



# Ikke-farmakologisk smertelindring til barn

”Hvordan kan sykepleier anvende avledning for å hjelpe barn til å mestre prosedyresmerter?”

Kandidatnummer: 843  
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave  
i sykepleie

Antall ord: 8897  
Dato: 16.04.2018



ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 16.04.2018
Tittel: Ikke-farmakologisk smertelindring til barn	
<p><u>Problemstilling:</u> Hvordan kan sykepleier anvende avledning for å hjelpe barn til å mestre prosedyresmerter?</p> <p><u>Teoretisk perspektiv:</u> For å belyse problemstillingen tar oppgaven utgangspunkt i sykepleierens lindrende funksjon. Oppgaven innledes med en gjennomgang av relevant juridisk og etisk rammeverk. Videre presenteres to ulike utviklingspsykologiske perspektiver. Deretter presenteres teori om smertefysiologi og mestringsstrategi, herunder avledning, samt perspektiver som belyser sykepleierens kommunikasjon og relasjon med barnet.</p> <p><u>Metode:</u> Dette er en litterær oppgave hvor fag- og forskningslitteratur danner grunnlag for problemstillingens besvarelse.</p> <p><u>Drøfting:</u> Drøftingen belyser ulike aspekter ved avledning med tilhørende innvirkning på hvordan sykepleier kan hjelpe barn til å mestre prosedyresmerter. Drøftingen setter fokus på hvorledes avledning kan anvendes som ikke-farmakologisk smertelindring, ved å understøtte barnets egne ressurser. Videre belyses faktorer som alder, interesser, kontekst og engasjement. Deretter belyses hvordan avledning kan anvendes som en intervensjon, samt hvilke utfordringer metodikken innebærer.</p> <p><u>Konklusjon:</u> Avledning er en effektiv mestringsstrategi. Tilnærmingen gir barnet mulighet for å benytte egne ressurser. Samtidig opplever sykepleiere avledning som utfordrende å anvende. For at teknikken skal hjelpe barn til å mestre prosedyresmerter forutsetter det at sykepleieren tilpasser aktiviteten etter barnets kognisjon og interesser, samt prosedyrens omfang og andre kontekstuelle faktorer. Anvendelse av avledning stiller med andre ord en rekke krav til sykepleierens teoretiske kunnskapsgrunnlag og praktiske tilnærming.</p>	

## **Innholdsfortegnelse**

<b>1. Innledning</b> .....	<b>1</b>
1.2 Bakgrunn for valg av tema .....	1
1.3 Presentasjon av problemstilling .....	2
1.4 Presisering, avgrensning, og begrepsavklaring .....	2
1.5 Oppbygging .....	3
<b>2. Teoretisk kunnskapsgrunnlag</b> .....	<b>4</b>
2.1 Juridiske rammer .....	4
2.2 Pliktetikk og yrkesetiske retningslinjer .....	5
2.3 Sykepleiens funksjoner .....	6
2.4 Utviklingsteori .....	7
2.4.1 Piaget sin teori om barns kognitive utvikling .....	7
2.4.2 Erikson sin teori om barns psykososiale utvikling .....	8
2.5 Prosedyresmerter hos barn .....	9
2.6 Mestring hos barn .....	11
2.7 Avledning .....	12
2.8 Kommunikasjon og relasjon med barn .....	12
<b>3. Metode for oppgaven</b> .....	<b>14</b>
3.1 Litteratursøk .....	14
3.2 Kildekritikk .....	16
<b>4. Presentasjon av forskningsresultater</b> .....	<b>18</b>
<b>5. Drøfting</b> .....	<b>21</b>
5.1 Behandling av barns prosedyresmerter .....	21
5.2 Trygghet som forutsetning for mestring .....	22
5.3 Aktiv og passiv avledning .....	23
5.4 Magisk tankegang som ressurs for mestring .....	25
5.5 Alder, interesser, kontekst og engasjement .....	25
5.6 Avledning – et redskap for sykepleier, barnet og barnets omsorgspersoner .....	26
5.7 Sykepleierens teoretisk kunnskapsgrunnlag og praktiske tilnærming .....	27
5.8 Risiko ved avledning – fare for tillitsbrudd .....	28
5.9 Plikt og motivasjon .....	29
5.10 Informasjon og personalkontinuitet .....	29
5.11 Ambivalens .....	30
<b>6. Avslutning</b> .....	<b>32</b>
<b>Referanseliste</b> .....	<b>33</b>

## **1. Innledning**

Kunnskap om barns smerteopplevelse har økt betraktelig de siste tre tiårene. Til tross for økt kunnskap om smertelindring, er der en tendens til at barns smerter undervurderes slik at de ikke opplever tilstrekkelig smertelindring (Grønseth & Markestad, 2017; Lundeberg, 2016). En norsk studie fra 2011 indikerer at sykepleierens holdninger til barns smerteopplevelse er betydningsfullt for hvilken smertelindring barn tilbys (Hovde, Granheim, Christophersen & Dihle, 2011). Prosedyrer er det barn påpeker som mest krevende med sykehusopphold (Grønseth & Markestad, 2017). Et av barna som deltok i Barneombudets ekspertgruppe *Sykehusekspertene* uttrykte: ” *Det som er kjipt med sykehus, er sprøyter*” (Barneombudet, udatert). Prosedyrer og undersøkelser, forbindes ofte med smerter og frykt. Samtidig har slike emosjoner en forsterkende effekt på barnets smerteopplevelse. For å redusere barnets smerteopplevelse anbefales det at helsepersonell benytter ikke-farmakologisk smertelindring som komplementer behandling til medikamentell smertelindring (Nilsson, Hallqvist, Sidenvall & Enskär, 2011). Mestringsstrategier for barnets håndtering av smerteopplevelse har vist seg som effektive ikke-farmakologiske tilnærminger. Sammenlignet med ungdom og voksne, har barn i mindre grad utviklet mestringsstrategier for håndtering av smerte (Grønseth & Markestad, 2017). Denne oppgaven søker å belyse hvordan sykepleier kan legge til rette for at avledning, som er en ikke-farmakologisk intervensjon og mestringsstrategi, kan anvendes med hensikt om at barnet skal mestre prosedyresmerter.

### **1.2 Bakgrunn for valg av tema**

Smertefulle opplevelser medfører fysiologisk stress hos barnet. Fysiologisk stress kan ha negativ innvirkning på barnets sårheling, sirkulasjon og immunforsvar (Karolinska Universitetssjukhuset, 2017, s. 9). Hvilke opplevelser barnet erfarer i forbindelse med prosedyrer, er av betydning for hvordan de mestrer senere prosedyrer. Ved hjelp av sykepleiers tilretteleggelse, kan sykdom og sykehusopphold bidra til å gi barnet positive erfaringer med hvordan det kan mestre prosedyresmerter konstruktivt (Grønseth & Markestad, 2017; Tveiten, 1998; Walco, 2008).

Selv har jeg ikke erfaring med pediatrik arbeid i sykehus. Under kirurgisk praksis ved Lovisenberg Diakonale Sykehus fikk jeg imidlertid hospitere noen dager ved sykehusets avdeling for øre-nese-hals kirurgi for barn. Sykepleierne i avdelingen anvendte avledning hyppig i deres yrkesutøvelse. Min vinkling av problemstillingens besvarelse kan imidlertid være farget av manglende erfaring med sykepleie til barn.

### **1.3 Presentasjon av problemstilling**

På bakgrunn av ovenstående er problemstillingen som følger:

*Hvordan kan sykepleier anvende avledning for å hjelpe barn til å mestre prosedyresmerter?*

### **1.4 Presisering, avgrensning, og begrepsavklaring**

Pasientgruppen barn inkluderer aldersgruppen 0-18 år (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2000). Denne oppgaven fokuserer på barn i alderen 6-10 år, innlagt i pediatrik avdeling på sykehus. Begrepet prosedyresmerter benyttes for å beskrive smerte som barnet påføres under undersøkelser, prøvetakinger og behandlinger (Lundeberg, 2016). Denne oppgaven fokuserer på prosedyresmerter tilknyttet invasive prosedyrer og sårstell. De invasive prosedyrene som inkluderes i oppgaven er venepunksjon, innleggelse av perifert venekateter, og subkutane- og intramuskulære injeksjoner. Avanserte invasive prosedyrer som innleggelse av sentralt venekateter eller lumbalpunksjon er avgrenset fra denne oppgaven. Oppgaven inkluderer sårstell som krever behandling av sykepleier i sykehus. Dette kan være sår som skyldes mindre traumer, mindre brannskader, eventuelt operasjonssår. Utførelse av sårstell er gjerne mer tidsomfattende enn invasive prosedyrer. Avledning, som problemfokuset mestringsstrategi, kan benyttes som ikke-farmakologisk smertelindring under invasive prosedyrer og sårstell. Intervensjonen innebærer at barnets oppmerksomhet flyttes vekk fra prosedyren og smertene (Grønseth & Markestad, 2017; Landier & Tse, 2010; Svendsen & Bjørk, 2014).

En holistisk tilnærming er essensielt under utøvelse av sykepleie til barn. Ved sykehusinnleggelse har barnet rett til samvær med minimum en av sine foreldre, i denne oppgaven omtalt som omsorgspersoner (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §6-2). I klinikken bør nødvendigvis sykepleieren inkludere omsorgspersonene som

samarbeidspartnere (Grønseth & Markestad, 2017). Bacheloroppgaven vil imidlertid fokusere på samspillet mellom den pediatriske pasient og sykepleier.

Persepsjon, oppmerksomhet, hukommelse og løsningsorientering, samt evnen til å betrakte en situasjon og formulere seg, er grunnleggende elementer for et barns kognisjon. Barn med kognitiv funksjonsnedsettelse vil av disse årsaker ha andre forutsetninger for avledning og mestring, samt for samspill med sykepleieren (Grønseth & Markestad, 2017). Sykepleie til denne pasientgruppen er derfor ikke inkludert i oppgaven.

## **1.5 Oppbygging**

Videre i denne oppgaven presenteres et teoretisk kunnskapsgrunnlag som belyser sykepleierens juridisk og etisk rammeverk for yrkesutøvelsen, samt essensiell teori i møte med pediatriske pasienter. Deretter følger en gjennomgang av metodikken som er lagt til grunn for oppgaven, med tilhørende litteratursøk og kildekritikk. Aktuelle forskningsartikler er presentert i en artikkelmatrise. Teoretisk kunnskapsgrunnlag og relevante forskningsfunn er sammenstilt i drøftingen, hvor resultatene i drøftingen oppsummeres i oppgavens avslutning.

## **2. Teoretisk kunnskapsgrunnlag**

Som sykepleier kommer en i kontakt med mennesker som på ulike måter er i en sårbar situasjon. Gjennom sitt yrke og posisjon har sykepleieren myndighet til å ivareta, eventuelt skade, pasientens liv og livsmuligheter. Dette beskriver en ubalanse i maktforholdet mellom sykepleier og pasient. For at denne myndigheten skal ivaretas på en forsvarlig måte, stilles der juridiske og etiske krav til sykepleierens yrkesutøvelse (Sneltvedt, 2014). I sykepleierens yrkesutøvelse forventes det at denne benytter sin fagkunnskap, erfaring og faglige posisjon med en hjelpende hensikt ovenfor pasienten (Eide & Eide, 2014). Dette kapitlet innledes med en presentasjon av juridiske og etiske prinsipper som det er sentralt at sykepleier har kunnskap om i møte med pediatripasienter. Videre presenteres teori tilknyttet barns utvikling, belyst av Piaget og Eriksons teorier, prosedyresmerter og mestring. Avslutningsvis presenteres sentrale perspektiver for kommunikasjon og relasjon mellom sykepleier og barn.

