

Hvilke ikke-medikamentelle metoder kan sykepleier anvende for å lindre smerte hos barn mellom 6-12 år ved nålrelaterte prosedyrer på sykehus?

Kandidatnummer: 199
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i Sykepleie

Antall ord: 7002
Dato: 19.04.21



Lovisenberg
diakonale høgskole

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 19.04.21
Tittel: Ikke-medikamentell smertelindring til barn i alderen 6-12 år.	
<p data-bbox="162 443 379 477"><u>Problemstilling</u></p> <p data-bbox="162 499 1334 584">Hvilke ikke-medikamentelle metoder kan sykepleier anvende for å lindre smerte hos barn mellom 6-12 år ved nårelaterte prosedyrer på sykehus?</p> <p data-bbox="162 667 443 701"><u>Teoretisk perspektiv</u></p> <p data-bbox="162 723 1359 913">Oppgaven tar for seg teori om barnets smertefysiologi og smertevurdering, barn på sykehus og prosedyrer på sykehus. Videre er det innhentet teori om avledning og distraksjon som ikke-medikamentell metode, barnets kognitive og psykososiale utvikling, da også teori om teoretikeren Jean Piaget, lovverk og ulike sykepleiefaglige rammer.</p> <p data-bbox="162 996 280 1030"><u>Metode</u></p> <p data-bbox="162 1052 1369 1243">Oppgaven er en litterær oppgave som baserer seg på allerede eksisterende forskning og faglitteratur. Det er anvendt både pensumlitteratur, selvvalgt litteratur, forskning og lovverk. De fire inkluderte hovedartiklene er funnet i CINHAL med søkeord som er relevante for problemstillingen.</p> <p data-bbox="162 1326 293 1359"><u>Drøfting</u></p> <p data-bbox="162 1382 1343 1572">Det ses på hvordan avledning og distraksjon er fungerende i forhold til barnets kognitive funksjon og alder, samt hvilke ikke-medikamentelle metoder sykepleier kan anvende for å best lindre barnets smerte. Allerede presentert forskning og teori ses i lys av hverandre, og problemstillingen skal forsøkes besvart.</p> <p data-bbox="162 1655 331 1688"><u>Konklusjon</u></p> <p data-bbox="162 1711 1353 1964">Sykepleier kan anvende distraksjonskort som en avledningsteknikk for på best mulig måte lindre barnets smerte. Både musikk og videospill som metode blir for passive teknikker for barnet, da de ikke får ta en like stor deltagende del som ved bruk av distraksjonskort. Ytterligere forskning som tar for seg både distraksjonskort, musikk og videospill i samme studie er nødvendig for å sammenligne deres smertelindrende effekt.</p>	

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Avgrensning.....	2
1.2	Disposisjon.....	2
2	Teoretisk og empirisk kunnskapsgrunnlag.....	3
2.1	Barnets smertefysiologi og smerteopplevelse	3
2.1.1	Smertevurdering	3
2.2	Barn på sykehus.....	4
2.2.1	Prosedyrer på sykehus	4
2.3	Avledning som ikke-medikamentell metode	5
2.4	Kognitiv og psykososial utvikling.....	5
2.4.1	Jean Piaget.....	6
2.5	Lovverk og sykepleiefaglige rammer	6
2.5.1	Etikk	7
2.5.2	Medbestemmelse	7
2.5.3	Sykepleiers lindrende funksjon	8
3	Metode	9
3.1	Litteratursøk	9
3.1.1	Søketabell	9
3.2	Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	10
3.3	Annen litteratur	11
3.4	Kildekritikk	11
4	Presentasjon av forskningsresultater	13
4.1	Syntese av hovedfunn	13
4.1.1	Artikkelmatrise.....	13
5	Diskusjon.....	15
5.1	Ikke-medikamentell smertelindring.....	15
5.2	Etiske og juridiske rammer	16
5.3	Distraksjonskort som avledningsteknikk	17
5.4	Musikk som avledningsteknikk	18
5.5	Videospill som avledningsteknikk	20
6	Avslutning	22
7	Referanseliste	24

1 Innledning

Blodprøvetaking og innleggelse av venekatetre er prosedyrer som er smertefulle og ubehagelige for barnet (Grønseth & Markestad, 2017, s. 73). Det er i mange tilfeller best oppnåelig smertelindrende effekt dersom man anvender en kombinasjon av ikke-medikamentelle metoder og medikamentell smertelindring (Tveiten et al., 2012, s. 150). Allikevel har barnet, ved kortvarige smerter, god effekt av ikke-medikamentell smertelindring, og det anbefales derfor å anvende medikamenter bare som et supplement til metodene som benyttes (Grønseth & Markestad, 2017, s. 172). Sykepleier lindrer smertene til barnet ved å redusere eller begrense omfanget av belastningene som prosedyrene vil påføre det (Kristoffersen et al., 2016, s. 18). Smertelindring med ikke-medikamentelle metoder krever mer tid og kompetanse fra sykepleier enn standard medikamentell lindring (Grønseth & Markestad, 2017, s. 73). Det er også behov for et godt samarbeid mellom barnet og sykepleieren. Bruken av de ikke-medikamentelle metodene reduseres grunnet travelt miljø, usikre sykepleiere, dårlig samarbeid mellom barnet og personalet, og negative holdninger til barnets evne til å formidle smerte (Grønseth & Markestad, 2017, s. 74).

Hensikten med denne oppgaven er å undersøke hvilke ikke-medikamentelle metoder sykepleier kan anvende for å lindre smerte hos barn som skal gjennomgå prosedyrer med bruk av nål. Det er viktig at ikke-medikamentelle metoder anvendes i større grad fordi vi vet at sykepleier oppnår god effekt av denne typen smertelindring ved kortvarige prosedyrer (Grønseth & Markestad, 2017, s. 172). I tillegg sier litteraturen at prosedyrer og undersøkelser er blant faktorene som påfører barnet mest stress ved innleggelse på sykehus (Grønseth & Markestad, 2017, s. 63). Smertelindring ved prosedyrer er av disse grunner en av de mest sentrale områdene å fokusere på for at barnet skal få et godt sykehusopphold, med positive opplevelser. Formålet med oppgaven er å tilegne meg, som kommende sykepleier, mer kunnskap om ikke-medikamentell smertelindring hos barn, som jeg senere kan få bruk for. I tillegg vil jeg belyse et tema som er relevant i forhold til sykepleiers lindrende funksjon. På grunnlag av denne bakgrunnen vil min formulerte problemstilling være:

Hvilke ikke-medikamentelle metoder kan sykepleier anvende for å lindre smerte hos barn mellom 6-12 år ved nålrelaterte prosedyrer på sykehus?

1.1 Avgrensning

Problemstillingen min tar for seg ikke-medikamentelle metoder som kan anvendes som smertelindring ved nålrelaterte prosedyrer hos barn. Jeg har fokus på prosedyrer hvor sykepleier må anvende utstyr med enhver form for nål, som for eksempel ved blodprøvetaking eller innleggelse av perifert venekateter. Jeg vil ikke ha fokus på for- og etterarbeidet som kreves ved gjennomføring av prosedyren. På grunnlag av oppgavens omfang kommer jeg kun til å ta for meg avledningsteknikker og distraksjonsmetoder som den ikke-medikamentelle metoden. På bakgrunn av at barn i aldersgruppen 6-12 år har like utviklingsmessige særtrekk har jeg valgt å avgrense til denne aldersgruppen i oppgaven (Grønseth & Markestad, 2017, s. 69). I tillegg har forskningen min i stor grad deltagere i samme aldersgruppe. Barnet jeg skriver om i oppgaven min er innlagte sykehuspasienter ved en barneavdeling. På grunnlag av oppgavens omfang kommer jeg ikke til å ta for meg relasjon sykepleier - forelder, men vil omtale foreldrene i de delene av oppgaven hvor det faller seg naturlig. Årsaker for innleggelse kommer oppgaven ikke til å ta for seg, og jeg tar utgangspunkt i barnet er tidligere friske uten diagnoser som kan ha betydning for gjennomførelsen av prosedyren.

