyses ved å knytte teori og funn fra forskning sammen. Først drøfter hvordan sykepleieren bør gå frem i første møte med barnet, og hvordan han eller hun kan skape et best mulig førsteinntrykk. Videre drøfter jeg hvordan sykepleieren kan fremme barnets kognitive kontroll, herunder forutsigbarhet, relasjonsbygging og informasjon. Til slutt tar jeg for meg hvilke ressurser eller hjelpemidler en sykepleier kan ta i bruk for å tilnærme seg barnet på en best mulig måte.

5.1 Skape et godt førsteinntrykk

«Ethvert møte mellom mennesker er en enestående hendelse i seg selv. Enestående i den betydning at akkurat dette møtet, mellom akkurat disse to menneskene, aldri har skjedd før og aldri kommer til å skje igjen» (Hummelvoll, 2012, s. 422). Man kan ut fra dette forstå at man i det første møtet mellom sykepleier, barnet og foreldrene har en unik mulighet til å skape en god relasjon mellom partene. Sykepleierens blikk, ord og bevegelse er vanligvis inntrykk som sitter igjen hos barn fra det første møtet. Ved et første møte, vil sykepleieren observere, bygge opp antakelser og gjøre seg opp meninger om barnet, og det samme vil skje andre vei. Når en med utgangspunkt i dette trekker slutninger, vil bestemte følelser oppstå (Travelbee, 2001). På bakgrunn av dette mener jeg det er viktig at sykepleieren er bevisst på sin fremtreden, slik at det første møtet kan legge et grunnlag for et betydningsfullt tillitsforhold. En av de fundamentale ferdighetene barn mener en sykepleier bør ha er evnen til å smile. Dette sammen med vennlighet, snillhet, hjelpsomhet og omsorgsfullhet er viktige faktorer sett fra barns øyne (Fletcher et al., 2011). I følge Travelbee (2001) vil et godt førsteinntrykk finne sted når vedkommende oppfyller alle våre behov for anerkjennelse som et unikt mennesket.

Når barn opplever å bli syke, oppstår det ofte situasjoner der viktige personer, som venner og personalet i barnehage, blir temporært borte. For noen barn kan dette oppleves som vanskelig. I tillegg kan smerter og uklarhet om tiden fremover spille en rolle. I motsetning til de voksne, har barn mindre livserfaring og kunnskap, og det er essensielt å skape trygghet i sykdomssituasjonen. I stor grad vil det å ha kontroll føre til en trygghet for barnet. Barn vil oppleve kontroll der det er trygge og forutsigbare omgivelser, med kjente personer (Grønseth & Markestad, 2017). Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (1999) legger til rette for at dette skal innfris. Under et sykehusopphold skal barn i all hovedsak tas hånd om av det samme personalet, slik at det blir færrest mulig nye ansikter for barnet å forholde seg til

(Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 1999, §5). På denne måten legger også lovverket til rette for at tillitsforhold kan etableres. Derimot kan dette vanskeligjøres med tanke på sykepleierens tidspress. Jeg har selv opplevd i praksis å ikke rekke alle arbeidsoppgavene mine i løpet av en vakt, og dette er noe jeg ser hos andre sykepleiere også. Når tiden ikke strekker til, er det noe som må prioriteres bort. Ofte har jeg erfart at kommunikasjon og nærvær blir nedprioritert, og som resultat får man da en dårligere relasjon til pasienten.

Det å bli innlagt på et sykehus som barn, kan oppleves som traumatisk. Det som er kjent og normalt, er en viktig kilde til trygghet hos barnet. Private klær, kosebamser og leker bør man så langt det lar seg gjøre la være en del av sykehushverdagen, samt opprettholde normale rutiner når det kommer til måltider og leggetider. Det vil etablere en felles grunn mellom hjemmet og sykehuset (Grønseth & Markestad, 2017). Dersom barnet føler en viss tilhørighet og nærhet med faste rammer og rutiner, kan det bidra til at barnets tillit til sykepleieren styrkes og smerteopplevelsen kan reduseres i samsvar med tilliten (Tveiten, 2012a). Med et sykehusopphold følger det i de fleste tilfeller prosedyrer som for barnet oppleves som skremmende og det kan være en kilde til stress. Det å skape et godt førsteinntrykk, kan bidra til å skape en god relasjon som igjen vil gi barnet en trygghet når prosedyrene skal gjennomføres (Bringager et al., 2014). I verste fall kan stress over tid hos barn føre til negative reaksjoner etter sykehusinnleggelsen (Grønseth & Markestad, 2017).

5.2 Fremme barnets kognitive kontroll

Det er flere ting sykepleieren kan gjøre for at barnet skal oppleve kognitiv kontroll. Målet med kognitiv kontroll er at barnet skal oppleve forutsigbarhet, og på den måten oppleve mindre stress og ubehag knyttet til en prosedyre. Kommunikasjon, forberedelser, relasjonsbygging og informasjon er også viktige aspekter for at barnet skal oppnå kognitiv kontroll i en slik situasjon (Søbjerg, 2013).