### **2.1 Juridiske rammer**

Helsepersonelloven har til hensikt å bidra til kvalitet i helsetjenesten og pasientens sikkerhet. Loven skal også bidra til å sikre befolkningens tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten. Jamfør helsepersonelloven plikter sykepleiere til å utøve forsvarlig og omsorgsfull sykepleie (Helsepersonelloven, 1999).

Pasientens rettigheter sikres gjennom pasient- og brukerrettighetsloven. Loven sikrer både kvaliteten på helsetjenestene den enkelte tilbys, men også at den øvrige befolkningen sikres like tjenester. Jamfør pasient- og brukerrettighetsloven har barn rett til samvær med én omsorgsperson under hele sykehusoppholdet. Unntaket fra denne regelen er dersom det antas at samværet er utilrådelig, eventuelt at samværsretten er fratatt. Barn som er i stand til å danne seg selvstendige synspunkter, skal informeres og bli hørt. Ved avgjørelser angående barnets behandling, plikter sykepleier å vektlegge barnets meninger. Denne plikten gjelder fra barnet har fylt syv år, men hvor barnets modenhet må vurderes. Yngre barn som viser evne til å danne selvstendige synspunkter om egen helsetilstand og behandling, skal også bli hørt. Ved sykehusopphold har barnet rett til aktivitet og stimuli, tilpasset deres alder, utvikling og helsetilstand (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

Forskrift om barn i helseinstitusjon (2000) gjelder for alle som arbeider i spesialisthelsetjenesten. Forskriften fastslår at barn kun skal innlegges i sykehus når dette er medisinsk nødvendig og for det beste for barnet. Innleggelse skal fortrinnsvis skje ved egne pediatriavdelinger, hvor miljøet er tilpasset barnets behov og personalet har kunnskap om barns behov og utvikling. Forskriften understreker barnets rett til alders- og utviklingstilpasset aktivitet og stimulering. Det forventes også at sykepleiere ved pediatriavdelinger har kunnskap om hvordan barn kan reagere på sykdom, behandling og innleggelse, og hvordan reaksjonene kan påvirke barnets behov og utvikling. Forskriften anbefaler at barnet tilbys personalkontinuitet. Det stilles krav til at barnet og dets omsorgspersoner informeres og veiledes om barnets sykdom, behandling og innleggelse. Informasjonen skal tilpasses barnets og pårørendes forutsetninger. Dersom barnet ønsker det, og det ikke vanskeliggjør behandlingen, skal sykepleiere tilrettelegge for at barnets omsorgspersoner har mulighet til å være tilstede under behandling. Ved innleggelse skal forskriften deles ut til barnets omsorgspersoner (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2000).

## **2.2 Pliktetikk og yrkesetiske retningslinjer**

Pliktetikk, også kjent som deontologisk etikk, har spilt en viktig rolle i utviklingen sykepleiefaget. Moralteorien vektlegger personer og personers handling, fremfor handlingens resultater. Pliktene kan systematiseres i tre ulike kategorier: *faktiske plikter* - hva vi skal gjøre i en konkret situasjon, *absolutte plikter* - plikter som alltid er gjeldende, og *prima facie plikter* - plikter som gjelder så sant andre etiske hensyn ikke har innvirkning på situasjonen. Mennesker handler ut fra indre og ytre plikter. Med indre plikter menes plikter som er motivert av den menneskelige fornuft. Ytre plikter begrunnes ut fra lovgivning, regler og religion. Immanuel Kant fremstår i dag som den mest fremtredende og innflytelsesrike pliktetikeren. Grunnlaget for hans moralfilosofi er menneskets fornuft og frie vilje, hvor mennesket er fritt og autonomt til å ta selvstendige valg. Det vil ikke være nok at en handler moralsk korrekt etter plikter. Sykepleieren må også være motivert for den moralsk korrekte handlingen (Brinchmann, 2014a).

Norsk Sykepleierforbund har formulert yrkesetiske retningslinjer med formål å beskrive sykepleierens profesjonsetikk. Disse rommer også hvilke forpliktelser som tillegges god sykepleiepraksis (Norsk Sykepleierforbund, [NSF], 2016). Retningslinjene omhandler



sykepleierens forhold til pasienter, pårørende og øvrig samfunn, egen profesjon, medarbeidere, arbeidsgiver og -sted. Retningslinjene beskrives som en form for prinsippbasert etikk, hvor pliktene svarer til pasientens rettigheter. Retningslinjene ligger dermed tett opp til pliktetikken (Sneltvedt, 2014).

Velgjørhetsprinsippet utgjør et sentralt moment i de yrkesetiske retningslinjene. Prima facie-prinsippet om plikten til å gjøre godt mot andre er essensiell for sykepleieren. Dette innebærer at praktiske og teoretiske kunnskaper skal anvendes for å fremme det gode og forebygge skade (Brinchmann, 2014b; Sneltvedt, 2014). Grunnlaget for sykepleierens yrkesutøvelse skal være respekten for individers liv og iboende verdighet. Videre skal yrkesutøvelsen baseres på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene (NSF, 2016).

Omsorgsytelse utgjør en grunnleggende verdi for sykepleiefaget. I sykepleiefaglig sammenheng sammenstilles begrepet til yrkesutøverens ønske om å ivareta personer som har, direkte eller indirekte, behov for hjelp og støtte (Eide & Eide, 2014). Sykepleier skal fremme og gjenopprette helse, forebygge sykdom, og lindre lidelse. Som sykepleier forventes det at en verner/skjermer pasienten for krenkende handlinger, lindrer lidelse og støtter opp under pasientens mestring, håp og livsmot. Slik yrkesutøvelse innebærer å beskytte pasientene mot skade, og å styrke deres helse og ressurser. Det understrekes at all yrkesutøvelse skal være kunnskapsbasert (NSF, 2016).

### **2.3 Sykepleiens funksjoner**

Sykepleiere har spesifikke ansvar og funksjonsområder tilknyttet til sin yrkesutøvelse. Flere av funksjonene er relevant for problemstillingen i denne oppgaven. Eksempler er sykepleierens forebyggende og helsefremmende funksjon, undervisende funksjon og behandlende funksjon. Denne oppgaven tar utgangspunkt i sykepleierens lindrende funksjon. Sykepleierens lindrende funksjon har som mål å yte omsorgsfull pleie. Dette innebærer intervensjoner for å minimere pasientens fysiske, psykiske og sosiale lidelser og belastninger tilknyttet sykdom og behandling, både av fysisk, psykisk og sosial art. I den lindrende funksjonen er smertelindring sentralt (Nortvedt & Grønseth, 2015).

## **2.4 Utviklingsteori**

Menneskets utvikling er en kompleks og flerdimensjonal prosess (Håkonsen, 2014). For at sykepleier skal kunne yte omsorgsfull sykepleie til barnet, og i dette tilfellet hjelpe barnet til å mestre prosedyresmerter, er det sentralt at vedkommende har kunnskap om barnets kognitive utvikling (Larsson, 2016). Det finnes flere teorier om barns fysiologiske, psykologiske, kognitive og sosiale utvikling. Det er tradisjon for å teoretisk forenkle den kontinuerlige prosessen. Forenklingen gjøres ofte ved å inndele utviklingen i generaliserende og kronologisk forekommende stadier. De enkelte utviklingsstadiene tar utgangspunkt i særegne karakteristika. Hensikten med dette er å tydeliggjøre de viktige utviklingsfaktorene (Håkonsen, 2014).

Vår kognitive funksjon definerer i hvilken grad en forholder seg adekvat til omgivelsene. Barnets kognitive utvikling kan tolkes som en tilpasningsprosess hvor barnet tilpasser seg omgivelsene. Kognisjon er også betydningsfullt for mestringsevnen (Håkonsen, 2014, s. 53-55). Barn opplever gjerne sykehusinnleggelse som stressbelastende. Dette kan medføre regresjon, at barnet går tilbake til tidligere utviklingstrinn. Sykepleieren må derfor ta høyde for at barnets kognitive kapasitet og forutsetninger kan endres (Grønseth & Markestad, 2017).

### **2.4.1 Piaget sin teori om barns kognitive utvikling**

Den kognitive utviklingen omfatter de mentale prosessene i barnets utvikling. Her inkluderes barnets evne til tenkning, vurdering, problemløsning, språk og begrepsforståelse. I følge Jean Piaget (1896-1980) ønsker barn å aktivt lære og forstå, og at barn gjør dette gjennom sin handlinger og tanker. På denne måten utvikles barnets kognisjon. Barnet utvikler seg gjennom en serie av grunnleggende endringer i dets kognitive ferdigheter. Denne prosessen starter ved fødsel og pågår frem til 15/16 års alderen. Prosessen deles inn i fire kronologiske stadier: sensomotorisk, preoperasjonelt, konkretoperasjonelt og formaloperasjonelt stadium (Håkonsen, 2014, s. 53). Ved hvert stadium vil barnet fortolke nye erfaringer, og tilpasser dem etter eksisterende kognitive strukturer (Ruud, 2011). Barnets logiske tenkning tiltar ved hvert stadium, og i sum utgjør utviklingen et fundamentalt grunnlag for senere tankeprosesser i livet (Håkonsen, 2014).

Oppgavens pasientgruppe innlemmes i det preoperasjonelle og konkretoperasjonelle stadiet. Det preoperasjonelle stadiet inkluderer barn i alderen 1,5-7 år. Fasen kjennetegnes av at

barnets utvikler forståelse og anvendelse språk og symboler. Barnets vokabular vil nødvendigvis ikke samsvare med språkforståelsen. I det preoperasjonelle stadiet er barns tankegang konkret, med en begynnende utvikling av logiske tankerekker. Barnets største begrensning er, ifølge Piagets teori, deres egosentrisitet. Med dette menes at barna generaliserer sin oppfatning av verden som om medmenneskene har lik forståelse og oppfattelse. Barn i den konkretoperasjonelle fasen, 7-12 år, har evne til å se sammenhenger. I denne fasen utvikles deres evne til logisk og symbolsk kognisjon, og forståelsen for "tid og rom" øker. Forankringen av deres tanker i konkrete handlinger er fremdeles essensielt for barnet, og hypotetiske resonnementer er utfordrende (Håkonsen, 2014, s. 53-55).

Noe av kritikken av Piagets teori har vært rettet mot hans vektlegging av barnets egosentrisitet som begrensende. Nyere forskning viser eksempelvis at barnet kan både kan vise empati, samt evne å gjøre vurderinger av hva som er rett og galt (Håkonsen, 2014, s. 54).

#### **2.4.2 Erikson sin teori om barns psykososiale utvikling**

Erikson (1902-1994) sin teori vektlegger betydningen av hvordan individers utvikling foregår i samspill med samfunn og kultur. Erikson knytter en livslang utvikling opp til begrepene nærhet, tillit, identitet, seksualitet, familie og arbeid. Særlig vektlegger han hvordan personers emosjoner, selvbilde og selvoppfatning utvikles i samhandling med medmennesker, især nærmeste relasjoner (Håkonsen, 2014, s. 55-57).