1.2 Disposisjon

Oppgaven min er delt inn i innledning, hoveddel og avslutning. I innledningen ga jeg et innblikk i hva oppgaven min vil omhandle. I hoveddelen vil jeg starte med å presentere all teorien jeg har funnet i fagbøker, lovverk, forskrifter og relevante nettsider for leseren. Jeg har skrevet om barnets smertefysiologi og smerteopplevelse, prosedyrer på sykehus, smerte relatert til nålrelaterte prosedyrer, avledning som ikke-medikamentell metode, kognitiv og psykososial utvikling og lovverk og rammer. Deretter presenterer jeg fremgangsmåten for litteratursøkene mine i oppgavens metodedel. Her skriver jeg også om kildekritikk og utvalg av litteraturen som er anvendt i oppgaven. I drøftingskapittelet mitt drøftes resultatene mine med ulike argumenter og synspunkter, i tillegg til at jeg setter ulik teori opp mot hverandre. Avslutningsvis understreker jeg de viktigste delene av oppgaven min, samt forsøker å besvare oppgavens problemstilling.

2 Teoretisk og empirisk kunnskapsgrunnlag

2.1 Barnets smertefysiologi og smerteopplevelse

Barnets totale smerteopplevelse tolkes ut fra den biopsykososiale modellen som påvirkes både av biologiske, psykologiske og sosiale forhold (Store norske leksikon, 2019). Av den grunn vil barnets smerteopplevelse oppleves ulikt fra barn til barn, selv om det gjennomføres samme prosedyre. Ulike forhold som påvirker den biopsykososiale modellen er forventninger og holdninger, varigheten av smerte, tidligere opplevelser, omgivelser, graden av selvbestemmelse, kontroll og forståelse, nervesystemets funksjon og angst og depresjon (Grønseth & Markestad, 2017, s. 167). Ulike undersøkelser viser at små barn opplever en mer intens smerte ved venepunksjon enn større barn. Trolig grunnet mer engstelse enn hos voksne, mindre forståelse og dårlige utviklede mestringsstrategier. Dersom barnet tidligere har negative smerteopplevelser, vil dette skape en forsterket smerteopplevelse neste gang barnet skal gjennomgå like eller lignende prosedyrer (Grønseth & Markestad, 2017, s. 167). Barnet vil heller aldri venne seg til å gjennomgå smertefulle prosedyrer, men kan læres til at smerte er noe man til en viss grad kan beherske. De kan lære seg at sykepleier påfører dem smerte, men også trøster dem i etterkant. Positiv oppmerksomhet som trøst, berøring og ros er derfor viktig for å veie opp for den negative opplevelsen (Grønseth & Markestad, 2017, s. 167). Smerteopplevelsen kan også påvirkes negativt dersom barnet selv føler seg trøtt eller slitent (Tveiten et al., 2012, s. 148). Ulike former for utmattelse gjør at prosedyren bør pauses og utføres når barnet er fullt uthvilt (Grønseth & Markestad, 2017, s. 167).

2.1.1 Smertevurdering

Når sykepleier vurderer smertene til barnet bedømmer man om barnet har smerter eller ikke (Grønseth & Markestad, 2017, s. 167). I tillegg vurderer sykepleieren lokalisasjonen, intensiteten, varigheten og kvaliteten på smertene (Grønseth & Markestad, 2017, s. 167-168). Dersom barnet er i stand til det, er barnets ord og meninger den beste datakilden til vurdering av smertene (Grønseth & Markestad, 2017, s. 168). Når barnet er rundt 7-11 år vil vedkommende kunne beskrive smertene både fysisk og psykisk, i form av om opplevelsen trigger redsel, angst eller frykt. For å vurdere og kartlegge smertene til barnet, anvender sykepleier kartleggingsverktøy som er tilpasset barnets alder (Grønseth & Markestad, 2017, s. 168). Numeric Rating Scale (NRS) og Visuell Analog Skala (VAS) er de mest anvendte verktøyene fra 6-årsalderen (Grønseth & Markestad, 2017, s. 169). Barnet kan oppgi om smertene er fraværende, litt til stede eller veldig uttalte. Ved bruk av NRS og VAS peker barnet på nivået som best beskriver smertene de opplever. Ved planlagte prosedyrer er det

anbefalt å la barnet bli kjent med verktøyet på forhånd for å da kunne relatere skalaen 1-10 til tidligere smertefulle opplevelser (Grønseth & Markestad, 2017, s. 171). Barnets foreldre kan også være viktige deltagere for å vurdere smerten deres. Foreldrene oppdager fortere atferdsendringer og kan tolke barnets verbale utsagn som kan indikere smerte, bedre enn hva sykepleier kan (Grønseth & Markestad, 2017, s. 172). Noen barn gir mindre uttrykk for smerter enn hva andre barn gjør, fordi de heller trekker seg inn i seg selv. Atferder som dette kan mistolkes fra foreldrenes side og man kan tro at barnet ikke føler smerte (Grønseth & Markestad, 2017, s. 172).

2.2 Barn på sykehus

Når et barn legges inn på sykehus medfører det ulike faktorer som engstelse, usikkerhet, frykt, uforutsigbarhet, ubehag og smerter (Grønseth & Markestad, 2017, s. 63). Barnet kommer sammen med foreldrene til et ukjent og uoversiktlig miljø (Grønseth & Markestad, 2017, s. 64). Når sykepleier behandler barn på sykehus er «Sykehusekspertenes 10 bud» et viktig hjelpemiddel som kan anvendes (Grønseth & Markestad, 2017, s. 70). De 10 budene er utarbeidet av barn i samarbeid med barneombudet. Barna har erfaring fra innleggelse på sykehus, da på barneavdelinger. De 10 budene tar for seg meninger om hvordan sykepleier på best mulig måte skal kommunisere med barn. Hva barnet vil høre, ikke vil høre og hvordan informasjonen skal bli gitt (Grønseth & Markestad, 2017, s. 70). På sykehus er det fremmede mennesker, nye rutiner, mye lyder, uvante maskiner, samt ulike prosedyrer som skal gjennomføres. Blodprøvetaking og innleggelse av venekatetre er prosedyrer som medfører frykt, engstelse og smerte (Grønseth & Markestad, 2017, s. 73). Hovedårsaken er barnets evne til å forstå og deres mangel på kontroll. De er spesielt redde for stikk, nåler og sprøyter, og kan synes opplevelsen av prosedyren blir verre og verre for hver gang (Grønseth & Markestad, 2017, s. 74). For å redusere barnets frykt og smerte er det nødvendig med forebyggende behandling som for eksempel bruk av ikke-medikamentell smertelindring.