5.2.1 Mestring

Mestring kan forstås i sammenheng med det salutogene perspektivet til Antonosky, ved å ikke se på helse som det motsatte av sykdom, men som en ubrutt linje mellom alvorlig syk og fullstendig frisk. Det salutogene perspektivet vil forsøke å forsterke faktorer som tar en så nære den friske delen som mulig. Det sentrale i denne måten å forstå mestring på er forståelse for situasjonen, troen på bedre muligheter og meningen i å finne løsninger. Dette gjelder i like stor grad for barn som for voksne (Tveiten, 2012a). Barn bruker deres kompetanse og evne til

å mestre og engasjere seg i prosedyren de skal gjennom. Menneskene rundt barnet kan påvirke barnets engasjement (Söderbäck, 2012). Blant annet har man som sykepleier en veiledende funksjon, og med denne kan man hjelpe barnet til å tro at det kan mestre. Selv om det ikke er mulig å pålegge et barn en mestringsstrategi, kan sykepleieren hjelpe barnet med teknikker som gjør det lettere for barnet å mestre stresset og smerten rundt en prosedyre (Grønseth & Markestad, 2017). Sykepleieren kan for eksempel ta med barnet på en fantasireise, der sykepleieren forteller historier som barnet kan få muligheten til å leve seg inn i. Karlsson et al. (2014) vektlegger at personen som holder samtalen eller forteller historien til barnet, burde være av barnets eget ønske. På den måten kan en person barnet har tillit til, være den som tar oppmerksomheten til barnet bort fra det smertefulle og skremmende. Når barnet får medvirke i slike små avgjørelser, kan det oppleve empowerment og en større mestringsfølelse (Tveiten, 2012a).

Et barn som gjennomgår behandling skal oppleve å være en del av og bli inkludert i behandlingen. På den måten kan barnet oppnå mestring gjennom sine egne handlinger. Similä & Innstrand (2015) hevder i sin artikkel at det er viktig å fremme barnets bevissthet rundt eget potensiale og evnen til å kunne nyttiggjøre seg av sitt potensiale. I den forbindelse er det sannsynlig å tenke at barn som får lov til å bli kjent med utstyret som skal brukes i behandlingen, ved å se på, ta på og leke med det, vil ha en større mestringsfølelse og det kan være et viktig supplement til annen informasjon som gis til barnet (Tveiten, 2012a). Salmela, Slanterä, Ruotsalainen & Aronen (2010) viser til hvilken viktig rolle sykepleieren har når det kommer til mestringsstrategier hos barn i forbindelse med en prosedyre. Barna som var med i studien, rapporterte at etter den viktigste mestringsstrategien, som var familiemedlemmers tilstedeværelse, kommer sykepleierens hjelp og støtte. Sykepleiere selv mener at det å støtte barnet er karakterisert av et ønske om å møte barnet i hans eller hennes egen verden, på bakgrunn av barnets utvikling, interesser og alder (Karlsson et al., 2014).

Mestringsfølelsen styrkes ved å la barnet få utføre oppgaver som de mestrer og har kontroll over (Søbjerg, 2013). Interesser og erfaringer er forskjellige hos barn, som hos voksne, og det er derfor essensielt å finne hvilken metode som er mest effektiv til hvert enkelt barn (Salmela et al., 2010). Barn i alderen 3-7 år liker som regel praktiske ting som spill, lek, lære seg å lese eller skrive og fysiske aktiviteter. Slike aktiviteter kan bidra til at barnet får en følelse av å være kompetent, og kan gi en mestringsfølelse, samt dempe stress (Søbjerg, 2013). På den andre siden hender det at barnet ikke vil samarbeide om en prosedyre, i frykt av og

forventning om at prosedyren skal være ubehagelig eller smertefullt. Derfor hender det at barn holdes fast mot sin vilje, under prosedyren. Det å bli holdt fast, kan ses på som det motsatte av medvirkning og anerkjennelse og mestringsfølelsen til barnet kan svekkes. Situasjonen skaper ofte vonde følelser både hos barnet og hos foreldrene (Tveiten, 2012a; Grønseth & Markestad, 2017).