Erikson strukturerte menneskets psykososiale utvikling inn i åtte faser, med kronologisk kompleksitet. Ved hver fase stiller omgivelsene nye krav og utfordringer som krever tilpasning, og nye elementer i utviklingen tillegges eller utvikles. Utfordringene kan enten løses på en gunstig eller ugunstig måte. Hver fase utgjør dermed et avgjørende vendepunkt i menneskets utvikling, en livskrise. Dette vendepunktet bidrar til at hvert individ har sin særegne utvikling og personlighet. Videre utvikling avhenger også av hvilke erfaringer barnet har med seg fra tidligere utviklingsstadier (Håkonsen, 2014, s. 55-57).

Pasientgruppen for denne oppgaven inngår i Eriksons fjerde fase. Denne fasen kjennetegnes av at barn i alderen 6 til ca. 14 år opplever en konflikt mellom deres kreativitet og det å være underlegen. Barna er interessert i å lære fysiske og intellektuelle aktiviteter, og ser seg selv gjennom perspektivet "jeg er det jeg lærer" (Håkonsen, 2014, s. 57). Videre preges fasen av

at barnet sammenligner seg med andre, og bruker særlig sine venner og nærmeste omgangskrets som målestokk for utviklingen. Ifølge Eriksons teori er det fordelaktig og fruktbart om barnet utvikler ferdigheter og kunnskap som det kan anvende ved ulike områder i livet (Håkonsen, 2014, s. 57).

## **2.5 Prosedyresmerter hos barn**

For å kunne vurdere hvordan avledning kan anvendes for å mestre prosedyresmerter, er det sentralt at sykepleier har kunnskap om hvilke faktorer som er avgjørende for barnets smerteopplevelse (Markestad, 2016; Tjølsen & Rosland, 2017). International Association for Study of Pain definerer smerte som *”en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse som følge av faktisk eller potensiell vevsødeleggelse”* (International Association for Study of Pain [IASP], referert i Berntzen, Danielsen & Almås, 2015, s. 357). Denne definisjonen understreker smerteopplevelsens kompleksitet, hvor den flerdimensjonale smerteopplevelsen skyldes et samspill mellom en emosjonell erfaring og en sensorisk sanseopplevelse (Larsson, 2016; Tjølsen & Rosland, 2017). Smerter skal derfor alltid betraktes som en individuell opplevelse (IASP, 2017).

Det er tradisjon for å benytte begrepet smerteterskel som betegnende for menneskers toleranse for og mestring av smerte. Smerteterskel defineres som *”den laveste intensiteten av en viss stimulus som pasienten oppfatter som smertefull”* (Merskey & Bogduk (Red.), referert i Winger & Leegaard, 2016, s. 175). En slik smerteterskel er å regne som nokså universell. Menneskets smertetoleranse er derimot svært individuell og kontekstavhengig. Smertetoleranse defineres som *”hvor mye av en smertefull stimulus som en person ”tolererer””* (Winger & Leegaard, 2016, s. 175). Etersom barnets smerteopplevelse kan modifiseres, danner dette grunnlag for at barnets smertetoleranse og –opplevelse kan anses som påvirkelig (Karolinska Universitetssjukhuset, 2017).

I klinikken betegnes smerter ut fra årsak. Eksempelvis prosedyresmerter, postoperative smerter, akutte og kroniske smerter. Videre er det vanlig å kategorisere smerte som nociseptiv, nevrogen, psykogen eller idiopatisk (Markestad, 2016; Persson, 2016). Nocispetiv smerte skyldes mekanisk, kjemisk eller termisk stimulering av nociseptorer i det perifere nervesystemet. Nociseptorer finnes i ulik grad i omtrent alle vev og organer. Ved sårstell og invasive prosedyrer vil nociseptorer stimuleres og aktivere somatisk nociseptiv smerte.

Nociseptorer finnes på både C-fibrer (umyliniserte nervefibrer) og A delta-fibrer (myeliniserte nervefibrer). Siden myelin er betydningsfullt for ledningshastigheten, leder A delta-fibrer smertesignalene hurtigere enn C-fibrer. Ved aktivering av A delta-fibrer medieres en skarp og kraftig smerte, som ofte er lett å lokalisere. Smerten fører gjerne til en beskyttelsesrefleks, for eksempel å trekke hånden til seg. Aktivering av C-fibrer beskrives derimot ofte som mer diffuse, brennende og dumpe. Det er vanlig at både C- og A delta-fibrer aktiveres under prosedyrer, og især gjelder dette for invasive prosedyrer. Smerter som skyldes stimulering av A delta-fibrer er vanligvis vanskelig å lindre tilstrekkelig ved hjelp av analgetika (Lundeberg, 2016; Persson, 2016; Tjølsen & Rosland, 2017).

I tillegg til stimulering av nociseptorer, avhenger smerteopplevelsen også av smertenettverkets og ulike hjerneområders aktivitet. Denne aktiviteten påvirkes av faktorer utover den konkrete sanselige stimuleringen. Slike faktorer inkluderer barnets kognisjon, kulturelle bakgrunn, samt stemningsleie og forventninger hos de som er tilstede under prosedyren. Redsel og engstelse vil forsterke smerteopplevelsen ytterligere. I tillegg vil omgivelsene, prosedyrens varighet og barnets mulighet for medvirkning være av betydning. Dette er noen av årsakene til at smerteopplevelse kan variere, også ved identiske smertestimuleringer (Berntzen et al., 2015; Grønseth og Markestad, 2017; Tjølsen & Rosland, 2017). Lundeberg (2016) påpeker også at manglende eller ikke tilstrekkelige mestringsstrategier hos barn, kan medføre økt smerteopplevelse.

Det anbefales at sykepleier kartlegger barnets smerte i forkant, underveis og i etterkant av prosedyren (Nilsson, 2016). Ettersom barnets smerteuttrykk avhenger av sosiale og kulturelle faktorer, og at smerteopplevelsen i seg selv er subjektiv, bør sykepleier også etterspørre pasientens opplevelse (Karolinska Universitetssjukhuset, 2017). Eksempler på aktuelle skalaer for selvrappert smerte er Numeric Rating Scale (NRS), Visuell Analog Skala (VAS) og Faces Pain Scale Revised (FPS-R). FLACC (Face, Leg, Activity, Cry, Conability) kan benyttes for observerbar og dermed indirekte smertevurdering (Sørensen, 2012). Som reaksjon på smertefulle opplevelser kan barnet i varierende grad utrykke atferdsmessige endringer. Atferdsendringen avhenger av barnets opplevelse (Markestad, 2016).

## 2.6 Mestring hos barn

*”Mestring beskriver hvordan individet forholder seg til og løser en situasjon eller hendelse som medfører mistriivsel, ubehag eller trussel mot ens integritet”* (Håkonsen, 2014, s. 259).

For å kunne hjelpe barnet til å mestre prosedyresmerter, er det sentralt at sykepleier har kunnskap om mestring og mestringsstrategier tilpasset barn. Lode (2016) refererer til Lazarus og Folkmans mestringsteori (1984), hvor mestring beskrives som en prosess som utspiller seg mellom individet og situasjonen. Hvordan prosessen utspiller seg avhenger av faktorer som personlighet, situasjonstolkning, mestringstro og sosial støtte. Barnets tidligere erfaringer med mestring av prosedyresmerter vil også være betydningsfullt. Personens tolkning av situasjonen kan deles inn i tre stadier; primær-, sekundær- og retolkning. I sum utgjør disse en tolkningsprosess. Tolkningen kan variere og veksle mellom de ulike stadiene. Dette avhenger av hva personen opplever og hva situasjonen krever. I primærtolkningen stiller personen blant annet spørsmålsteget med hvilken betydning situasjonen har for vedkommende. Videre vurderes hvorvidt situasjonen utgjør en trussel eller utfordring, og om den potensielt vil påføre skade. I sekundærtolkningen vurderer personen hva som kan gjøres for å eliminere eller redusere stressfaktorene. Ut fra dette velges mestringsstrategi. I retolkningen evalueres om strategien ble opplevd som hensiktsmessig (Lode, 2016, ). En mestringsstrategi innebærer teknikker som assisterer en i håndteringen av sine reaksjoner (Grønseth og Markestad, 2017). Eksempler på aktuelle mestringsstrategier er unngåelsesstrategier, emosjonsfokuserede strategier og problemfokuserede strategier. Som tidligere nevnt, fokuserer denne oppgaven på avledning som er en problemfokuseret strategi. For å kunne hjelpe barnet til mestring, må sykepleier kartlegge, stimulere og eventuelt kompensere barnets ressurser (Lode, 2016).

Barn knytter ofte opplevelsen av mestring til kropp og kroppsbeherskelse. Kroppslige inngrep, som sårstell og injeksjoner, kan derfor oppleves svært truende (Grønseth & Markestad, 2017 ). Hvilken mestringsstrategi som er hensiktsmessig for barnet i slike situasjoner, avhenger blant annet av barnets kognitive funksjon. Barn i det konkretoperasjonelle stadiet opplever i økende grad vilje til å mestre. Problemfokuseret mestringsstrategi er å forstå som forsøk på å håndtere et problem ved å gjøre noe aktivt. Strategien benyttes i økende grad blant eldre barn, og for øvrig blant barn som opplever å kunne forstå og vurdere situasjonen (Lipsker, 2016; Lode, 2016). For at barnet skal oppleve mestringsfølelse kreves det at vedkommende har tro på og tillit til at det vil la seg gjøre å få situasjonen under kontroll (Eide & Eide, 2014). Det finnes ulike måter å hjelpe barn til å

oppleve kontroll. Kreative aktiviteter, avledning og avspenning- og pusteøvelser er eksempler på problemfokusede mestringsstrategier som kan medføre at barnet opplever kontroll over den smertefulle prosedyren (Karolinska Universitetssjukhuset, 2017; Ruud, 2011).

## **2.7 Avledning**

Avledningsteknikker er en problemfokusede mestringsstrategi som har vist seg effektiv for å hjelpe barn til å håndtere ubehagelige situasjoner. Omsorgspersonene og barnet benytter gjerne slike teknikker før sykehusinnleggelsen (Grønseth & Markestad, 2017; Karolinska Universitetssjukhuset, 2017; Lipsker, 2016). Ved avledning, tilføres ytterligere sanseinntrykk som konkurrerer med øvrige sanseinntrykk i situasjonen. Til tross for at hjernen har kapasitet til å prosessere flere typer stimuli samtidig, vil konkurrerende stimuli utfordre hjernens evne til konsentrasjon om de enkelte stimuliene. Dette medfører at en "tvinges" til å vektlegge og fokusere på enkelte sanseinntrykk. Avledning kan på denne måten anvendes for å flytte barnets oppmerksomhet vekk fra smerten og prosedyren (Grønseth & Markestad, 2017; Håkonsen, 2014; Winger & Leegaard, 2016). Ved å utnytte barnets fantasi, magiske tenkning, nysgjerrighet, interesser og utholdenhet, kan en motivere barnet til å konsentrere seg om avledningen i stede for smerten (Grønseth & Markestad, 2017; Ruud, 2011). Eksempler på avledning er eventyr, sang, lek, videospill og ulike aktiviteter og pusteøvelser som for eksempel å blåse såpebobler eller blåse på små vindmøller (Ruud, 2011; Winger & Leegaard, 2016).