2.2.1 Prosedyrer på sykehus

Sykepleier planlegger sammen med barnet ved å gjennomgå ulike problemstillinger og ansvarsfordelinger slik at gjennomførelsen av prosedyren blir mest mulig skånsom (Grønseth & Markestad, 2017, s. 74). Prosedyren skal på forhånd avklares med barnet, og det bør gjøres opp en mening om hvor mange ganger sykepleier skal forsøke å ta en blodprøve dersom hen mislykkes (Grønseth & Markestad, 2017, s. 74-75). Under prosedyren bør barnet få sitte på foreldrenes fang, av den grunn at deres tilstedeværelse er det viktigste tiltaket for å redusere

barnets engstelse (Grønseth & Markestad, 2017, s. 77). I tillegg må sykepleier anerkjenne barnets opplevelse og reaksjon ved å tillate barnet å ha de reaksjoner som måtte komme, enten det er redsel, sinne eller gråting (Grønseth & Markestad, 2017, s. 78). Som sykepleier skal du også kommunisere med barnet og fokusere på barnets mestring mens prosedyren pågår, og lytte til de ønskene barnet har. Opplevelsen av stress og redsel vil minimeres når sykepleier gjennomfører prosedyren med disse tiltakene i bakhodet. For dersom barnets stress stikker ut over hele sykehusoppholdet eller tar over for mestringsevnen deres, kan det både virke negativt på barnets helse og utvikling, samt gi negative reaksjoner i etterkant av oppholdet (Grønseth & Markestad, 2017, s. 63).

2.3 Avledning som ikke-medikamentell metode

Ulike mestringsstrategier kan anvendes ved prosedyrer for å redusere smerteopplevelsen til barnet (Grønseth & Markestad, 2017, s. 78). Strategiene anvendes da som ulike ikke-medikamentelle metoder. En av metodene som anvendes for å redusere smerten hos barnet er avledningsteknikker. Barnets oppmerksomhet rettes her mot noe annet enn prosedyren som forårsaker smerte og ubehag (Helsebiblioteket, 2020). Sykepleier avleder tankene til barnet fra det som faktisk skjer, ved hjelp av stimuli (Grønseth & Markestad, 2017, s. 78). For at barnet skal konsentrere seg om noe annet enn prosedyren, utnytter sykepleier barnets nysgjerrighet, interesse for nye ting og utholdenhet ovenfor oppgaver barnet liker. Dersom metoden skal være mest effektiv, er det viktig at sansene: hørsel, syn og taktil sans, engasjeres hos barnet (Helsebiblioteket, 2020). Opplevelsen av smerte, ubehag og engstelse blir på denne måten overkjørt. Avledningsteknikker fungerer best dersom avledning skjer ved hjelp av spennende og overraskende ting (Grønseth & Markestad, 2017, s. 78). Dersom barnet selv får delta i aktivitetene er dette også med på å styrke teknikken som anvendes. Eksempler på ulike avledningsteknikker kan være film, musikk, dataspill, samtale om interessefelt og fantasi (Helsebiblioteket, 2020).

2.4 Kognitiv og psykososial utvikling

Barneårene er utviklingsmessig de viktigste i årene i menneskets liv (Håkonsen, 2015, s. 55). Både kognitiv og psykososial utvikling skjer i disse årene, samt at det meste av grunnlaget for det man skal ta med seg videre dannes i denne perioden. Gjennom den kognitive utviklingen går barnet gjennom bestemte stadier (Håkonsen, 2015, s. 53). Stadiene følger en genetisk

bestemt sekvens og er felles for alle mennesker. Mennesket blir tilpasset omverdenen gjennom denne prosessen slik at vi kan forholde oss passende ovenfor omgivelsene rundt oss, samtidig som vi mestrer ulike situasjoner i dagliglivet (Håkonsen, 2015, s. 53). Barnets kognitive funksjon omfatter sanseoppfatning, oppmerksomhet, hukommelse og evne til å resonere (Grønseth & Markestad, 2017, s. 31). Evnen til å bedømme, danne begreper, uttrykke seg og løse problemstillinger er også en del av deres kognitive funksjon. Fra barnet er ca. 7 år har de evne til å tenke logisk og utføre handlinger ut ifra det de tenker på. I tillegg kan de se situasjoner fra flere sider, de har en forståelse av hvordan ting henger sammen og har utviklet en evne til abstrakt tenking (Grønseth & Markestad, 2017, s. 31).

2.4.1 Jean Piaget

Teoretikeren Jean Piaget (1896-1980) var den første til å utvikle en hel teori om den tankemessige utviklingen hos barn (Håkonsen, 2015, s. 53). Han mente at barnet gjennomgår forandringer i deres kognitive ferdigheter helt fra fødselen frem til 15-16-årsalderen. Barnets kognitive utvikling deles inn i fire ulike stadier. Konkretoperasjonelt stadium omfatter barn i alderen 7-12 år, og her utvikles barnets evne til symbolsk og logisk tenkning (Håkonsen, 2015, s. 55). Barnets tenkning er også preget av mer konkrete tankeprosesser enn tidligere (Håkonsen, 2015, s. 54). Piaget mener at barnet fortsatt har et behov for å forklare sine egne tanker i konkrete hendelser, og det er derfor vanskelig for barna i denne aldersgruppen å tenke hypotetiske muligheter i ulike situasjoner (Håkonsen, 2015, s. 54).

2.5 Lovverk og sykepleiefaglige rammer

Når du arbeider som sykepleier er det flere ulike lovverk, forskrifter, retningslinjer og faglige krav for utøvelse av helsehjelp som du til enhver tid skal følge (Norsk sykepleierforbund, u.å.). Dette er de gjeldene myndighetskravene som du er forpliktet til å arbeide etter. Lov om pasient- og brukerrettigheter (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999) inneholder relevante rettsregler om hvilke rettigheter pasienter og brukere har ovenfor helse- og omsorgstjenesten. Denne loven er, blant mange andre, med på å danne det juridiske grunnlaget for hvordan du skal utøve yrket ditt som sykepleier. I lov om pasient- og brukerrettigheter § 3-1. står det skrevet at barn skal gis informasjon og høres dersom de er i stand til å danne seg egne synspunkter (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1). Og i samsvar med barnets alder og modenhet skal det legges vekt på hva barnet mener. I følge § 4-4. skal barnet motta informasjon fra foreldrene og det skal skapes anledning for at barnet skal få si sin mening før

det tas en avgjørelse om barnet kan samtykke til helsehjelp (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §4-4).

2.5.1 Etikk

I tillegg til disse paragrafene i pasient- og brukerrettighetsloven, finnes det også en egen forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2001). Her står det blant annet at barn skal legges inn på egne barneavdelinger og de har rett til å ha minst én av foreldrene til stede. Personalet på avdelingen skal gi foreldrene og barnet fortløpende informasjon om sykdommen. I tillegg til lovverk og forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, skal du som sykepleier følge de yrkesetiske retningslinjene (Norsk sykepleierforbund, u.å.). Retningslinjene sier at du er pliktig til å bygge arbeidet ditt på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene. Du skal også arbeide etter en forpliktelse om å «gjøre vel» og unngå skade, i tillegg til å respektere de ulike pasienters autonomi. For å oppnå forsvarlig sykepleie må du være omsorgsfull i ditt arbeid. Det vil si å arbeide med sensibilitet, omtanke og medfølelse (Norsk sykepleierforbund, u.å.). Som sykepleier skal du også se hele mennesket du skal hjelpe. I praksis vil det si at om du har en prosedyre du skal følge, har du teknisk sett en fasit på hvordan det skal utføres hver gang, men det er din oppgave å se an barnet og utføre prosedyren deretter.