5.2.2 Forutsigbarhet

Det å skape forutsigbarhet overfor barnet, vil gi barnet en følelse av trygghet og kontroll (Tveiten, 2012a). Dette kan gjøres ved å bruke god tid på å forberede barnet og foreldrene på en smertefull prosedyre. Studiet til Hughes (2012) påstår at dette er en forutsetning for å redusere stress og engstelse knyttet til prosedyren. På bakgrunn av dette mener jeg at en stor del av forberedelsene bør handle om å formidle informasjon om hva som skal skje og til hvilken tid. I følge Grønseth & Markestad (2017) må informasjonen være tilpasset barnets utviklingsnivå, frykt, fantasier og mestringsressurser. Barna som deltok i studien til Fletcher et al. (2011) ønsket at sykepleieren har evnen til å snakke, aktivt lytte til barnet og gi beroligende forklaringer før enhver prosedyre. Foreldrene er i mange tilfeller nye i situasjonen og trenger også informasjon og veiledning for at de skal mestre å støtte barnet som skal gjennom en smertefull prosedyre (Tveiten, 2012a). I følge Bringager et al. (2014) vil barnet og mor eller far speile hverandre og sine følelser helt fra barnet er svært lite. Derfor er det viktig at foreldrene også opplever trygghet, for å kunne overføre denne til sitt barn. En annen grunn til at foreldrene skal føle trygghet, er at høyt stressnivå hos foreldrene kan gjøre omsorgsevnen deres dårligere (Tveiten, 2012a). Trygghet kan komme av forskjellige årsaker, men forutsigbarhet viser seg å være en viktig faktor (Stubberud, 2015).

I tillegg til å gi muntlig og skriftlig informasjon, bør barnet få muligheten til å danne seg et bilde av hva som skal skje. Barnet kan få se og leke med det utstyret som skal brukes, så sant det er forsvarlig (Grønseth & Markestad, 2017). Andre forberedelser kan være å bruke en bedøvelseskrem kalt EMLA-krem. Den kremen kan i utgangspunktet fjerne all smerte for barnet, slik at de ikke vil kjenne noen smerter i forbindelse med en venepunksjon. Jeg tenker at barnets tillitt til sykepleieren kan styrkes ved å la barnet for eksempel stikke en blyant inn i huden der kremen har blitt påsmurt, for å kjenne etter om det har følelse i området, før prosedyren utføres. Til tross for at barnet ikke vil kjenne noe smerte under en prosedyre som følge av EMLA-krem, kan de allikevel være angstpreget og stresset på grunn av en forventning om smerte (Caprilli, Vagnoli, Bastiani & Messeri, 2012).

5.2.3 Relasjonsbygging

Det å skulle skape et tillitsforhold med barnet, er både tidkrevende og utfordrende. Små barn er i utgangspunktet skeptiske til mennesker de ikke kjenner (Grønseth & Markestad, 2017). For at barnet skal føle seg møtt av sykepleieren, må man vise engasjement overfor og interesse for barnet, samt utøve faglig kompetanse (Stubberud, 2015). Sykepleieren står i en maktposisjon som følge av sin erfaring og kunnskap, og denne kan overføres til barnet, såkalt maktomfordeling (Tveiten, 2016). Maktomfordelingen vil være avgjørende for relasjonsbygging med barnet (Hughes, 2012). Når makten blir overført fra sykepleier til barnet, er det naturlig å tenke at dette kan bidra til å minske avstanden og hierarkiet mellom sykepleier og barnet. Imidlertid kan maktomfordeling føre til utfordringer for sykepleieren. Et eksempel på tilfeller der det kan skje, er om man gir barnet makten til å ta avgjørelsen om hvilken arm han/hun ønsker å få venekateter i, og den valgte armen har blodårer som er vanskelig tilgjengelig. Som sykepleier må man i slike situasjoner være bevisst på hvilke valgmuligheter man gir barnet, og åpne for at disse kan etterprøves (Stubberud, 2015).

Når sykepleieren er morsom, tullete og sprer glede og positivitet, vil det bidra til å skape et tillitsforhold til barnet (Grønseth & Markestad, 2017). En sykepleier som smiler er i en sterk posisjon til å støtte barnet og dets familie gjennom en sykehusprosedyre (Fletcher et al., 2011). På den andre siden vil det svekke tillitsforholdet dersom sykepleieren høres sint ut, er høyroestet, oppleves sjefete eller er travel (Grønseth & Markestad, 2017). For sykepleiere er arbeidshverdagen ofte uforutsigbar, og det krever at man balanserer gjennom en uforutsigbar situasjon. En faktor i denne uforutsigbarheten er tidsaspektet, og denne kan enten bistå eller hindre gjennomføringen av prosedyrer (Karlsson et al., 2014). Jeg mener at sykepleieren på bakgrunn av dette, må sørge for å implementere gode arbeidsrutiner, som fører til færrest mulig avbrytelser og hinder når prosedyrer skal gjennomføres og relasjoner skal bygges. Dette kan gjøres ved hjelp av erfaring og kunnskap om sykepleie til barn (Grønseth & Markestad, 2017). Som sykepleier bør man forsøke å møte barnet i dets verden og prøve å nå barnets nivå for forståelse. En bør ha en åpenhet til barnets perspektiv. Barnet vil opparbeide seg mange minner fra en tid på sykehuset, og barnet husker ofte disse i lang tid fremover. Sykepleieren bør derfor gå aktivt inn for å gjøre disse minnene positive (Karlsson et al., 2014).