## **2.8 Kommunikasjon og relasjon med barn**

Sykepleierens kommunikasjon foregår både verbalt og nonverbalt, gjennom atferd og holdninger som synliggjøres i omsorgen for barnet og samhandlingen med omsorgspersonene. Sykepleierens kommunikasjon med barnet er sentral for at det skal etableres en arbeidsallianse mellom barnet og sykepleieren, hvor barnet har tillit til sykepleieren. Barn i alderen 6-10 år har utviklet gode kommunikative evner, og er vare på hvordan voksne kommuniserer med dem. For barnet er det viktig at sykepleieren benytter et dagligdags språk med normal rytme. Dersom barnet opplever at sykepleieren snakker for fort eller sakte, eventuelt med et barnslig eller for avansert vokabular, kan dette føre til at barnet mister interessen og er mindre delaktig i samtalen. Førskole- og skolebarn sin tankegang kjennetegnes av fantasi og magisk tenkning, egosentrisitet og animisme. Barnet kan tillegge

liv og mening til gjenstander, samt skape egne årsakssammenhenger. Samtidig er barnets logiske tenkning i utvikling. Dette kan medføre misforståelser mellom sykepleier og barnet, og eventuelt skape skremmende tanker hos barnet. Barnets tillit til og relasjon med sykepleieren er av betydning for dets opplevelse av prosedyren. Dersom barnet assosierer prosedyrer med u håndterlig smerte og redsel, vil dette ha tydelig innvirkning på dets tillit til sykepleieren. Barnet kan oppleve prosedyrene som smertefulle og skremmende. Slike opplevelser kan ha tydelig innvirkning på barnets tillit til sykepleieren. Barnet kan ut fra disse opplevelsene også komme til å generalisere erfaringen til å gjelde annet helsepersonell som kan assosieres med konteksten. Ut fra disse erfaringene vil barnet kunne møte annet helsepersonell som de i utgangspunktet ikke har en relasjon til, med kategorier som ”snille” eller ”slemme”. Det understrekes at sykepleierens kommunikasjon må tilpasses det enkelte barn. Ved regresjon må sykepleien og kommunikasjonen tilpasses pasientens funksjonsevne i øyeblikket, og ikke utelukkende ut fra aldersbasert teori (Eide & Eide, 2014; Grønseth & Markestad, 2017; Ruud, 2011).



### **3. Metode for oppgaven**

Metoden, fremgangsmåten, som er benyttet for denne oppgaven er litteraturstudie. Ved litterære oppgaver anvender en publiserte artikler, forskning og kunnskap til å besvare og belyse ulike aspekter ved den aktuelle problemstillingen (Dalland, 2017, s. 223). Det er anbefalt at pediatrik arbeid baseres på et tverrfaglig kunnskapsgrunnlag (Von Tetzchner, 2012, s. 5). Litteratur med ulike fagperspektiver er derfor benyttet i denne oppgaven.

#### **3.1 Litteratursøk**

Kunnskapsgrunnlaget for denne oppgaven baseres hovedsakelig på aktuell og anerkjent kunnskap, publisert i fagbøker og forskningsartikler. Søket etter relevant fag- og forskningslitteratur startet i september 2017. I skriveprosessen har jeg utført flere litteratursøk. Litteratursøkene har vært rettet mot å belyse ulike aspekter av problemstillingen. Ved søk etter relevante fagbøker har jeg mottatt veiledning fra spesialbibliotekarer ved høgskolen. Både veileder og bibliotekarer har i tillegg anbefalt annen relevant faglitteratur. Pensumbøker fra tidligere sykepleiefaglige emner er også inkludert. Databasen Oria er benyttet for søk etter relevante fagbøker. Andre anerkjente nettsider, som Lovdata.no, er også anvendt for oppdatert kunnskapsgrunnlag.

Tabellen nedenfor (tabell 1) beskriver hvilke søkestrategier som resulterte i forskningsartiklene som anvendes i oppgaven. Tabellen presenterer hvilke søkeord, kombinasjoner, avgrensninger som er benyttet. Inklusjons- og eksklusjonskriterier er benyttet for å tilpasse søkeresultatene etter problemstillingen, og avgrense søkeresultatet. Utvalget ble ytterligere redusert ved vurdering av artiklenes overskrifter og tilhørende abstrakter. Ved aktuelle abstrakter, ble artikkelens helhet vurdert opp mot oppgavens problemstilling.

Utvalg av forskningsartikler er begrenset ut fra metoden og funnenes relevans opp mot oppgavens problemstilling. Et av inklusjonskriteriene er at forskningsartiklene belyser barnets eller sykepleierens perspektiv på ikke-farmakologisk tilnærming ved prosedyresmerter. I tillegg er fagfellevurdert. Valgte artikler er publisert med engelsk eller skandinavisk skriftspråk. Ved hver artikkel er relevans for kulturell overførbarhet vurdert. Forskningsartikler publisert tidligere enn 2013 er ekskludert fra de systematiske litteratursøkene.

Strategi	Database/ utgangspunkt	Søkeord	Kombinasj- oner	Avgrensninger	Antall treff	Tittel
Systematisk litteratur- søk	CINAHL	"children", "MH Pain+", "Non- pharmacolog ical"	AND	"Research Article"	14	Experienced Nurses' Use of Non-Pharmacological Approaches Comprise More Than Relief From Pain
Systematisk litteratur- søk	CINAHL  Fulltekst tilgjengelige gjennom LDH.	"MH Play Therapy", "MH Play and Playthings +", "toy*", "MH Pain Management ", "MH Pain+",	("MH Play Therapy" OR "MH Play and Playthings +", OR "toy*") AND ("MH Pain Management" OR "MH Pain+")	"Research Article", "Published date: 01.01.2012- 31.12.2018"	36	Active and Passive Distraction in Children Undergoing Wound Dressings
Systematisk litteratur- søk	Sykepleien.no	Barn, smerte, behandling	Ingen	Forskning publisert i tidsrommet 2008- 2018.	9	Norske sykepleieres kunnskap om og holdning til smerter hos barn
Systematisk litteratur- søk	CINAHL	"MH Child+", "MH distraction", "MH Pain"	AND	"Research Article", "01.01.2012- 31.12.2018"	46	The effect of Distraction on Pain Level Felt by school- age Children During Venipuncture Procedure – Randomized Controlled Trial
Kjedesøk	Referanselisten til <i>Høring: Retningslinjer for behandling av akutte og prosedyrerelate smerter hos barn</i> , [høring], tredje kapittel: Distraksjon og fysikalske metoder. (01.12.17: <a href="https://www.legemidlertilbarn.no/helsepersonell/Sider/horing-smerteretningslinjer.aspx">https://www.legemidlertilbarn.no/helsepersonell/Sider/horing-smerteretningslinjer.aspx</a> )  Database: Google Scholar	Artikkelens tittel				Use of Complementary and Alternative Medical Interventions for the management of Procedure- Related Pain, Anxiety, and Distress in Pediatric Oncology: An integrative Review
Kjedesøk	Tilhørende referanseliste til <i>Active and Passive Distraction in Children</i>	Artikkelens tittel				The use of Virtual Reality for needle-related procedural pain and distress in children and adolescents in a paediatric oncology unit

	<i>Undergoing Wound Dressings</i> Database: Google Scholar					
Kjedesøk	Referanselisten til <i>Active and Passive Distraction in Children Undergoing Wound Dressings</i> Database: Google Scholar	Artikkelens tittel				Children's experienced of procedural pain management in conjunction with trauma wound dressings

Tabell 1

### 3.2 Kildekritikk

Denne oppgaven inkluderer kunnskap fra utviklingsteoriene til Piaget og Eriksson. Teoriene er kritiserte, samtidig som de fremdeles anvendes og er mye referert til i annen litteratur (Håkonsen, 2014; Ruud, 2011). Kunnskap om utviklingsteoriene baserer seg på Håkonsen (2014) sin fremstilling i boken *Psykologi og psykiske lidelser*. Eventuelle feiltolkninger og misoppfattelser må tas høyde for. For øvrig er det hovedsakelig benyttet primærkilder. I de tilfeller hvor sekundærkilder er benyttet, tydeliggjøres dette i tekstens litteraturhenvisning.

Majoriteten av søkeresultatene har vært forskningsartikler som undersøker effekten av ikke-medikamentelle tiltak på prosedyrerelatert smerte, engstelse og stress. Få forskningsartikler har utelukkende fokus på prosedyresmerter. Dette samsvarer med at prosedyresmerter er en flerdimensjonal opplevelse hvor barnets emosjoner utgjør en viktig faktor (Larsson, 2016). Forskningens flerdimensjonale fokus kan medføre at detaljer tilknyttet ikke-farmakologisk effekt på prosedyresmerter overses.

*Høring: Retningslinjer for behandling av akutte og prosedyrerelaterte smerter hos barn* [høring] var utgangspunktet for ett av kjedesøkene (Nasjonalt Kompetansenettverk for legemidler til barn, 2017). Retningslinjene ble funnet ved et åpent søk i den internasjonale søkemotoren Google, og er et utkast som per dags dato er på høring. Utvikling av nye retningslinjer tar i hovedsak utgangspunkt i relevant forskning og fokusområder. Kjedesøket ble gjort i den hensikt med å tilegne meg et overblikk over fagmiljøets fokusområder, samt

nyere og aktuell forskningslitteratur. Forskningsartikkelen som anvendes er fagfelleurdert, og retningslinjene er sammenlignet med *Riktlinjer för smartbehandling vid Astrid Lindgrens barnsjukhus* (Karolinska Universitetssjukhuset, 2017).

Oppgaven inkluderer publikasjoner og fagbøker på både svensk og engelsk. Det må tas høyde for at mine språkkunnskaper, oversettelse og tolkning kan ha medført eventuelle misoppfatninger av forfatterens budskap. To av forskningsartiklene som er anvendt i denne oppgaven baserer seg på undersøkelser utført utenfor Norden. En av disse er Karakaya og Gözen (2016) sin forskningsartikkel, som presenterer resultater fra en kvantitativ undersøkelse gjort ved et opplærings- og forskningssykehus i Istanbul, Tyrkia. Studien anvender objektive kartleggingsverktøy for å undersøke hvorvidt avledning med kaleidoskop har effekt på barnets smerteopplevelse. Forskningsartikkelens resultater indikerer en positiv effekt. Barnets smerteopplevelse og – uttrykk påvirkes av kulturen de vokser opp i (Grønseth & Markestad, 2017). Ved overføring av resultatenes verdier for denne oppgaven, må det derfor tas hensyn til de kulturelle forskjeller mellom norske og tyrkiske samfunn. Funnene til Karakaya og Gözen (2016), anvendes som indikasjoner på effekt ved avledning. Landier og Tse (2010) sin integrative oversikt anvender kunnskap publisert i annen forskning, tilgjengelig i internasjonale databaser, for å undersøke effekten av komplementær og alternative medisinske intervensjoner for barns mestring av prosedyresmerter. Artikkelen inkluderer funn fra 32 artikler, hvor 29 av artiklene er publisert i USA, England, Italia og Hellas, to av forskningsartiklene er publisert i Canada, samt én hvor geografisk lokalisasjon ikke er oppgitt. Artikkelens funn gir indikasjoner på effekter som kan ha overføringsverdi for norsk sykepleiepraksis.

## 4. Presentasjon av forskningsresultater

Litteratormatrisen (tabell 2) er ment å gi en oversikt over forskningslitteratur som er anvendt for å belyse ulike aspekter ved problemstillingen. Den kategoriserer artiklene ut fra forfatter og år for publikasjon, tittel og tidsskrift. Videre er det gitt en kortfattet oppsummering av forskningens hensikt, metode og funn.