2.5.2 Medbestemmelse

Barnets samarbeidsevne øker dersom de føler seg komfortable med løsningene som velges (Grønseth & Markestad, 2017, s. 74). Derfor må gjennomføringen av prosedyren planlegges sammen med barnet. Det må bli gitt rammer som barnet selv kan få velge mellom, på grunnlag av at barnet ikke kan velge selv om prosedyren skal utføres eller ikke. Ved nålrelaterte prosedyrer kan barnet for eksempel velge hvilken hånd sykepleier skal stikke i, hvor sykepleieren skal stikke, hvor barnet skal sitte og om de selv vil sette på plaster (Grønseth & Markestad, 2017, s. 75). Retten til å bli hørt går hånd i hånd med retten til medbestemmelse (Helsedirektoratet, 2017). Barnets meninger skal legges mer og mer vekt på etter hvor eldre det blir. Det er ingen særskilte bestemmelser om at barn under 12 år skal høres, men sykepleier skal uavhengig av dette også legge til grunn for at yngre barn skal høres (Helsedirektoratet, 2017). Medbestemmelse og involvering på denne måten reduserer også foreldrenes stress og engstelse som igjen kan smitte over på barnet (Grønseth & Markestad, 2017, s. 75).

2.5.3 Sykepleiers lindrende funksjon

Som sykepleier er du pliktig til å tilnærme deg og ivareta pasienter etter de fagspesifikke funksjoner og ansvar (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 21). Kvaliteten på sykepleien påvirkes av sykepleiers evne til å ivareta det faglige ansvaret (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 22).

Sykepleierens lindrende funksjon omfatter direkte pasientrettede oppgaver som går ut på å begrense pasientens fysiske, psykiske og sosiale belastninger. Oppmerksomheten til sykepleier skal rettes mot pasientens livskvalitet og erfaringer som er knyttet til sykdom og lidelse.

3 Metode

Bacheloroppgaven min er en litterær oppgave som baserer seg på allerede eksisterende fagkunnskap, forskning og teori (Dalland, 2020, s. 199). Jeg har hatt en kritisk holdning til all teori og forskning jeg har funnet. All kunnskapen som jeg har anvendt i oppgaven skal gi leseren god innsikt rundt tematikken i problemstillingen (Thidemann, 2019, s. 77-78).

3.1 Litteratursøk

Søkene mine etter forskningsartikler er gjort i CINHAL. Jeg har anvendt søkeord som er relevante for oppgavens problemstilling. Noen av søkeordene går igjen i selve problemstillingen, mens andre søkeord er ulike ord av samme betydning. For eksempel ordene «Catheterization» og «Venipuncture» som dekker nårelaterte prosedyrer, hvilket er et ord jeg har i problemstillingen. Før søkene har jeg anvendt oppslagsverket «MeSH på norsk og engelsk» for å oversette riktige MeSH-termer (Medical Subject Headings) fra norsk til engelsk (MeSH, 2022; Thidemann, 2019, s. 86). I søkene mine har jeg også anvendt de to boolske operatorene «AND» og «OR» for å systematisere søket mitt (Thidemann, 2019, s. 87). «AND» gir meg treff på både det første og andre søkeordet mitt, mens «OR» gir meg treff som inneholder enten det første, andre eller begge søkeordene. Når jeg anvender «OR» mellom søkeordene mine vil jeg få et utvidet søk som resulterer i flere treff (Thidemann, 2019, s. 87).

3.1.1 Søketablell

Søkedato	Søk nr.	Database	Søkeord/ ordkombinasjoner	Antall treff	Leste sammendrag	Leste artikler	Inkluderte artikler	Valgte artikler
05.01.2022	1	Cinahl	1. Child 2. Child, Hospitalized 3. Pediatric Care 4. 1 OR 2 OR 3 5. Catheterization 6. Venipuncture 7. Hematologic Tests 8. 5 OR 6 OR 7 9. Distraction techniques 10. Distraction 11. Distraction methods 12. 9 OR 10 OR 11 13. 4 AND 8 AND 12	96	9	5	2	Inan, G. & Inal, S. (2019) <i>The Impact of 3 Different Distraction Techniques on the Pain and Anxiety Levels of Children During Venipunctu -re</i>

								Aydin, D. & Sahiner, N. D. (2017) <i>Effects of music therapy and distraction cards on pain relief during phlebotomy in children</i>
11.01.2022	2	Cinahl	1. Phelbotomy 2. Pain 3. Distraction methods 4. 1 AND 2 AND 3	5	2	1	1	Sahiner, N. C. & Bal, M. D. (2016) <i>The effects of tree different distraction methods on pain and anxiety in children</i>
16.03.2022	3	Cinahl	1. Hematologic tests 2. Venipuncture 3. 1 OR 2 4. Non-pharmacological 5. Distraction methods 6. Distraction cards 7. 4 OR 5 OR 6 8. Pediatric care 9. Child 10. 8 OR 9 11. 3 AND 7 AND 11	38	10	6	1	Sevil, I. & Meral, K. (2012) <i>Distractioning children during blood draw: Looking through distraction cards is effective in pain relief of children during blood draw</i>

3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

For å komme frem til utvalget av de fire forskningsartiklene mine har jeg tatt utgangspunkt i noen inklusjons- og eksklusjonskriterier. Jeg har inkludert forskning hvor sykepleiere utfører prosedyren på sykehus, ettersom dette er konteksten i problemstillingen. I tillegg har jeg

inkludert forskning som gjennomfører blodprøvetaking eller innleggelse av perifert venekateter på barnet, ettersom det er disse nålrelaterte prosedyrene jeg har valgt å ha fokus på. Alle de utvalgte artiklene mine er bygget opp etter IMRaD-strukturen (Introduction, Method, Results, and, Discussion) for å enkelt finne informasjon jeg var ute etter (Thidemann, 2019, s. 30). Jeg har ekskludert forskning som ikke har deltagere i rett aldersgruppe for problemstillingen, i tillegg til forskning som tar for seg andre ikke-medikamentelle metoder enn hva oppgaven fokuserer på. Grunnet faglig relevans er ingen av hovedartiklene mine eldre enn 10 år. Jeg har ekskludert artikler som ikke er skrevet på engelsk, norsk eller svensk.

3.3 Annen litteratur

I oppgaven har jeg inkludert pensumbøker fra bachelor i sykepleie på Lovisenberg diakonale høgskole (LDH). I tillegg har jeg anvendt egenvalgt litteratur som jeg mener hjelper å besvare problemstillingen min. Randi Grønseth og Trond Markestad sin bok «Pediatri og pediatrik sykepleie» (2017) peker seg ut i store deler av oppgaven min. Både Grønseth og Markestad har på hver sin side lang erfaring fra arbeid med barn (Grønseth & Markestad, 2017). Denne boken tar for seg mye av teorien som er nødvendig for at jeg skal kunne besvare problemstillingen, og jeg har av den grunn valgt å anvende boken i store deler av oppgaven min.

Annen litteratur jeg har anvendt i oppgaven er funnet på biblioteket til skolen. Både ved hjelp av søk i søkemotoren Oria og anbefalinger fra de ansatte på biblioteket. Lovverk og forskrifter er funnet på Lovdata sine nettidler (Lovdata, u.å.). Etikk for sykepleiere har jeg funnet på Norsk Sykepleierforbund (Norsk sykepleierforbund, u.å.).