Ved hjelp av ulike virkemidler skal sykepleieren jobbe for å opparbeide barnets tillit. I Travelbees (2001) tenkning er mellommenneskelige forhold nøkkelen for å ivareta barnet på

en best mulig måte. Empati og sympati er termer som setter sitt preg på denne sykepleieteorien. Empati handler i stor grad om å være sammen med en annen person om noe, men samtidig være to forskjellige personer (Travelbee, 2001). Barnet bør føle at sykepleieren er på dets lag, og kjemper samme sak som barnet. Barnet skal ikke ha en følelse av å stå alene i sin uvante situasjon, men ha støttespillere rundt seg, deriblant sykepleieren (Grønseth & Markestad, 2017). Sykepleierens etiske retningslinjer (2011) støtter Travelbee, da denne sier noe om at grunnlaget i å utøve god sykepleie, dreier seg om å ha respekt for en enkelte og inneha holdninger som barmhjertighet og omsorg (Yrkesetiske retningslinjer, 2011). Jeg mener at dette er holdninger som er viktige når sykepleieren skal tilnærme seg barnet og møte dets behov. Sykepleierrollen er viktig i møte med det syke barnet, da det er denne personen som skal følge barnet gjennom hele sykehusoppholdet. Sykepleieren kan være både tillitsfull og empatisk, men han/hun vil samtidig utføre skremmende prosedyrer som kan svekke barnets tillit (Grønseth & Markestad, 2017). Det finnes flere råd om hvordan man kan unngå å bryte en allerede opparbeidet relasjon til barnet, ved å utføre slike smertefulle eller skremmende prosedyrer på barnet. På barnemedisinsk poliklinikk har de fast personell, ofte anestesisykepleiere, som er trent opp til å legge venekateter, og til å ta blodprøver på barn. Disse blir tilkalt når slike innsettende prosedyrer skal gjennomføres, og primærsykepleieren unngår å miste barnets tillit, ved å ikke være den som utsetter barnet for smerter.

5.2.4 Barnets informasjonsbehov

Som teorien viser, er kommunikasjon et viktig aspekt for å skape trygghet for barnet. For at en god dialog skal finne sted, må en av partene ta initiativ. For meg er det åpenbart, at sykepleieren, med sin kunnskap og erfaringer, er den som bør ta initiativ til kommunikasjon med barnet. Informasjonsbehovet til barnet må dekkes, og det er vesentlig å tilpasse kommunikasjonen til hvert enkelt barn og dets utviklingsnivå, samt akseptere når nok er nok og barnet har et ønske om å gjøre noe annet (Eide & Eide, 2016; Bringager et al., 2014). Når det er sagt, er det elementært å la barnet være en aktiv del av informasjonsgivingen. Dette kan gjøres ved å la barnet selv fortelle hva det vet om prosedyren i forkant, evt. spørre om barnet har noen erfaringer fra en lignende prosedyre. Hughes (2012) legger frem at det å undersøke barnets førforståelse i forkant av prosedyren er en viktig del av forberedelsene og kan gi barnet en forståelse og innsikt i at hans eller hennes tanker er viktige. Selv om et barn i den aktuelle aldersgruppen har begrenset med autonomi, står empowerment sterkt, og barnet har rett til å bli anerkjent og medvirke (Tveiten, 2012a).

Hughes (2012) forklarer hvordan man ved å gi barn mer detaljer om venepunksjon kan gjøre prosedyren mindre stressende. Dette understøttes av Lambert, Glacken & McCarron (2012), som beskriver barnas ønske om å få adekvat, spesifikk og detaljert informasjon om hva som skal skje. I tilfellene der barna følte de ble inadekvat informert, resulterte det i at barna følte seg uforberedt og bekymret om hva som skulle skje. For å unngå det, bør sykepleieren forklare steg for steg hva som skal skje, og videre informere barnet underveis i prosedyren. Det som fortelles til barnet bør være av realistisk karakter. Fortellinger om katter og hunder som må gjennomføre en prosedyre på sykehuset, er mindre holdbart enn historier om andre barn som gjennomgår det samme (Grønseth & Markestad, 2017). Sykepleieren bør også sørge for at informasjonen som gis er sann, slik at ikke barnet mister tilliten til sykepleieren basert på usann informasjon. Informasjon om hva som skjer i forkant av prosedyren til barnet er betydelig, men informasjon underveis i prosedyren er vel så viktig (Hughes, 2012). Enkelte barn må gjennom mange prosedyrer i løpet av et sykehusopphold, og det kan være lett å tenke at barnet ikke trenger nøye forberedelser hver eneste gang, da det har gjennomgått en tilsvarende situasjon flere ganger tidligere. På bakgrunn av den intuitive fasen Piaget mener at barnet mellom fire og sju år befinner seg i, bør dette revurderes (Bunkholt, 2000). Barnet opparbeider seg regler som det ikke klarer å forklare, og på kort tid kan barnet bryte ut av det mønsteret de har laget for seg. Som sykepleier bør man være bevisst på dette, og ikke ta lett på forberedelsene selv om barnet tilsynelatende er forberedt godt.