Nr.	Forfatter. (publikasjonsår)	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode	Funn
1	Svendsen, E. J., & Bjørk, I. T. (2014)	Experienced Nurses' Use of Non-Pharmacological Approaches Comprise More Than Relief From Pain	Journal of Pediatric Nursing	Undersøker hvilke ikke-farmakologiske tilnærminger erfarne sykepleiere anvender ved smerter hos barn, og hvordan de resonerer angående tilnæringsvalg.	Kvalitativt studie. Gjennomført tre fokusgrupper ved tre ulike avdelinger. 14 sykepleiere deltok.	Tre tilnærminger ble benyttet. Oppmuntrende, åpen og positiv holdning og miljø i avdelingen, å gi barnet kontroll i situasjonen, avledning. Foretrekkes å gi barna kontroll i situasjonen. Avledning oppfattes som utfordrende å anvende. Barna måtte føle seg trygge før avledning kunne anvendes.
2	Nilsson, S., Hallqvist, C., Sidenvall, B., & Enskär, K. (2011)	Children's experienced of procedural pain management in conjunction with trauma wound dressings	Journal of advanced nursing	Beskrive 5-10-åringer sine erfaringer med prosedyresmerter tilknyttet sårstell.	Kvalitativt beskrivende studie. 39 barn deltok, majoriteten gutter. Gjennomsnittsalder: 7 år.	Fire områder beskrevet som betydningsfulle for mestringsopplevelsen. Sykepleierens kliniske kompetanse, avledning, deltakelse og trygghet. Opplevelsen av trygghet og kontroll er viktig. Ønsket ikke å delta i medisinske eller farmakologiske valg, men ønsket muligheten for å velge avledning og avledningsteknikk.
3	Nilsson, S., Enskär, K., Hallqvist, C., & Kokinsky, E. (2013).	Active and Passive Distraction in Children Undergoing Wound Dressings	Journal of Pediatric Nursing	Undersøke hvorvidt bruk av aktiv avledning, (TV-spill) eller passiv avledning (kjærlighet-påpinne), kan påvirke barns opplevelse av smerte, angst og stress under sårstell.	Randomisert kvantitativ studie, med ikke-blind tilnærming. Inkluderer data fra 60 barn i alderen 5-12 år.	Avledning medførte reduksjon i FLACC-skår. Størst reduksjon blant barna som deltok i aktiv avledning. Ingen signifikante forskjeller i barnas selvrapporterte smerte. Størst reduksjon i selvrapportert stress og uro blant deltakerne med aktiv avledning.
4	Nilsson, S., Finnström, B.,	The use of Virtual Reality for needle-related procedural pain	European Journal of Oncology Nursing	Undersøke og kartlegge hvordan bruk av Virtuell Realitet	Kvantitativ undersøkelse, som inkluderer kvalitative	Ingen statistisk signifikant reduksjon av barns smerte eller stress ble avdekket. For intervensjonsgruppen

	Kokinsky, E., & Enskär, K. (2009)	and distress in children and adolescents in a paediatric oncology unit		(VR), med 3D-spill, under sprøyterelaterte prosedyrer påvirker opplevelsen av prosedyresmerte og stress. Deltakernes respons til tiltaket ble også undersøkt.	intervjuer. Kartleggingsverktøyene CAS, FAS, FLACC og måling av hjerterefreknens ble benyttet for kartlegging av barnets smerteopplevelse og stress. Inkluderer data fra 37 barn i alderen 5-18 år. Gjennomsnittsalder: 7 år.	økte ikke FLACC-skåren under prosedyren. Flere av deltakerne uttrykte at avledningen bidro til mestring av prosedyresmerten. Nødvendig at avledningen individualiseres og prosedyretilpasses.
5	Hovde, K. R., Granheim, T. G., Christophe-rsen, K. A., & Dihle, A. (2011)	Norske sykepleieres kunnskap om og holdning til smerter hos barn	Sykepleien Forskning	Kartlegge og beskrive spesial-sykepleiere og sykepleiere sin kompetanse om og holdninger til smerter hos innlagte barn og ungdom i alderen 0-18 år.	Tverrsnittstudie med kvantitativ tilnærming. Inkluderer 183 sykepleiere og spesial-sykepleiere ved åtte pediatri-avdelinger, og en høyskole i Helse Sør-Øst. 40 spørsmål om smertehåndtering, smertevurdering, medikamentell og ikke-medikamentell smertebehandling.	Høyt teoretisk nivå blant deltakerne. Avdekker diskrepans mellom sykepleierens teori og praktiske tilnærming.
6	Landier., W., Tse, A. M. (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	Undersøke hvilke komplementære og alternative medisinske intervensjoner som anvendes for å hjelpe barn til å mestre prosedyresmerter, engstelse og stress, samt om det eksisterer evidensbasert dokumentasjon for effekten av intervensjonene. Undersøker relevans for kunnskapsbasert praksis.	Systematisk oversiktsartikkel med en integrativ oversikt. Studien inkluderer 32 artikler tilgjengelige i internasjonale databaser.	Sinn-kropp-intervensjoner kan være godt egnet for at barnet skal mestre prosedyrerelatert smerte, engstelse og stress. Avledning, hypnose og imaginering fremstilles som egnede tiltak. Avledning regnes som særlig effektivt for mindre barn.
7	Karakaya, A., & Gözen, D. (2016)	The Effect of Distraction on Pain Level Felt by School-age Children During Venipuncture	Pain Management Nursing	Undersøke hvilken effekt avledning har for barns smerteopplevelse	Kvantitativt studie med randomisert design. 144 barn i alderen 7-12 år deltok. Inndelt i en kontrollgruppe, og	Avdekker signifikante forskjeller i selvrapporterte smerteopplevelse. Kontrollgruppen uttrykte sterkere smerte enn

		Procedure – Randomized Controlled Trial		under venepunksjon.	en intervensjons- gruppe. Kaleidoskop anvendt som avledning. FPS-R anvendt som smertekartleggings verktøy. Vitale målinger av barnets hjerterefrekvens og saturasjon ble også utført.	intervensjonsgruppen. Ingen signifikante forskjeller i gruppenes vitalia.
--	--	---	--	------------------------	---	--

Tabell 2

## **5. Drøfting**

Sykepleier kan gjennom sin yrkesutøvelse fremme optimal smertelindring. Motsatt kan også sykepleieren utgjøre en barriere for smertelindringen, med økt lidelse hos barnet som resultat (Hovde et al., 2011). En grunnforståelse i denne oppgaven er at smerteopplevelse er kompleks. Opplevelsen påvirkes av flere ulike stimuli samtidig og kan dermed modifieres aktivt. Barns smerteopplevelse kan dermed påvirkes (Karolinska Universitetssjukhuset, 2017). I møte med barnet har sykepleierens kunnskapsgrunnlag, yrkesutøvelse og holdninger en avgjørende innvirkning på hvilken smerteopplevelse og mestring barnet opplever under prosedyrer (Hovde et al., 2011). Det er ikke rimelig å forvente at mestringsstrategier bidrar til totalt fravær av smerte. Derimot kan avledning som mestringsstrategi gi barnet en opplevelse av å håndtere smertefulle situasjoner, og dermed erverve erfaringer hvor de opplever å føle seg kompetente (Grønseth & Markestad, 2017; Landier & Tse, 2010; Svendsen & Bjørk, 2011). Dette kapittelet diskuterer noen av faktorene som påvirker barnets mestring av prosedyresmerter, med fokus på samspillet mellom sykepleieren og barnet.

Momentene i de ulike underkapitlene utgjør en del av en større helhet og påvirker hverandre gjensidig. Hvert delkapittel kan dermed ikke ses isolert, men drøftingen må ses i en sammenheng.

### **5.1 Behandling av barns prosedyresmerter**

Sterke smerteopplevelser kan ha negativ effekt på barnets sirkulasjonssystem, immunforsvar og sårheling. Gjentakende erfaringer med negative og smertefulle prosedyrer er dessuten av betydning for barnets senere respons ved smertestimuli. Dette kan medføre at barnet får en progredierende opplevelse av prosedyrer som traumatiske (Grønseth & Markestad, 2017; Karolinska Universitetssjukhuset, 2017). Likevel viser ulike forfattere til at barn innlagt i sykehus ikke opplever tilstrekkelig smertelindring (Grønseth & Markestad, 2017; Hovde et al., 2011). Sykepleier i pediatrik avdeling arbeider nært barn i en sårbar situasjon. Følgelig kan sykepleierens tilnærming være av avgjørende betydning for barnets smertelindring og mestringsopplevelse. Tross økende kunnskap om barns smerteopplevelse og hvordan sykepleier kan lindre smerter hos barn, viser forskning at det eksisterer en tydelig diskrepans mellom sykepleieres teoretiske kunnskap og praktiske tilnærminger. Sykepleierens vurderinger av barnets smerteopplevelse ser ut til å være av betydning for hvilken smertelindring barnet tilbys (Hovde et al., 2011). Dette står som en motsetning til kunnskap



om at smerte må vurderes ut fra barnets subjektive opplevelse for å gi optimal smertelindring (IASP, 2017).

Ved farmakologisk smertelindring utviser sykepleiere bekymring for at barn skal utvikle bivirkninger som respirasjonsdepresjon eller medikamentavhengighet. Bekymringen påvirker sykepleiernes administrasjon av analgetika. Dette er muligens en av årsakene til at barn ikke opplever tilstrekkelig smertelindring (Hovde et al., 2011). På den annen side har analgetika sjelden tilstrekkelig effekt under prosedyrer som stimulerer av A delta-fibre. Anvendelse av komplementær ikke-farmakologisk smertelindring kan derimot bidra til at barnet likevel opplever sårstellet eller den invasive prosedyren som skånsom (Landier & Tse, 2010; Lundeberg, 2016; Winger & Leegaard, 2016). Dette er en av grunnene til at avledning er en aktuell intervensjon ved smertelindring hos barn.

## **5.2 Trygghet som forutsetning for mestring**

Forskningsresultatene som anvendes i denne oppgaven antyder at sykepleiere anvender en rekke ikke-farmakologiske smertelindrende tilnærminger, og ofte flere samtidig (Karakaya & Gözen, 2016; Landier & Tse, 2010; Nilsson et al., 2009; Nilsson, et al., 2011; Nilson et al., 2013; Svendsen & Bjørk, 2014). Av Svendsen og Bjørk sin forskning (2014) fremkommer forebygging av tvang, som en sentral motivasjon for sykepleiernes anvendelse av intervensjonene. Av sykepleiernes erfaringer fremkommer at en samarbeidende relasjon mellom barnet og sykepleieren er essensiell for slik forebygging. Ikke-farmakologiske intervensjoner anvendes nettopp for å etablere og opprettholde den samarbeidende relasjonen. Dette indikerer at en positiv relasjon mellom sykepleier og barnet har en eksplisitt innvirkning på barnets opplevelse av trygghet. Kvaliteten på den flerdimensjonale smerteopplevelsen avgjøres i så henseende av en rekke faktorer, hvor barnets emosjonelle erfaringer er grunnleggende (Larsson, 2016; Tjølsen & Rosland, 2017). Selv trekker barn frem opplevelsen av trygghet og kontroll som essensiell for deres mestring av prosedyresmerter (Nilsson et al., 2011). Dette samsvarer med hvordan sykepleierne beskriver sine erfaringer. En av de intervensjonene som er foretrukket blant sykepleiere i presentert forskningen, er tilnærminger som gir barnet opplevelse av kontroll over den smertefulle situasjonen. For eksempel kan dette gjøres ved å la barnet velge mellom ulike alternativer, som valg av plaster og hånd for invasiv prosedyre, eller selv få fjerne bandasjer eller avgjøre når det vil ha pauser under sårstellet (Svendsen & Bjørk, 2014). Slike valg er ikke direkte knyttet opp til medisinsk eller

farmakologisk behandling, men omhandler på mange måter likevel hvordan prosedyren skal utføres. En kan til dels derfor si at dette samsvarer med barnas uttrykk om at de ikke ønsker å delta i medisinske eller farmakologiske valg (Nilsson et al., 2011).