3.4 Kildekritikk

Kildekritikk går ut på å vurdere litteraturens relevans opp mot problemstillingen (Dalland, 2020). Jeg har vært kritisk ved utvalget av kildene som jeg har anvendt i oppgaven. Troverdigheten til oppgaven min er helt avhengig av at kildegrunlaget mitt er godt begrunnet og besvart.

Jeg har anvendt CINHÅL som database når jeg har søkt etter forskningsartikler. Dette er en anerkjent database som jeg har vurdert til å være relevant ettersom den finnes i helsebibliotekets elektroniske bibliotek for helsepersonell (Helsebiblioteket, u.å.). Jeg så ikke et behov for å søke i andre databaser da jeg fant mange aktuelle artikler i CINHÅL. Jeg kan, av den grunn, ha gått glipp av andre forskningsartikler som er relevante for min oppgave. De ulike søkeordene mine har jeg valgt på grunnlag av at de er relevante i forhold til min problemstilling og hva jeg senere skal drøfte. Mesteparten av forskningen jeg har anvendt i oppgaven er gjennomført i Tyrkia, et land med kulturelle forskjeller fra Norge. Jeg har allikevel vurdert denne forskningen til relevant og aktuell fordi forskjellene mellom Tyrkia og Norge sitt helsevesen nødvendigvis ikke har noe å si for hvilke metoder sykepleier kan anvende og ikke. Alle forskningsartiklene mine er skrevet på engelsk og det kan av den grunn ha oppstått mistolkninger i oversettelsen fra engelsk til norsk. Jeg har kontrollert at alle de inkluderte forskningsartiklene mine er fagfelleverderte gjennom «Register over vitenskapelige publiseringskanaler» (NSD, u.å.).

Store deler av litteraturen min kommer fra fagbøker som er funnet på biblioteket til Lovisenberg diakonale høyskole (LDH). Av den grunn vet jeg at litteraturen er relevant for sykepleiefaget (Lovisenberg diakonale høyskole, 2022). Boken til Grønseth og Markestad (2017) ble sist utgitt i 2017 som 4. utgave, og jeg anser derfor litteraturen til å være relevant og faglig korrekt. Deres bok inneholder stort sett alt jeg har hatt behov for å skrive om i mitt teoretiske grunnlag og jeg har derfor i liten grad anvendt annen litteratur på dette området. Som et resultat av dette kan jeg få et ensidig bilde av fagstoffet og tematikken. Grønseth og Markestad sin bok består av flere primærkilder som de henviser til i slutten av hvert kapittel. Jeg har allikevel vagt å henvise til Grønseth og Markestad sin bok der jeg har anvendt disse, fordi jeg opplever det som lite hensiktsmessig å referere til primærkilden på plasser hvor det har lite eller ingen betydning for teorien jeg har skrevet.

4 Presentasjon av forskningsresultater

4.1 Syntese av hovedfunn

De fire utvalgte forskningsartiklene mine hjelper meg å besvare problemstillingen min på ulike områder. All forskningen tar for ulike typer av avledning- eller distraksjonsteknikker på barn som skal gjennomgå nålrelaterte prosedyrer. Samlet sett viser resultatene i alle studiene mine at intervensjonsgruppene alltid scorer lavere på smerte enn hva kontrollgruppene gjør. I èn av studiene utgjorde ikke resultatene store forskjeller på de ulike metodene som det ble forsket på. Distraksjonskort, musikk og videospill er metodene som gir barna best smertelindrende effekt.

4.1.1 Artikkelmatrise

Nr	Forfatter, årstall	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Design/metode	Funn
1	Sahiner, N. C. & Bal, M. D. (2016)	The effects of three different distraction methods on pain and anxiety in children	Journal of Child Health Care	Undersøke effekten av tre ulike distraksjonsmetoder på smerte og angstlindring hos barn som gjennomgår blodprøver.	Randomisert kontrollert studie. 120 barn i alderen 6-12 år. Fire randomiserte grupper. Gruppe med distraksjonskort, gruppe med musikk fra cartoons, gruppe med ballongoppblåsing og en kontrollgruppe. Studien samlet inn data gjennom intervju av både barnet, foreldrene og sykepleien som observerte prosedyren.	Den selv-rapporterte prosedyresmerten var tydelig ulik i de ulike gruppene. Gruppen som anvendte distraksjonskort rapporterte tydelig mindre smerte enn resten av gruppene. Etterfulgt av gruppen med ballongoppblåsing, deretter gruppen som hørte på musikk og til slutt kontrollgruppen.
2	Inan, G. & Inal, S. (2019)	The Impact of 3 Different Distraction Techniques on the Pain and Anxiety Levels of Children During Venipuncture	The Clinical Journal of Pain	Undersøke effekten av tre ulike distraksjonsmetoder hos barn som gjennomgår venepunkturer/blodprøver.	Randomisert kontrollert studie. 180 barn i alderen 6-10 år. Randomisert i fire grupper. Gruppe som så på tegneserie, gruppe som spilte videospill, gruppe hvor foreldrene verbalt distraherer barna og en	Barna i gruppen som spilte videospill rapporterte minst smerte. I tillegg var det tydelig mindre smerte hos barna i gruppen med tegneserie og verbal distraksjon av foreldrene, enn i kontrollgruppen.

					kontrollgruppe. Data ble samlet inn ved hjelp av tilbakemeldinger fra barna. foreldrene og sykepleieren som observerte. «Wong-Baker Pain Scale» ble brukt for å evaluere smerten til barna.	
3	Aydin, D. & Sahiner, N. C. (2017)	Effects of music therapy and distraction cards on pain relief during phlebotomy in children	Applied Nursing Research	Undersøke tre ulike distraksjonsmetoder på smerte og angstlindring hos barn som gjennomgår blodprøver.	Randomisert kontrollert studie. 200 barn i alderen 7-12 år. Randomisert i fire grupper. En gruppe med distraksjonskort, en gruppe med musikk, en gruppe med en kombinasjon av distraksjonskort og musikk og en kontrollgruppe.	Studien konkluderte med at de ulike metodene ikke utgjorde store forskjeller hos barna. Smertenivået hos barna i intervensjonsgruppene var tydelig lavere enn hos kontrollgruppen, men de ulike metodene som ble anvendt utgjorde ingen store forskjeller.
4	Inal, S. & Kelleci, M. (2012)	Distracting children during blood draw: Looking through distraction cards is effective in pain relief of children during blood draw	International journal of nursing practice	Undersøke effekten av distraksjonskort ved blodprøvetaking av barn.	Randomisert kontrollert studie. 123 barn i alderen 6-12 år. Randomisert i to grupper, hvor den ene gruppen gjennomførte prosedyren uten distraksjon, mens den andre gruppen anvendte distraksjonskort.	Barna i intervensjonsgruppen hadde betydelig mindre smerter enn kontrollgruppen.