Et mål med kommunikasjon er at budskapet blir forstått (Eide & Eide, 2016).

Kommunikasjon med barn er annerledes enn kommunikasjon med voksne. Som hovedregel bør barnet få være hovedpersonen i samtalen, når sykepleieren snakker med barnet.

Sykepleieren bør anerkjenne følelsene, handlingene og tankene til barnet i forkant av en prosedyre. Det er like viktig å møte barnet på det emosjonelle planet, som på det kognitive (Grønseth & Markestad, 2017). Samtaleteknikker kan bidra til å gjøre samtalen med barnet lettere. Bumpers, Dearmon & Dycus (2019) legger frem noen samtaleteknikker som har vist seg å være gunstig for kommunikasjonen med barnet. Blant annet viser de til at sykepleiere som gir rapport til hverandre bør gjøre dette inne på rommet til barnet sammen med det. Dette vil gi en større åpenhet i behandlingen, barnet blir mer delaktig og får ta en større del av behandlingen. Det vil også gjøre sykepleieren mer oppmerksom på hvordan vedkommende snakker om barnet. Barnet får i den situasjonen mulighet til å stille spørsmål om behandlingen. De har ofte mange tanker om hva som skal skje, og i mange tilfeller engster de seg. Spørsmålene til barnet bør tas på alvor og få konkrete og enkle svar. I et tilfelle der

sykepleieren bortforklarer eller bagatelliserer følelsene til barnet, kan barnet få en inntrykk av at deres måte å takle situasjonen på ikke er riktig, og dette kan raskt sette en stopper for kommunikasjon i fremtiden (Grønseth & Markestad, 2017).

5.3 Ressurser

Det finnes mange ressurser man som sykepleier kan og bør benytte, når man skal tilnærme seg barnet. Dette kan bidra til et bedre samarbeid med barnet, om å gjennomføre en smertefull prosedyre. I tillegg kan situasjonen oppleves mindre skremmende og smertefull, ved hjelp av enkle grep. På mange sykehus, benyttes avledning og foreldrene aktivt i behandlingen av barn.

5.3.1 Foreldre som en ressurs eller belastning?

I følge forskning gjort på 80-tallet, kommer det frem at barna responderer dårligere på injeksjoner når moren er tilstede, sammenlignet med når hun var fraværende (Shaw & Routh, referert i Matziou et al., 2013). Nyere forskning taler imidlertid for at det å ha foreldrene hos seg når barnet gjennomgår en smertefull prosedyre, har en rekke positive virkninger for barnet. En faktor som taler for dette, er at de viser blant annet til en reduksjon i både respirasjonen, blodtrykk og puls hos barnet, sammenlignet med en kontrollgruppe som ikke hadde foreldrene tilstede under prosedyren (Matziou et al., 2013). Karlsson et al. (2014) og Sjøbjerg (2013) understøtter at foreldrenes tilstedeværelse vil ha positive effekter for barnet. I tillegg rapporterte barna selv i studien til Salmela et al. (2010) at det å ha foreldrene nære var en mestringsstrategi. På barnemedisinsk poliklinikk på Rikshospitalet er foreldrene en stor del av behandlingen til barna. Under smertefulle prosedyrer er det vanlig rutine at foreldrene får være delaktige, ved å være den trøstende og støttende parten i situasjonen. Jeg mener på bakgrunn av forskningen som er gjort på barn og foreldre, at sykepleieren skal legge til rette for at foreldrene kan være en delaktig part i prosedyregjennomføringen. Jeg synes også at sykepleiere på en barneavdelingen bør få opplæring i hvordan de skal møte barn med foreldre som en helhet, for å kunne gi begge parter en verdifull trygghet og involvering. I liten grad er det ønskelig at foreldre skal delta i fastholding dersom det blir nødvendig. I en fastholdingssituasjon er det foreldrene som må samtykke til fastholdingen (Grønseth & Markestad, 2017).

Det er imidlertid splid mellom sykepleierne hvorvidt de håndterer rollen som sykepleier overfor foreldrene, når barnet er innlagt på sykehuset. Ygge (2007) viser til at yngre og mindre erfarne sykepleiere har vanskeligere for å skille rollen som sykepleier og som en venn.