Ved valg av behandling er sykepleier er pliktet til å ta barnets ønsker og presenterte resonnementer i betraktning (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Følgelig er resultatene til Nilson et al. (2011) interessante. I deres forskning fremkommer at barnets trygghetsopplevelse er sentral for deres mestringsopplevelse. Videre viser forskningen at barna ønsker å delta i beslutninger om egen behandling, især i beslutninger om valg av avledning som mestringsstrategi. De ønsker imidlertid ikke å delta i medisinske eller farmakologiske beslutninger. Dette skyldes at slik kunnskap ofte er fremmed for barna. Ved slike avgjørelser ønsker de å stole på sykepleierens kompetanse (Nilsson et al., 2011). For at sykepleier skal kunne utøve effektiv smertelindring, vil dette si at de må de følge opp barnets ønsker i forhold til valg av mestringsstrategier. Samtidig kreves at sykepleier tar selvstendig ansvar for gjennomføringen av behandlingen (Helsepersonelloven, 1999).

### **5.3 Aktiv og passiv avledning**

Mestringsstrategien har en effektiv innvirkning på barnets smerteopplevelse, og er en mestringsstrategi som barn gjerne ønsker å anvende under smertefulle prosedyrer (Nilsson et al., 2009; Nilsson et al., 2011). Avledning som begrep omfavner flere metodikker med samme hensikt; å flytte barnets oppmerksomhet vekk fra smerten og prosedyren. Eksempler på avledningsteknikker som anvendes i dag er eventyrfortelling, sang, telling, blåse såpebobler eller på små vindmøller, samt å se i kaleidoskop eller på film (Grønseth & Markestad, 2017; Karakaya & Gözen, 2016; Landier & Tse, 2010; Nilsson et al., 2009; Nilsson et al., 2011; Nilsson et al., 2013). Avledning som involverer sang, såpebobler eller vindmøller er mestringsstrategier som involverer at barnet i større eller mindre grad kontrollerer respirasjonen, samtidig som det fokuserer på aktiviteten. Dette kan være noe av årsaken til teknikkenes effekt. Effekten forutsetter likevel at barnet lar seg engasjere i aktiviteten (Grønseth & Markestad, 2017). Ved vurdering av om de ovennevnte avledningene skal anvendes, bør sykepleier derfor vurdere tidsaspektet for hvor lenge de kan engasjere barnet, opp mot omfanget av prosedyren. Særlig gjelder dette sårstell, som ofte er mer tidkrevende enn de invasive prosedyrene.

Med moderne teknologi er også videospill og andre interaktive spill med for eksempel bruk av virtuell realitet (VR) tilgjengelige avledningsmetoder (Nilson et al., 2009; Nilsson et al., 2013). En studie utført i Sverige kategoriserer avledning i aktiv og passiv avledning. Av studien fremkommer det at både barn som ble passivt avledet med kjærlighet-på-pinne, eller aktivt avledet med TV-spill, oppnådde redusert FLACC-skår under prosedyren. Blant barna som deltok i aktiv avledning ble det riktig nok kartlagt en diskrepans mellom deres selvrapporterte smerte og FLACC-skår. Den aktive avledningen var utformet slik at den utfordret barnas oppmerksomhet. På bakgrunn av dette diskuterer Nilson et al. (2013) hvorvidt den aktive avledningen har endret barnets smertetoleranse, og dermed fungert som en nyttig mestringsstrategi (Nilsson et al., 2013). Diskusjonen samsvarer med funn fra tidligere studier som har antydnet at anvendelse av aktiv avledning i form av VR-spill kan medføre at barnet unngår økt FLACC-skår under pågående prosedyre - uten at dette nødvendigvis medfører en reduksjon i barnets smerteopplevelse. Derimot ser det ut til at mestringsstrategien har innvirkning på hva barnet fokuserer sin oppmerksomhet på. Slik endres håndteringen av den smertefulle prosedyren (Nilsson et al., 2009). På den annen side har aktiv avledning hvor sykepleier engasjerer barnet til å se i et kaleidoskop og deskriptivt besvare spørsmål angående hvilke former og farger det observerer, vist seg å ha en signifikant effekt på barnets smerteopplevelse (Karakaya & Gözen, 2016). Aktiv avledning har med andre ord vist seg som effektiv mestringsstrategi blant barn. Dersom avledningen aktiviserer barnet i form av fysisk aktivitet, medfører dette muskeltensjon. Dette kan imidlertid ha en uheldig innvirkning på prosedyreutførelsen og barnets smerteopplevelse. Det ser derfor ut til at mobilisering bør begrenses til det minimale, og avledningen bør konsentrere seg om å aktivisere barnets oppmerksomhet. Aktiv avledning, som TV-spill, ser dessuten ut til å kunne beholde barnets oppmerksomhet over lengre tid, og kan derfor være aktuelt ved mer tidkrevende prosedyrer. Dersom avledningen i tillegg tilrettelegges slik at barnet hyppig kan veksle mellom å ha fokus på avledning og prosedyren, ser dette ut til å styrke barnets opplevelse av kontroll, og dermed styrke mestringsstrategiens effekt (Karakaya & Gözen, 2016; Nilsson et al., 2009; Nilsson et al., 2013). Vellykket anvendelse av avledning kan medføre at sykepleieren observerer færre tegn til smerteuttrykk hos barnet. Det er rimelig å anta at dette gir sykepleieren økt trygghet i situasjonen. Dette ser i sin tur ut til å påvirke barnets evne til mestringsstro og -evne (Nilsson et al., 2013).

#### **5.4 Magisk tankegang som ressurs for mestring**

For barn er mestringsopplevelse sterkt knyttet til kropp og kroppsbeherskelse (Grønseth & Markestad, 2017, s 64). Under invasive prosedyrer og sårstell, hvor barnet opplever at kroppen påføres fysisk smerte, trues derfor barnets opplevelse av å mestre den krevende situasjonen. For at sykepleier skal kunne hjelpe barnet til å oppleve avledning som en nyttig mestringsstrategi under smertefulle prosedyrer, kreves det at sykepleieren understøtte barnets mestringssevne og mestringstro (Lode, 2016; Nortvedt & Grønseth, 2015). Ved å styrke og nyttiggjøre seg av barnets ressurser, kan sykepleieren fremme barnets mestringssevne. Barn i alderen 6-10 år preges av en magisk tankegang. Den magiske tankegangen kan skape utfordringer for sykepleieren ved kommunikasjon og relasjonsbygging (Grønseth & Markestad, 2017). Samtidig utgjør den magiske tankegangen et sentralt element ved barnets mestringssevne – en viktig ressurs som sykepleiere oppfordres til å aktivt ivareta. Tilretteleggelse for opprettholdelse av barnets evne til lek og symbolisering er derfor viktig. Dette samsvarer også med intensjonene i brukerrettighetsloven hvor barns rett til aktivitet og stimuli er satt i fokus. (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999; Ruud, 2011).

#### **5.5 Alder, interesser, kontekst og engasjement**

Barns behov, krav og forventninger til lek og avledning differensieres ut fra ulike aldersgrupper (Grønseth & Markestad, 2017). Derav må avledningen tilpasses barnets aldersgruppe. Videre kreves det at den tilbudte og anvendte avledningen samsvarer med barnets kognisjon og interesser. På denne måten inviterer avledningen til barnets engasjement. Dersom sykepleieren i tillegg evner å engasjere seg i aktiviteten, bidrar dette til å opprettholde barnets fokus på avledningen, som i sin tur øker mestringssevnen (Berntzen, et al., 2015; Grønseth & Markestad, 2017; Nilsson, et al., 2011). Ut fra dette er det rimelig å påstå at hensiktsmessig avledning både har sammenheng med barnets alder, kognisjon og interesser, samt sykepleiers engasjement.

For at avledningen skal oppleves effektiv, kreves det at sykepleier tilrettelegger og tar hensyn til faktorer som: stemningsleie, sårbarhet, behov for trygghet og informasjon. Barnets stemningsleie har betydning for smerteopplevelsen. Sykehusinnleggelse kan oppleves som skremmende for barn. Prosedyrer kan forsterke barnets opplevelse av å være i en allerede sårbar og krevende situasjon. Derfor anbefales det at elektive prosedyrer utføres når barnet er uthvilt. I og med at sykehusinnleggelsen kan oppleves skremmende, anbefales det at en

tilstreber å verne om de sonene på sykehuset som barnet oppfatter som trygge. For eksempel kan dette være områder som seng og lekeområdet. Det frarådes derfor at smertefulle prosedyrer, som sårstell og invasive prosedyrer, utføres her (Grønseth & Markestad, 2017).

Barnets forventninger til prosedyren og prosedyresmertene er av betydning for hvordan barnet opplever situasjonen. Derfor er det viktig at sykepleier informere om hensikten med prosedyren og hvordan den skal utføres. Sykepleier bør også informere om eventuelle konsekvenser av prosedyren. Informasjonen skal imidlertid tilpasses til det individuelle barnets forutsetninger for forståelse. Ved kommunikasjon med barnet bør sykepleieren være observant på at formidlingen ikke bare skal tilpasses barnets kognitive utvikling og språkforståelse, men også ta høyde for eventuelle følelsesmessige reaksjoner og regresjon. Det bør tilstrebes en formidling hvor barnet ikke skremmes (Grønseth & Markestad, 2017; Karolinska Universitetssjukhuset, 2017). Det er imidlertid sentralt at sykepleieren meddeler realistiske om opplysninger om forventet smerteopplevelse, slik at barnets forventninger samsvarer med realiteten. Dersom barnets forventninger derimot ikke samsvarer med opplevelsen, kan dette forsterke og eskalere smerteopplevelsen (Berntzen, et al., 2015).

Det er med andre ord ikke nok at sykepleier kun tar hensyn til barnets stemningsleie eller tid og sted for prosedyreutførelsen. For at avledningen skal oppleves som nyttig må sykepleieren i tillegg forsikre seg om at barnet har realistiske forventninger til prosedyreutførelsen. Videre må sykepleier inkludere barnets følelsesmessige reaksjoner og regresjon for at avledningen skal ha optimal effekt.

## **5.6 Avledning – et redskap for sykepleier, barnet og barnets omsorgspersoner**

I følge Eriksons teori er barn i alderen 6-10 år i en utviklingsfase hvor barnets selvoppfattelse preges av tankegangen om at *"jeg er det jeg lærer"* (Håkonsen, 2014, s. 57). Barn i denne aldersgruppen ønsker gjerne å lære seg fysiske og intellektuelle aktiviteter. Innlæring av aktiviteter kan ses på som et grunnlag for mestringsevne (Håkonsen, 2014).