5 Diskusjon

I diskusjonskapittelet vil jeg ta utgangspunkt i allerede presentert faglitteratur og de fire valgte forskningsartiklene mine for å besvare problemstillingen: *Hvilke ikke-medikamentelle metoder kan sykepleier anvende for å lindre smerte hos barn mellom 6-12 år ved nålrelaterte prosedyrer på sykehus*. For å besvare denne problemstillingen har jeg valgt å fokusere på hvilke ikke-medikamentelle metoder forskningen og litteraturen min mener har en smertelindrende effekt på barn. På denne måten vil jeg få en bedre oversikt over hvilke metoder sykepleier kan anvende som smertelindring hos barn som gjennomgår prosedyrer med bruk av nål.

5.1 Ikke-medikamentell smertelindring

I henhold til litteraturen har ikke-medikamentell smertelindring god effekt på kortvarige prosedyrer (Grønseth & Markestad, 2017, s. 172). For øvrig er det anbefalt å anvende medikamentell smertelindring som et supplement til disse metodene for å oppnå optimal smertelindring hos barnet. Ifølge helsebiblioteket (2020) har ulike avledningsteknikker god effekt når barnets prosedyresmerter skal reduseres (Helsebiblioteket, 2020). Dersom sykepleier distraherer barnet fra prosedyren som blir utført i kombinasjon med rett metode, vil barnets prosedyresmerter lindres (Wente, 2013). Dessuten resulterer forskningen til Inan og Inal (2019) med at det er de ulike distraksjonsteknikkene som lindrer smerte best. Både avledning og distraksjon går hånd i hånd, og innebærer stort sett alle de samme teknikkene. Barnets totale smerteopplevelse øker mindre dersom det anvendes teknikker som avleder de fra prosedyren som gjennomføres (Inan & Inal, 2019). En svakhet ved forskningen er at majoriteten forsker på ulike typer av distraksjon og avledning, selv om det finnes flere ulike ikke-medikamentelle metoder som sykepleier kan anvende for å lindre barnets smerte.

Ved avledningsteknikker rettes først og fremst oppmerksomheten til barnet mot noe helt annet enn prosedyren som forårsaker smerte ved at sykepleier anvender en metode som distraherer eller avleder barnet (Helsebiblioteket, 2020). Dette gjøres ved at sykepleier engasjerer barnet til å flytte oppmerksomheten deres over på noe helt annet enn prosedyren som gjennomføres (Inan & Inal, 2019). Som sykepleier har du dessuten et ansvar for å redusere smerten til barnet du behandler, og ikke minst tilpasse arbeidet ditt etter hvert enkelt barn (Srouji et al., 2010; Norsk sykepleierforbund, u.å.). På grunnlag av alle faktorene som utgjør den biopsykososiale modellen er det høyst nødvendig å tilpasse arbeidet ditt på grunnlag av at hvert enkelt barn

kan oppleve smerte ulikt. I tillegg skal du lindre barnets smerter ved å begrense deres fysiske, psykiske og sosiale belastninger, samt rette oppmerksomheten din mot barnets livskvalitet og erfaringer som er knyttet til sykdom og lidelse (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 22).

Forskningen sier videre at barnets livskvalitet øker dersom vi anvender ikke-medikamentell smertelindring i større grad enn medikamentell smertelindring (Inan & Inal, 2019; Wentz, 2013). I tillegg hjelper det med å redusere barnets smerte og angst, som på sin side er to faktorer som utgjør en stor del av de helhetlige smerteopplevelsene til barnet (Inan & Inal, 2019; Grønseth & Markestad, 2017, s. 167). Ellers sier Grønseth og Markestad (2017) at varigheten av smerte, tidligere opplevelser, omgivelser, graden av selvbestemmelse, kontroll og forståelse er noen faktorer som også vil påvirke alle barns smerteopplevelser. Av den grunn er det også nødvendig å gi barnet positiv oppmerksomhet i form av trøst, berøring og ros for å «gjøre godt» igjen etter den negative opplevelsen som en prosedyre kan føre til (Grønseth & Markestad, 2017, s. 167). På grunnlag av at barn har ulikt utgangspunkt for hvordan de opplever smerter, er det nødvendig for sykepleier å tilpasse arbeidet sitt og se an situasjonen for hver gang prosedyren skal gjennomføres på et nytt barn (Norsk sykepleierforbund, u.å.).

5.2 Ethiske og juridiske rammer

Som sykepleier er du pliktig til å lytte til barnet du behandler, i tillegg til å legge vekt på hva de mener (Lov om pasient- og brukerrettigheter, 1999, § 3-1.). Forskningen konkluderer med at barn skal være aktive deltagere i smertelindringsprosessen når prosedyren gjennomføres. I tillegg skal foreldrene kunne delta som positive medhjelpere for å redusere barnets stress og minske smerteopplevelsen deres (Srouji et al., 2010). For øvrig har foreldrene også en rett til å være til stede under prosedyrens gang, dersom barnet selv ønsker det (Helsetilsynet, 2018). Som sykepleier er du dessuten lovpålagt å la barnet motta informasjon fra foreldrene sine (Lov om pasient- og brukerrettigheter, 1999, § 3-5. & § 4-4.). På en annen side vet vi fra «Sykehuseksperternes 10 bud» at barn også ønsker å motta informasjon fra fagpersoner og ikke bare fra foreldrene (Grønseth & Markestad, 2017, s. 70). Med andre ord må sykepleier vurdere situasjonen og lytte til barnets ønsker og behov for informasjon. I henhold til pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1. (1999) skal all informasjon som gis til barn være tilpasset den enkelte. Piaget sin teori om at barn i 7-12-årsalderen har vansker for å tenke konkrete hypotetiske muligheter i ulike situasjoner underbygger nødvendigheten av tilpasset informasjon (Håkonsen, 2015, s. 54). Videre skal barn motta informasjon uten at det brukes

forkortelser og latinske ord og uttrykk (Grønseth & Markestad, 2017, s. 70). Ingen informasjon skal imidlertid utelates selv om den kan være skremmende å høre for barnet.

Som sykepleier må du altså ta høyde for barnets meninger, behov og ønsker, og deretter tilpasse den ikke-medikamentelle metoden som skal lindre smerten til det enkelte barnet. Forskning som Srouji et al. (2010) viser til sier at sykepleier oppnår best smertelindring når ikke-medikamentelle metoder tilpasses barnets alder etter utviklingsnivået deres. Videre kan vi se at Wentz (2013) også mener at det lønner seg å tilpasse den ikke-medikamentelle metoden etter barnets alder. Barn i min aldersgruppe, 6-12 år, har like utviklingsmessige særtrekk og kan av den grunn anvende samme ikke-medikamentelle metoder (Grønseth & Markestad, 2017, s. 69).