De er som regel i samme aldersgruppe som foreldrene og det er lett for sykepleierne å relatere seg til foreldrenes situasjon. Mer erfarne og eldre sykepleiere vet gjennom erfaring og kompetanse at foreldre til et barn som er innlagt på sykehuset, ikke trenger en venn på sykehuset. De trenger derimot profesjonelle sykepleiere som kan gjennomføre sykepleieintervensjoner, samtidig som de opprettholder en varm og empatisk relasjon til foreldrene (Ygge, 2007). Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (1999, §6) pålegger sykehuspersonalet å avklare med foreldrene hvilken rolle de skal ha under sykehusoppholdet og hvilke oppgaver de ønsker og har mulighet til å utføre hos barnet. Karlsson et al (2014) ytrer at foreldrenes deltakelse må være styrt med en bevissthet om barnets behov og foreldrenes evne til å gi barnet trygghet.

Det er viktig at foreldrene ikke overtar oppgaver som er sykehuspersonalets ansvar. Underbemanning og tidsklemmer på avdelingen skal ikke gå ut over foreldrene slik at de får flere oppgaver enn de kan håndtere. De kliniske observasjonene, den medisinske behandlingen og tiltak som settes til verk, er sykepleierens oppgaver (Tveiten, 2012a). Likevel kan foreldrene i noen grad bidra i enkelte prosedyrer der det er forsvarlig og foreldrene er trygge i situasjonen. Sykepleieren burde anerkjenne foreldrene som en viktig ressurs, slik at de kan få selvtillit i foreldrerollen. Slike holdninger hos sykepleieren kan gjøre at foreldre som er usikre, blir mer delaktige i pleien (Grønseth & Markestad, 2017). Det har vist seg å være nyttig å gi foreldre opplæring i avledningsteknikker (Murphy, 2009). Foreldrenes instinktive måte å hjelpe barnet på, er ikke i alle tilfeller det som hjelper barnet mest. På bakgrunn av at sykepleieren har en funksjon i å gjøre foreldrene trygge i sin rolle, tror jeg at dersom foreldrene får en god opplæring i hvordan de kan hjelpe sitt barn ved hjelp av avledning, kan foreldrene oppleve å være mer nyttige og få en bedre selvtillit i sin rolle.

5.3.2 Lek og avledning

Lek er en av de mest meningsfulle aspektene i et barns liv, og regnes å være like viktig som andre primærbehov som mat, søvn og hygiene (Pontes, Tabet, Folkmann, Cunha & Almeida, 2015). Grønseth & Markestad (2017) hevder at det ikke er mulig å skille barn og lek. Leken er barnets måte å se verden på, og viktigheten av leken for et barn kan sammenlignes med hva samtalen er for voksne. Med bakgrunn i denne kunnskapen, mener jeg at sykehusomgivelsene burde være tilrettelagt for at barn kan leke. Til tross for at hverdagen snus på hodet og rutiner og kjente rammer opphører i forbindelse med en sykehusinnleggelse, bør ikke alt som er viktig for barnet kuttes ut i det tidsrommet. Desto viktigere er det å beholde de få viktige

tingene i livet til barnet, når mye annet er et stort kaos for dem. I den sammenheng burde sykepleiere være så trygge i sin rolle at de kan leke med barnet som er innlagt på sykehus, og at sykepleieren kan bruke lek aktivt i behandlingen av barn. Det kan bidra til å skape et tillitsforhold, samt gjøre prosedyrer lettere å håndtere og mindre stressende for barnet (da Silva et al., 2018; Grønseth & Markestad, 2017).

Det viser seg ifølge Fletcher et al. (2011) at barna selv ønsker seg sykepleiere som er dyktige til å gi omsorg og som kan distrahere under kliniske prosedyrer. Studien understreker at programplanleggere som inkluderer undervisning av lek og distraksjonsterapi i læreplanen er nyttig for at sykepleieren skal klare å håndtere dette. Det er ikke enkelt å sette seg inn i lek med barn, hvis man ikke har fått opplæring eller praktisk trening med dette tidligere. I den sammenheng tenker jeg at et opplæringsprogram i forbindelse med ansettelser vil være hensiktsmessig. Det kan være nyttig å se lek med barn i tre- til seksårsalderen i lys av det pre-operasjonelle stadiet i Piagets utviklingsteori, som beskrevet i kapittel 2.2. Barnets tenkning vil være preget av animisme og egosentrisitet, og det kan derfor være en fordel at sykepleieren klarer å sette seg inn i en slik tankegang (Bunkholdt, 2000). Det å gjøre bamsen til en forsøkskanin for prosedyren, er en form for animisme. Dette er i utgangspunktet et godt eksempel på noe som ville ha truffet barnet i den gjeldende aldersgruppen, men det kan kollidere med egenskapen egosentrisitet som barnets tankegang er preget av i samme periode. Det kan være komplisert for barnet å se for seg situasjonen bamsen er utsatt for og de medfølgende følelsene bamsen skulle hatt i situasjonen. Ved å se leken i lys av Piagets teori om animisme og egosentrisitet vil ikke barnet klare å forberede seg følelsesmessig til prosedyren ved bruk av den nevnte metoden. Likevel legger Matziou et al. (2013) frem at ved å demonstrere prosedyren på en bamse før barnet selv skal gjennom den, vil barnet stille mer forberedt og samarbeide bedre gjennom prosedyren. Dette på grunn av at barnet har en større forståelse for det tekniske som skal skje, rekkefølgen på handlingene og barna etablerte et bedre forhold til sykepleieren.