Barnets omsorgspersoner har en sentral rolle for barns opplevelse av trygghet i stressituasjoner. Jamfør pasient og brukerrettighetsloven §6-2, har barn rett til samvær med minimum én omsorgsperson, og dennes tilstedeværelse er å anbefale under utførelse av prosedyrer (Grønseth & Markestad, 2017; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Gjennom

familielivets symbiose har omsorgspersonen(e) en unik relasjon til barnet. Dersom barnet oppfatter signaler om at de voksne tviler på barnets mestringsevne, har dette negativ effekt på barnets mestringstro. Ved at sykepleieren avklarer rolleforventningene til partene som er tilstede under prosedyren, og selv tar ansvar for å anvende avledning for å hjelpe barnet til å mestre prosedyresmertene, kan omsorgspersonene observere effekten av mestringsstrategien. Dersom sykepleier i tillegg veileder omsorgspersonene til anvendelse av avledning, kan dette bidra til familiær støtte og anerkjennelse av barnets mestringsstrategier. Denne innlæringen kan gi omsorgspersonene et nyttig redskap for å hjelpe barnet til å mestre smerter. Sykepleier kan på denne måten også redusere muligheten for at engstelse hos omsorgspersonen(e) overføres til barnet. Avledning er forøvrig også en mestringsstrategi som familien kan anvende utenfor sykehuset (Grønseth & Markestad, 2017; Håkonsen, 2014). Nettopp fordi avledning er en mestringsstrategi som ofte anvendes av barn og deres omsorgspersoner, bør det tas høyde for at barnet selv, eventuelt omsorgspersonene, kan ta initiativ til å anvende avledning. Ved å tilegne seg ulike ferdigheter, kan barnet utvikle kompetanse og evne til på egenhånd å håndtere ulike utfordringer (Håkonsen, 2014). Sykepleieren bør i slike tilfeller følge opp dette initiativet, og på denne måten støtte opp under barnets mestringsevner. Dette samsvarer med NSF (2016) sine yrkesetiske retningslinjer.

## **5.7 Sykepleierens teoretisk kunnskapsgrunnlag og praktiske tilnærming**

Å forebygge og å lindre smerte er sentrale funksjoner i sykepleien (Brinchmann, 2014b; NSF, 2016). Det forventes at sykepleierens handlinger samsvarer med dennes teoretiske kunnskap, samt at intervensjoner for å fremme helse, lindre lidelse og å forebygge sykdom iverksettes (Sneltvedt, 2014). Dog skal helsehjelpen som tilbys samsvare med hvilke kvalifikasjoner det kan forventes at sykepleieren har (Helsepersonelloven, 1999). Smertefulle prosedyrer er ikke noe barn tilvennes (Grønseth & Markestad, 2017). Det er heller ikke å forvente at barnet skal ta selvstendig ansvar for sin mestring av prosedyresmerter (Karolinska Universitetssjukhuset, 2017).

Smerte er en individuell opplevelse. Sykepleieren kan med andre ord ikke inneha en uttømmende innsikt i barnets smerteopplevelse (Berntzen et al., 2015). Sykepleierens evne til å lytte til barnet, samt gi det en opplevelse av å bli hørt, er derfor sentral for deres samarbeid. På lik linje med at barnet må anses som ekspert på sin subjektive smerte, har det ofte erfaringer og intuisjon angående hvilke mestringsstrategier som vil være nyttig for dem å

anvende (Grønseth og Markestad, 2017; Karolinska Universitetssjukhuset, 2017). Hypotetisk tankegang oppfattes imidlertid som vanskelig blant barn i det preoperasjonelle og konkretoperasjonelle stadiet. Dersom barnet ikke fremhever egne preferanser, kan det derfor være hensiktsmessig at sykepleieren tilbyr alternativer som barnet kan velge mellom. Da vil det imidlertid være verdifullt at alternativene er begrenset i antall, gjerne bare to. På denne måten kan barnet oppleve situasjonen som oversiktlig, beholde kontrollen og oppleve mestringstro (Grønseth & Markestad, 2017; Lode, 2016).

Forskning viser at sykepleiere har tilstrekkelig teoretisk kunnskap om smerteopplevelse og smertebehandling hos barn (Hovde et al., 2011). Sett i lys av prinsippene om velgjørenhet, rettferdighet og ikke-skade prinsippet, er det derfor foruroligende at barn ikke opplever tilstrekkelig lindring av prosedyresmerter. Ut fra dette er det grunn til å stille spørsmålsteget ved praksisens forsvarlighet. Forsvarlig helsehjelp innebærer at sykepleier praktiserer en omsorgsfull yrkesutøvelse (Helsepersonelloven, 1999). I denne sammenheng innebærer dette blant annet at sykepleierens tilnærming må tilpasses barnets behov, alder og utvikling. Ved sykehusinnleggelse har barn rett til individ- og helsetilpasset aktivitet og stimuli. Videre må sykepleier ta hensyn til at barna har rett til å ytre sine ønsker og meninger om hvilken helsehjelp som tilbys og mottas (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2000; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Sykepleieren har på sin side plikt til å ta barnas meninger i betraktning, når intervensjoner vurderes og evalueres. Mangel på selvbestemmelse har en truende innvirkning på barnets selv- og mestringsfølelse. Ut fra dette må en kunne si at en individ- og prosedyre tilpasset avledning kan ha en sentral funksjon i forhold til å yte forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp.

## **5.8 Risiko ved avledning – fare for tillitsbrudd**

Mens barn ønsker å nyttiggjøre avledning under smertefulle prosedyrer, opplever sykepleiere avledning som utfordrende å anvende (Nilsson et al., 2009; Nilsson et al., 2011; Nilsson et al.; 2013; Svendsen & Bjørk, 2014). Denne motsetningen ser ut til å skyldes ulikheter mellom barns og sykepleieres oppfatninger av innvirkende faktorer for barnets opplevelse av kontroll og trygghet. Videre tyder forskning på at sykepleiere frykter at en eventuelt mislykket avledning vil forverre og eskalere en allerede krevende situasjon. Dersom forsøket på å avlede barnet mislykkes, er det fare for at det oppstår et tillitsbrudd mellom barnet og sykepleieren (Svendsen & Bjørk, 2014). Dette er en risiko som løper ved alle former for prosedyrerelatert

smertelindring hos barn. Smerteopplevelser som ikke samsvarer med hva barnet mestrer eller forventer, kan medføre at barnet får en redusert eller fraværende tillit til sykepleieren, samt øvrig helsepersonell. Dermed kan en argumentere for at sykepleier gjennom vellykket bruk av avledning, kan bidra til å etablere og opprettholde barnets tillit til sykepleiere, både i situasjonen og til profesjonen generelt. Slik tillit er hensiktsmessig, blant annet for å forebygge tvang. Tilliten vil dessuten være fordelaktig for barnets senere møter med prosedyrer og helsevesen (Grønseth & Markestad, 2017; Hovde et al., 2011). Da avledning gjerne er en mestringsstrategi som barnet allerede er kjent med, er det rimelig å anta at anvendelsen trolig bidrar til å gi barnet opplevelse av både trygghet og kontroll (Grønseth & Markestad, 2017; Nilsson et al., 2011).

## **5.9 Plikt og motivasjon**

Det knyttes mange ulike forventninger og plikter til sykepleierens yrkesutøvelse. Foruten de ytre pliktene som er hjemlet i regelverk og yrkesetiske retningslinjer, er det å forvente at sykepleieren handler etter indre plikter, som verdier. Plikten om å yte forsvarlig og omsorgsfull sykepleie, opprettholde sin faglige kyndighet, trøste og lytte til barnet, forklare, fremme mestring, ikke skade, yte rettferdig helsehjelp og prioritere arbeidsoppgaver, er blant de plikter som sykepleieren må forholde seg til i en hektisk arbeidsdag. Klinikken preges som regel av at sykepleiere må kalkulere fordeler og ulemper med mestringsstrategier og deres effektivitet. I følge Kant er det ikke tilstrekkelig at en handler ut i fra plikter. Handlingene må i tillegg være besluttet ut fra en indre motivasjon. I lys av dette vil en kunne si at sykepleierens motivasjon for anvendelse av avledning, er av sentral betydning for hvordan barnet hjelpes til å mestre prosedyresmertene (Brinchmann, 2014a; Håkonsen, 2014; Svendsen & Bjørk, 2014).

## **5.10 Informasjon og personalkontinuitet**

Sykepleieprosessen er beskrivende for hvordan sykepleiere administrerer og utøver sin sykepleie. Datasamling er et av hovedpunktene i denne prosessen. Sykepleierens kartlegging av pasientens behov, plager, ressurser og helsetilstand bør foregå kontinuerlig, fra innleggelse til utskrivning (Rotegård, Solhaug & Grov, 2015). God dokumentasjon og personalkontinuitet er både hensiktsmessig og nødvendig (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2000; Helsepersonelloven, 1999). I forkant av en prosedyre bør sykepleier kartlegge hvilke



erfaringer barn har tilknyttet mestringsstrategier og sårstell eller invasive prosedyrer. Dersom barnet har erfaring med prosedyrer, kan sykepleieren eksempelvis benytte seg av tidligere dokumentasjon for å kartlegge av barnets erfaringer. Slik kartlegging kan videre være nyttig for vurderinger av aktuelle intervensjoner. Sykepleierens kartlegging bør imidlertid også inkludere en samtale hvor barnet kan fortelle om sine subjektive erfaringer. Ved slik kartlegging vil det være nyttig å anvende kontekstinnførende spørsmål (Grønseth & Markestad, 2017). Samtidig bør sykepleier være observant på kompleksiteten som ligger til grunn for barnets smerteopplevelse. Eksempelvis er barnets emosjoner av betydning. Dermed kan barnets smerteopplevelse variere, til tross for at lik stimuli har vært utført tidligere (Berntzen et al., 2015). Denne kompleksiteten og variasjonen vil trolig også være av betydning for barnets nytteopplevelse av den anvendte avledningen. Følgelig vil det være hensiktsmessig om sykepleier kartlegger barnets formening om avledning som mestringsstrategi.

Forskrift om barn i helseinstitusjon (2000) anbefaler at barnet tilbys personalkontinuitet. Sykepleiere ved pediatriavdelinger arbeider imidlertid ofte i turnus. Ved sykehusinnleggelse vil barnet nødvendigvis måtte forholde seg til flere ulike sykepleiere. Til tross for at avdelinger gjerne anvender retningslinjer for prosedyreutførelser, er det realistisk å anta at hver enkelt sykepleier har sin individuelle tilnærming og utførelse av prosedyrene. Slike kontekstuelle faktorer vil kunne affisere barnets opplevelse av kontroll og mestring.

### **5.11 Ambivalens**

De invasive prosedyrene og sårstellene som sykepleiere utfører, opplever barn ofte som smertefulle. Slike prosedyrer kan imidlertid være avgjørende for at barnet skal få behandlende og forsvarlig helsehjelp. Samtidig forventes det at sykepleieren skal lindre smerte, og opptre omsorgsfullt overfor barnet (Grønseth & Markestad, 2017; NSF, 2016). Slike arbeidsoppgaver og forventninger kan oppleves som motstridende for sykepleieren. Denne dobbeltheten forsterkes ytterligere med en travelhet i klinikken, samt sykepleierens usikkerhet tilknyttet egen evne til å lykkes med anvendt avledning. Ved slike situasjoner vil sykepleieren kunne oppleve stor ambivalens tilknyttet sin yrkesutøvelse. Det er verd å stille spørsmål ved om dette kan påvirke sykepleierens anvendelse av avledning og barnets mestring av prosedyresmerter.