5.3 Distraksjonskort som avledningsteknikk

I tre av de fire utvalgte forskningsartiklene mine undersøkes effekten av å anvende distraksjonskort ved nårelaterte prosedyrer (Aydin & Sahiner, 2017; Inal & Kelleci, 2012; Sahiner & Bal, 2016). Barna fikk studere kortene før de senere skulle svare på spørsmål som kunne lyde «hvor mange mariehøner var det på bildet?» eller «hvor mange aper var det på bildet?». Anvendelsen av kortene begynte før selve prosedyren startet, og varte helt til blodprøvetakingen ble avsluttet. Alle deltagerne hadde også foreldrene sine til stede under prosedyren (Inal & Kelleci, 2012; Sahiner & Bal, 2016). Denne avledningsmetoden innebærer at barnet selv får ta del i aktiviteten, i tillegg til at metoden kan tolkes som spennende og overraskende (Grønseth & Markestad, 2017, s. 78). Grønseth og Markestad (2017) mener for øvrig at dette er faktorer som er med på å styrke avledningsteknikken, noe vi kan se gjenspeiler seg i forskningens resultater. Barna som fikk anvende distraksjonskort som ikke-medikamentell smertelindring rapporterte mindre smerte enn de resterende barna i de andre gruppene (Inal & Kelleci, 2012; Sahiner & Bal, 2016). I tillegg til de to andre nevnte studiene ovenfor resulterer også Aydin og Sahiner (2017) i sin studie med at bruken av distraksjonskort lindrer smerten til barna. Imidlertid er det ingen vesentlig forskjell på de ulike ikke-medikamentelle metodene som blir forsket på i denne studien. Med andre ord er det, ifølge Aydin og Sahiner (2017), lite som tyder på at distraksjonskort lindrer barns smerte på en bedre måte enn de andre avledningsmetodene som de tok for seg i sin studie. Trolig kan dette være et resultat av at de har forsket på kun én annen metode sammen med bruken av distraksjonskort. På denne måten har ikke Aydin og Sahiner (2017) fått et stort nok

sammenligningsgrunnlag for å kunne hevde at distraksjonskort verken øker eller minsker barnets smerte.

Videre rapporterte 96,7% av barna i studien til Inal og Kelleci (2012) at prosedyren ble mindre smertefull enn hva de hadde opplevd ved tidligere gjennomførelse av samme prosedyre, takket være distraksjonskortene. Imidlertid er det viktig å huske på at barnets tidligere smerteopplevelser kan ha vært negativt påvirket av ulike faktorer vi ikke har oversikt over. Som for eksempel om barnet den gang var trøtt eller slitent, eller av ulike grunner opplevde utmattelse (Grønseth & Markestad, 2017, s. 167; Tveitet et al., 2012, s. 148). På en annen side kan det stilles spørsmål ved kartleggingsverktøyene som er anvendt i alle de tre nevnte studiene. Både Sahiner og Bal (2016), Inal og Kelleci (2012) og Aydin og Sahiner (2017) anvender Wong Baker FACES og Races Pain Scale-Revised (FPS-R) som smertekartleggingsverktøy i sin forskning. Begge disse kartleggingsverktøyene er skalaer fra 0 til 10 med bilder av ansikt. Ansiktet på 0 viser null smerte og ansiktet på 10 preges av verst tenkelig smerte (Inal & Kelleci, 2012; Sahiner & Bal, 2016). Litteraturen sier derimot at barn fra 6-årsalderen og oppover har best effekt når kartleggingsverktøyene NRS og VAS brukes (Grønseth & Markestad, 2017, s. 171). Grønseth og Markestad (2017) mener at FPS-R, som brukes i studien ovenfor, har best effekt hos verbale barn frem til skolealder. Alle de tre studiene ovenfor har barn i aldersgruppen hvor det fra litteraturen sin side anbefales bruk av NRS og VAS. Det vil med andre ord si at forskningen anvender ulike kartleggingsverktøy enn hva litteraturen anbefaler for barn i forskningen sin aldersgruppe. Dette kan bety at resultatene fra forskningen kan være mindre reelle enn hva de antyder. På grunnlag av at forskningen er gjennomført i et land med ulik kultur og helsevesen, kan det være grunnen til at de har anvendt ulike smertekartleggingsverktøy enn hva litteraturen fra vårt eget land anbefaler.

5.4 Musikk som avledningsteknikk

Ifølge litteraturen fungerer avledningsteknikker best dersom barnet selv får delta i de ikke-medikamentelle metodene (Grønseth & Markestad, 2016). I tillegg til at metodene skal være spennende og det skal skje overraskende ting. Litteraturens mening gjenspeiler seg i resultatene fra studien til Sahiner og Bal (2016). En av avledningsteknikkene de tok for seg oppfylte ikke kriteriene som litteraturen mener må være på plass for å fungere optimalt som ikke-medikamentell smertelindring. I studien ble musikk fra 15 kjente tegneserier spilt i bakgrunnen og barnet skulle gjette seg frem til hvilken tegneserie musikken kom fra.

Sykepleier spilte av neste sang dersom barnet gjettet riktig. De deltagende barna i studien rapporterte mye smerte til tross for den anvendte avledningsteknikken (Sahiner & Bal, 2016). Avledningsteknikker er mest effektive dersom sansene hørsel, syn og taktil sans engasjeres samtidig (Helsebiblioteket, 2020). I studien til Sahiner og Bal (2016) utnyttet derimot bare én av sansene til barna, da det på forhånd er bestemt hvilke 15 tegneserier det skal hentes musikk fra. Sett under ett har resultatene blitt som de er blitt trolig grunnet lite involvering av barnets sanser.

Videre kan vi se i en av de andre studiene at heller ikke deres resultater viser at musikk reduserer smerten til barna (Aydin & Sahiner, 2017). I studien til Aydin og Sahiner (2017) var det ingen tydelig forskjell på effekten ved bruk av musikk eller de andre metodene som ble studert. Barna fikk velge mellom 20 tyrkiske sanger som ble spilt i bakgrunnen mens prosedyren ble gjennomført og de fikk på denne måten tydelige rammer for hva de kunne velge mellom og ikke (Aydin & Sahiner, 2017; Grønseth & Markestad, 2017, s. 74). Dette har trolig resultert i en god samarbeidsevne mellom barnet og sykepleier. Aydin og Sahiner (2017) lar barna velge selv, noe som resulterer i at de får være aktive deltagere i valget av musikk. Det blir på den måten lagt vekt på hva barnet mener, noe som sykepleiere er lovpålagt å gjøre (Lov om pasient- og brukerrettigheter, 1999, § 3-1). På en annen side var det bare valget av musikk som barnet fikk ta en deltagende del av. I tillegg var det bare hørselen som ble stimulert gjennom prosedyrens gang. Dette betyr at avledningsteknikken ikke lindrer smerte på samme måte som hvis flere sanser hadde blitt stimulert og barnet hadde fått ta en enda større deltagende del av metoden (Grønseth & Markestad, 2017, s. 78; Helsebiblioteket, 2020). Barna i begge studiene er i en alder som gjør at de har en evne til å tenke logisk og utføre handlinger ut ifra hva de tenker på (Grønseth & Markestad, 2017, s. 31). I tillegg har barn i 6-12-årsalderen en evne til symbolsk og logisk tenkning, ifølge Piaget (Håkonsen, 2015, s. 55). Her underbygger litteraturen igjen fra flere sider at barn er i stand til å få mer stimuli enn å bare benytte hørselen til å lytte til musikk. Med andre ord vil ikke musikk som ikke-medikamentell metode nødvendigvis medføre en lindrende effekt av smerte. Da det trolig gjør at barnet ikke får engasjert seg i metoden i like stor grad som andre metoder.