Lek med barn på sykehus vil føre til mange fysiologiske fordeler som for eksempel reduksjon av depressive symptomer, smerter, kvalme, angst og frykt. Likeledes gjør det kommunikasjonen og samhandlingen mellom barn og sykepleier mer åpent, og barnet tar en større del av behandlingen og kommunikasjonen (da Silva et al., 2018). Lek kan også være en rot til avledning for barnet, når det skal gjennomgå en smertefull prosedyre. Caprilli et al. (2012) påstår at bruk av såpebobler som avledningsteknikk i forbindelse med

blodprøvetaking, reduserer stress hos barnet signifikant. En faktor som taler for effektiviteten av såpebobler er reduksjonen i OSBD-A-scoren (Observation Scale of Behavioural Distress) i eksperimentgruppen, sammenlignet med kontrollgruppen. OSBD-A måler blant annet graden av gråting og skriking, fysisk og verbal motstand, verbal frykt og smerte, nervøs oppførsel og søken etter informasjon. Denne avledningsteknikken er også hyppig brukt på barnemedisinsk poliklinikk på Rikshospitalet. Denne form for avledning er enkel, kostnadseffektiv og lite tidkrevende. I en avledningssituasjon i forbindelse med en smertefull prosedyre, opplever de ansatte på den barnemedisinske poliklinikken at det er avhengige av at det er nok personer til stede. Først og fremst en forelder som barnet gjerne kan sitte på fanget til. Deretter en person til å utføre selve prosedyren, en person til å holde den delen av kroppen som må være i ro, og til slutt en person til å avlede.

6 Konklusjon

I en tid som er preget av usikkerhet, fremmede mennesker, ukjent miljø og annerledes rutiner, er en av sykepleierens viktigste oppgaver å skape trygghet for barnet. Når barnet opplever kontroll, vil det også oppleve trygghet. Ved å skape et godt førsteinntrykk, vil det være lettere å innlede et tillitsforhold og en relasjon med barnet senere. Forskning viser at foreldrene spiller en viktig rolle når barnet skal gjennom en smertefull prosedyre. De vil derfor være en stor og viktig del av behandlingen barnet gjennomgår på sykehuset. De kan også bidra til å skape trygghet hos barnet, samt dempe stress.

Barnet er hovedpersonen når det blir innlagt på sykehuset, og derfor bør informasjonen gå direkte til barnet. Informasjonen må være tilpasset barnets utviklingsnivå slik at det er forståelig. Barnet bør medvirke i valg der det er forsvarlig, for å styrke barnets autonomi og mestringsfølelse. Det å ta seg tid til å forberede barnet på en prosedyre, vil bidra til at barnet føler en trygghet rundt hva som skal skje og barnet vil oppleve større kontroll over situasjonen.

Etter denne oppgaven sitter jeg igjen med en oppfatning om at sykepleieren må tilrettelegge for at barn får lov til å være barn når de er på sykehuset. Barnets opplevelse av stress og frykt for smerter kan utløse en vanskelig situasjon for alle parter, og det argumenteres for at sykepleieren burde tilpasse seg barnets utviklingsnivå og bruke seg selv i prosedyren. Dette kan gjøres ved hjelp av lek, humor, kommunikasjon og avledning. Ved hjelp av det ovennevnte kan sykepleieren hjelpe barnet til å ivareta behovet for trygghet og omsorg gjennom en smertefull prosedyre.