Den egosentriske tankegangen til barn i alderen 6-10 år, påvirker deres forutsetninger for forståelse av de ovennevnte motsetningene. Til tross for at nyere forskning viser at barn evner å vise empati og medfølelse, er det nærliggende å tro at dilemmaenes kompleksitet er for avanserte for barnets forståelse (Håkonsen, 2014). Det kan muligens stilles spørsmål om hvorvidt disse forholdene er med på å undergrave barnets behov for trygghet og kontroll i situasjonen, som i sin tur påvirker nytten av avledningen.

Det er nærliggende å anta at sykepleiere opplever det som utfordrende å fremme barnets mestring av prosedyresmerter. Sykepleierens mestringstro har derfor trolig en avgjørende innvirkning på hvilken mestringsstrategi barnet tilbys. Samspillet mellom sykepleierens teoretiske fagkunnskaper, og praktiske og kommunikative ferdigheter danner grunnlaget for sykepleierens evne til planlegging og gjennomføring av egnede mestringsstrategier i møte med barnet (Eide & Eide, 2014). Sykepleierens tidligere erfaringer danner også grunnlag for vedkommendes forutsetninger for mestringstro. Da barnets smerteopplevelse påvirkes av forventningene til de som er involvert under prosedyreutførelsen, vil trolig sykepleierens egen mestringstro ha innvirkning på barnets mestringsevne. For øvrig blir utførelse av smertefulle prosedyrer en del av sykepleierens hverdag. Til forskjell fra barnet, blir invasive prosedyrer og sårstell på mange måter en vane for sykepleieren. Dette kan medføre endringer i sykepleierens følelsesmessige reaksjoner for barns smerteuttrykk (Berntzen et al., 2015). Ved spørsmål om hvordan sykepleier kan anvende avledning for å fremme mestring av prosedyresmerter hos barn, må derfor sykepleierens empati og egen evne til mestring og mestringstro tas i betraktning.

## 6. Avslutning

Barn kan oppleve sykdom og sykehusinnleggelse som truende og traumatisk.

Sykehusinnleggelser medfører ofte at barnet utsettes for en rekke prosedyrer. Sårstell og invasive prosedyrer oppleves gjerne som smertefullt, samtidig som de kan være nødvendig for behandlingen og helsehjelpen de mottar. Prosedyrer er ofte det barn trekker frem som det verste med sykehusinnleggelsen. Å støtte barnet gjennom sine erfaring, lindre lidelse, samt styrke dets ressurser og mestringstro utgjør derfor viktige arbeidsoppgaver for sykepleieren (Eide & Eide, 2014; Grønseth & Markestad, 2017; Nilsson et al., 2013; Nortvedt & Grønseth, 2015). Avledning er en effektiv mestringsstrategi, og særlig har aktiv avledning vist å ha god effekt. Anvendelse av avledning som komplementær smertelindring behøver verken å være kostbart eller tid- og ressurskrevende (Karakaya & Gözen, 2016). For at sykepleier skal kunne hjelpe barnet til å mestre prosedyresmerter ved hjelp av avledning, kreves det imidlertid at aktiviteten er både pasient- og prosedyretilpasset (Nilsson et al., 2009). Dette kan oppleves som utfordrende for sykepleieren. Mestringsstrategien stiller tydelige krav til sykepleierens teoretiske og praktiske kunnskaper, så vel som bevissthet ovenfor egen motivasjon og mestringstro.

Vellykket anvendelse av avledning, kan medføre at barnet etablerer og utvikler en mestringsstrategi som det kan anvende konstruktivt ved senere prosedyrer. Derfor bør ikke sykepleieres oppfatning av avledningens utfordringer, utgjøre en barriere for barnets mestring og smerteopplevelse (Grønseth & Markestad, 2017; Håkonsen, 2014; Svendsen & Bjørk, 2011). Samtidig bør en som sykepleier være forsiktig med å generalisere barns foretrukne mestringsstrategier. Sykepleier bør derfor vurdere hvilke mestringsstrategier som kan være hensiktsmessige ut fra barnets individuelle behov, forutsetninger, og prosedyrens omfang.

Utvalget av forskningsartiklene som er lagt til grunn for denne oppgaven, inkluderer ikke funn som belyser kjønnsforskjeller i forhold til avledning. Nilson et al. (2009) antyder imidlertid at kjønnsstilknyttede interesser kan være av betydning for barnets engasjement i avledningen. Dette er en faktor som med fordel kan belyses ved senere studier.

## Referanseliste

Barneombudet. (udatert). *Sykehusekspertene*. Hentet 05.04.2018 fra:

<http://barneombudet.no/wp-content/uploads/2013/09/sykehusekspertene.pdf>

Berntzen, H., Danielsen, A., & Almås, H. (2015). Sykepleie ved smerter. I H. Almås, D. G. Stubberud, & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (4. utg., s. 355-398). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Brinchmann, B. S. (2014a). Pliktetikk. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (3. utg., s. 55-66). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Brinchmann, B. S. (2014b). De fire prinsippers etikk – velgjørenhet, ikke skade, autonomi og rettferdighet. 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.

Eide, H., & Eide, T. (2014). *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon m.v. av 1. desember 2000 nr. 1217.

Hentet 15.12.2017 fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1217>

Grønseth, R., & Markestad, T. (2017). *Pediatri og pediatrik sykepleie*. (4. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Helsepersonelloven (1999). Lov om helsepersonell m.v. av 2. juli 1999 nr. 64. Hentet

12.12.2017 fra [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL\\_2](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_2)

Hovde, K. R., Granheim, T. H., Christophersen, K. A., & Dihle, A. (2011). Norske sykepleieres kunnskap om og holdning til smerter hos barn. *Sykepleien Forskning*, 6(4), 332-338. doi: 104220/sykepleienf.2011.0191

Håkonsen, K. M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser*. (5. utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.

International Association for the Study of Pain. (2017). IASP Taxonomy. Hentet 31.03.2018 fra <https://www.iasp-pain.org/Taxonomy#Pain>

Karakaya, A., & Gözen, D. (2016). The Effect of Distraction on Pain Level Felt by School-age Children During Venipuncture Procedure – Randomized Controlled Trial. *Pain Management Nursing*, 17(1), 47-53.  
doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pmn.2015.08.005>

Karolinska Universitetssjukhuset. (2017). *Riktlinjer för smärtbehandling vid Astrid Lindgrens Barnsjukhus*. Hentet 31.03.2018 fra <http://karolinska.se/globalassets/global/1-teman-och-funktioner/tema-barn-och-kvinnosjukvard/barn-perioperativ-medicin-och-intensivvard/riktlinjer20170828doc.pdf>

Landier., W., & Tse, A. M. (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>

Larsson, A. B. (2016). Smärtsinnets biologiska utveckling. I S. Lundeberg, & G. L. Olsson. (Red.), *Smärta och smärtbehandling hos barn och ungdomar*. (s. 36-47). Lund: Studentlitteratur.

Lipsker, C. W. (2016). Betydelsen av kognitiv utveckling för hantering av vårdprocedurer och relaterat obehag. I S. Lundeberg, & G. L. Olsson. (Red.), *Smärta och smärtbehandling hos barn och ungdomar*. (s. 48-55). Lund: Studentlitteratur.

- Lode, K. (2016). Mestring. I A. K. T. Heggstad & U. Knutstad (Red.), *Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 2* (4.utg., s. 40-55). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Lundeberg, S. (2016). Farmakologisk behandling av nociseptiv och neuropatisk smärta. I S. Lundeberg, & G. L. Olsson. (Red.), *Smärta och smärtbehandling hos barn och ungdomar*. (s. 97-148). Lund: Studentlitteratur.
- Markestad, T. (2016). *Klinisk pediatri*. (3.utg.) Bergen: Fagbokforlaget.
- Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn (2017). *Høring: Retningslinjer for behandling av akutte og prosedyrerelaterte smerter hos barn*. Hentet 31.03.2018 fra <https://www.legemidlertilbarn.no/helsepersonell/Documents/UTKAST-smerteretningslinjer/1-Smerteretningslinjer.pdf>
- Nilsson, S. (2016). Bedömning av barns akuta smärtupplevelse. I S. Lundeberg, & G. L. Olsson. (Red.), *Smärta och smärtbehandling hos barn och ungdomar*. (s. 69-96). Lund: Studentlitteratur.
- Nilsson, S., Finnstrøm, B., Kokinsky, E., & Enskär, K. (2009). The use of Virtual Reality for needle-related procedural pain and distress in children and adolescents in a paediatric oncology unit. *European Journal of Oncology Nursing*, 13(2), 102-109. doi:10.1016/j.ejon.2009.01.003
- Nilsson, S., Enskär, K., Hallqvist, C., & Kokinsky, E. (2013). Active and Passive Distraction in Children Undergoing Wound Dressings. *Journal of Pediatric Nursing*, 28(2), 158-166. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pedn.2012.06.003>
- Nilsson, S., Hallqvist, C., Sidenvall, B., & Enskär, K. (2011). Children's experiences of procedural pain management in conjunction with trauma wound dressings. *Journal of Advanced Nursing* 67(7), 1449-1457. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05590.x

- Norsk sykepleierforbund. (2016). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet 05.12.2017 fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- Nortvedt, P., & Grønseth, R. (2015) Klinisk sykepleie – funksjon og ansvar. I H. Almås, D. G. Stubberud, & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (4. utg., s. 17-32). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter m.v. av 2.juli 1999 nr. 63. Hentet 05.01.2018 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettighetsloven>
- Persson, J. (2016). Smærtfysiologi, smærtsinnets utveckling ock kognitiv utveckling. I S. Lundeberg, & G. L. Olsson. (Red.), *Smärta och smärtbehandling hos barn och ungdomar*. (s. 15-35). Lund: Studentlitteratur.
- Rotegård, A. K., Solhaug, M., & Grov, E. K. (2015). Sykepleirens arbeids- og beslutningsprosess. I E. K. Grov, & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 1* (5. Utg., s. 244-270). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Ruud, A. K. (2011). *Hvorfor spurte ingen meg? Kommunikasjon med barn og ungdom 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 Akademisk.
- 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: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pedn.2014.01.015>

- Sørensen, K. (2012). Bruk av smertevurderingsverktøy til barn og ungdom. *Oslo Universitetssykehus*. Hentet 30.03.2018 fra [http://www.norskbornesmereteforening.no/sites/norskbornesmereteforening.no/files/smertevurderingsverktøy/BRUK%20AV%20SMERTEVURDERINGSVERKTØY%20til%20barn%20og%20ungdom\\_0.pdf](http://www.norskbornesmereteforening.no/sites/norskbornesmereteforening.no/files/smertevurderingsverktøy/BRUK%20AV%20SMERTEVURDERINGSVERKTØY%20til%20barn%20og%20ungdom_0.pdf)
- Tjølsen, A., & Rosland, J. H. (2017). Nevrobiologi. I E. A. Fors, & T. C. Stiles (Red.), *Smertepsykologi*. (s. 33-46). Oslo: Universitetsforlaget.
- Von Tetzchner, S. (2012). *Utviklingspsykologi* (2. utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Walco, G. A. (2008). Needle Pain in Children: Contextual Factors. *Pediatrics*, 122(3), 125-129. doi: 10.154/peds.2008-1055D
- Winger, A., & Leegaard, M. (2016). Smerter. I A. K. T. Heggestad & U. Knutstad (Red.), *Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 2* (4.utg., s. 172- 197). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.