7 Litteraturliste

- Bringager, H., Hellebostad, M., Sæter, R. & Mørk, A. C. (2014). *Barn med kreft. En medisinsk og sykepleiefaglig utfordring*. (2. utg.) Oslo: Gyldendal akademisk
- Bumpers, B., Dearmon, V. & Dycus, P. (2019). Impacting the Patient's Experience in a Children's Hospital Using a Communication Bundle Strategy. *Journal of Nursing Care Quality*, 34(1): 86-90. <https://doi.org/10.1097/NCQ.000000000000036>
- Bunkholdt, V. (2000). *Utviklingspsykologi*. (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Caprilli, S., Vagnoli, L., Bastiani, C. & Messeri, A. (2012). Pain and distress in children undergoing blood sampling: effectiveness of distraction with soap bubbles. A randomized controlled study. *Italian Journal of Pediatric Nursing Science*, 4(1): 15-18.
- Da Silva, D. O., Gama, D. O. N., Pereira, R. B. & Camarão, Y. P. H. C. (2018). The importance of play in the context of child hospitalization. *Journal of Nursing*, 12(12), 3484-3491. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i12a234923p3484-3491-2018>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. (6. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Eide, Hilde & Eide, Tom. (2016). *Kommunikasjon i relasjoner*. (4. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk
- Fletcher, T., Glasper, A., Prudhoe, G., Battrick, C., Coles, L., Weaver, K. & Ireland, L. (2011). Building the future: children's views on nurses and hospital care. *British Journal of Nursing*, 20(1), 39-45. <https://doi.org/10.12968/bjon.2011.20.1.39>
- Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (1999). Forskrift om barns opphold i helseinstitusjonen (LOV-1999-07-02-61-§3-6). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1217>
- Grønseth, R., & Markestad, T. (2017). *Pediatri og pediatrik sykepleie* (utg. 4). Bergen Sandviken: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke
- Hughes, T. (2012). Providing information to children before and during venepuncture. *Nursing Children and Young People*, 24(5), 23-28
- Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt – ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Karlsson, K., Rydström, I., Enskär, K. & Englund, A.-C., D. (2014). Nurses perspectives on supporting children during needle-related medical procedures. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 9(1), 1-11. <http://dx.doi.org/10.3402/qhw.v9.23063>

- Kim, H. S. (2015). Sykepleieprofesjonens grunnleggende kjennetegn – det kunnskapsfilosofiske grunnlaget. I E.K. Grov, & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1* (I. M. Holter, Overs.), (5. utg., s. 142-155). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Lambert, V., Glacken, M. & McCarron, M. (2012). Meeting the information needs of children in hospital. *Journal of Child Health Care*, 17(4), 338-353.
<https://doi.org/10.1177/1367493512462155>
- Løgstrup, K. E. (2012). *Den etiske fordring* (4. utg.). Århus: Forlaget KLIM
- Matziou, V., Chrysostomou, A., Vlahioti, E. & Perikaris, P. (2013). Parental presence and distraction during painful childhood procedures. *British Journal of Nursing*, 22(8), 470-475. <https://doi.org/10.12968/bjon.2013.22.8.470>
- Molven, O. (2016). Sykepleie og jus (5.utg.). Oslo: Gyldendal akademiske.
- Norsk sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- Piaget, J & Inhelder, B. (1974). *Barnets psykologi*. Stavanger: Cappelens almbøker
- Pontes, J. E. D., Tabet, E., Folkmann, M. A. D. S., Cunha, M. L. D. R. & Almeida, F. D. A. (2015). Therapeutic play: preparing the child for the vaccine. *Einstein (São Paulo)*, 13(2), 238-242. Doi: 10.1590/S1679-45082015AO2967
- Reinfjell, T., Diseth, T. H., og Vikan, A. (2007). Barn og kreft: Barns tilpasning til og forståelse av alvorlig sykdom. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 44(6): 724-734
- Rienecker, L. & Jørgensen, P. S. (2013). *Den gode oppgaven. Håndbok i oppgaveskriving på universitet og høyskole*. Bergen: Fagbokforlaget
- Salmela, M., Salanterä, S., Ruotsalainen, T. & Aronen, E. T. (2010). Coping strategies for hospital-related fears in pre-school-aged children. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 46, 108-114. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1754.2009.01647.x>
- Statistisk sentralbyrå (2019). Pasienter på sykehus. Hentet 26.03.19 fra <https://www.ssb.no/statbank/table/10261/tableViewLayout1/>
- Steen, H. F. (2012). Utviklingspsykologi. I S. Tveiten, A. Wennick & F. H. Steen. *Sykepleie til barn. Familiesentrert sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk.

- Stubberud, D.-G. (2015). Konsekvenser for sykepleierens funksjon og ansvar. I D.-G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (s. 42-65). Oslo: Gyldendal akademisk
- Søbjerg, I. L. (2013). Å ivareta psykososiale behov hos barn og ungdom. I D.-G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom*. (s. 114-151). Oslo: Gyldendal akademisk
- Söderbäck, M. (2012). Young (3-5 year-old) children's ways of engagement in care procedures involving venepuncture. *Journal of Research in Nursing*, 18(7): 636-648. <https://doi.org/10.1177/1744987111434191>
- Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Tveiten, S. (2012a). Barns helse og livskvalitet. I S. Tveiten, A. Wennick & F. H. Steen. *Sykepleie til barn. Familiesentrert sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Tveiten, S. (2012b). Helsepedagogikk og helsekommunikasjon i forhold til barn og foreldre. I S. Tveiten, A. Wennick & F. H. Steen. *Sykepleie til barn. Familiesentrert sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Tveiten, S. (2012c). Hva er spesielt ved sykepleie til barn og familiesentrert sykepleie? I S. Tveiten, A. Wennick & F. H. Steen. *Sykepleie til barn. Familiesentrert sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Tveiten, S. (2016). *Helsepedagogikk. Pasient- og pårørendeopplæring*. Bergen: Fagbokforlaget