I både Sahiner og Bal (2016) og Aydin og Sahiner (2017) sine studier lar de foreldrene være til stede under prosedyren, noe som menes å redusere stress og minimere barnets smerteopplevelse (Srouji et al., 2010). I tillegg anvender disse studiene foreldrene som en del av barnets smertekartlegging, fordi disse er observatører under prosedyren (Aydin & Sahiner,

2017; Sahiner & Bal, 2016). Først og fremst kan foreldrene på best mulig måte tolke barnets verbale utsagn som kan indikerte smerte (Grønseth & Markestad, 2017, s. 172). Og for det andre er det foreldrene som har den beste kjennskapen til egne barn. Det vil si at foreldrene av disse grunner er en hjelpende faktor å ha til stede under prosedyrens gang. Imidlertid er det nødvendig å huske på at foreldrenes vurdering kan avvike fra barnets egne smerteopplevelse (Grønseth & Markestad, 2017, s. 172). Deltagerne i studien til Sahiner og Bal (2016) og Aydin og Sahiner (2017) er innenfor aldergruppen som er i stand til å kunne beskrive smerter både fysisk og psykisk i form av om opplevelsen skaper redsel, angst eller frykt (Grønseth & Markestad, 2017, s. 168). Videre vet vi at barnet selv er den beste datakilden til vurdering av deres egne smerter. Forskingen er dermed nødt til å vektlegge barnets egne vurdering av smerten og heller kompensere denne vurderingen med blant annet foreldrenes observasjon. Imidlertid er det høyst nødvendig å huske på at enkelte barn gir lite uttrykk for både smerter og ubehag (Grønseth & Markestad, 2017, s. 172). Barnet sender nødvendigvis ikke ut signaler til omverdenen, de trekker seg heller inn i seg selv. Dersom barna i studiene har oppført seg slik når de har gjennomgått prosedyren, kan adferden deres ha blitt mistolket og observatørene kan ha oppfattet det som at barnet ikke opplevde smerte. Dette betyr at resultatene i begge studiene kan ha blitt påvirket, men det trenger nødvendigvis ikke å være tilfellet.

5.5 Videospill som avledningsteknikk

Med tanke på at videospill er en aktivitet hvor barn får stimulert sansene hørsel, syn og taktil sans, kan vi først og fremst si at dette er en smertelindrende metode som gir resultater (Helsebiblioteket, 2020). Barn i den aktuelle aldersgruppen har evner til både logisk og symbolsk tenkning, noe videospillet krever (Håkonsen, 2015, s. 55; Inan & Inal, 2019). Barna skal anvende synet samtidig som de skal være motoriske og sensorisk aktive. Inan og Inal (2019) mener at deres deltagende barn blir såpass engasjert i metoden at de ikke registrerer hva som skjer i omgivelsene rundt dem. Disse meningene speiler seg i resultatene av forskningen, da vi ser at denne avledningsteknikken gir gode resultater blant barna. Deltagerne hadde et lavere smertenivå enn barna som anvendte andre metoder i samme studie (Inan & Inal, 2019). Dessuten er dette en metode hvor barna i stor grad får delta i aktiviteten selv, noe som også gjør metoden mer fungerende og gir gode resultater. Deltagerne i studien til Inan og Inal (2019) fikk på egenhånd velge hvilket videospill de ville spille i forkant av prosedyren. Litteraturen mener først og fremst at dette er en av faktorene som spiller inn

dersom avledningsteknikken skal være effektiv (Grønseth & Markestad, 2017, s. 78). For øvrig skal barnets syn på gjennomføringen av prosedyren spille større og større rolle etter hvert som barnet blir eldre, utvikles og modnes (Helsedirektoratet, 2017). Dersom barnet er nærmere 12 år enn 6 år skal det legges mer vekt på hva barnet mener. Inan og Inal (2019) lar alle barna, uavhengig av alder, velge hvilket videospill som skal spilles. Ifølge medbestemmelsesretten til barn, utfyller Inan og Inal (2019) kravet om å la de bli hørt (Helsedirektoratet, 2017).

Videospillingen startet tre minutter før prosedyren skulle gjennomføres og varte helt til blodprøvetakingen var over (Inan & Inal, 2019). Ifølge Inan og Inal (2019) er videospill en lett tilgjengelig avledningsteknikk for sykepleiere å anvende. Metoden er ikke tidkrevende, og den krever ikke lang opplæring av de ansatte. Likevel sier Grønseth og Markestad (2017) at ulike avledningsteknikker sjeldent anmeldes som en ikke-medikamentell smertelindrende metode, grunnet travelt miljø og usikre sykepleiere. Imidlertid begrunner Inan og Inal (2019) med at videospill både er en tidsbesparende og lett forståelig metode. Metoden er i tillegg praksis å anvende fordi den er lett tilgjengelig, både på mobiltelefoner, videokameraer og bærbare multimedia spillere. Med andre ord mener forskningen at anvendelsen av videospill verken krever mye tid eller kompetanse fra sykepleieren. I tillegg til at dette er en metode som gir gode resultater blant barna, fordi de får være aktive og ta del i metoden samtidig som flere av sansene deres engasjeres.

6 Avslutning

I denne oppgaven har jeg ved hjelp av forskning og faglitteratur forsøkt å finne ut hvilke ikke-medikamentelle metoder sykepleier kan anvende for å lindre smerte hos barn. Da ved nårelaterte prosedyrer som både kan oppleves smertefullt og ubehagelig for barnet. Prosedyrer er også blant faktorene som påfører barnet mest stress og engstelse ved en innleggelse på sykehus.

Barn i 6-12-årsalderen er både i stand til å tenke logisk og symbolsk, beskrive smerte og utføre handlinger ut ifra hva de tenker på. Sykepleier bør anvende metoder som innebærer avledning og distraksjon ifølge forskning og litteratur, da disse formene for ikke-medikamentelle metoder lindrer barnets smerte med best effekt. Ifølge forskningen kan det tolkes dit hen at avledningsteknikken hvor sykepleier anvender distraksjonskort er en metode hvor barnets smerte lindres mest. På grunnlag av at forskningen anvender ulike kartleggingsverktøy enn hva litteraturen anbefaler for barn i denne aldersgruppen, må det stilles spørsmål ved metodedelen til de inkludere hovedartiklene mine og deres anvendte kartleggingsverktøy. I tillegg utgjør observasjonen til foreldrene og observatørene, samt deres meninger, en stor del av smertekartleggingen til barna i all forskningen. Litteraturen mener at foreldrene kan være til stor hjelp, men at alle barn kan mistolkes og misoppfattes. Av den grunn er det nødvendig å legge mest vekt på barnets egne smertevurdering for å komme frem til riktige resultater. Det kan tyde på at avledningsteknikker som å lytte til musikk er en for passiv metode å anvende som avledningsteknikk for å oppnå smertelindring. Avledningsteknikker fungerer som sagt best dersom både hørsel, syn og taktil sans engasjeres. Forskningsresultatene kan tyde på at videospill derimot er en bedre metode å anvende enn musikk, da barnet får ta en større del av gjennomførelsen av metoden. I tillegg til at videospill menes å være en lett tilegnelig metode som verken krever mye opplæring eller tid fra personalet.

I forhold til å forsøke å besvare problemstillingen min vil jeg konkludere med at sykepleier både kan anvende de ikke-medikamentelle metodene distraksjonskort og videospill med god tro om at det lindrer barnets smerter. Jeg mener også at enhver form for distraksjon og avledning til en viss grad er smertelindrende for barnet, men vi ser at metodene hvor barnet får ta en større del i metoden gir bedre smertelindring. Jeg ser også et behov for å forske mer

på disse typer av distraksjon og avledning for å sammenligne metodene som scorer best hver for seg i ulike studier.

7 Referanseliste

Aydin, D., & Sahiner, N. C. (2017). Effects of music therapy and distraction cards on pain relief during phlebotomy in children. *Applied nursing research*, 33, 164–168.

<https://doi.org/10.1016/j.apnr.2016.11.011>

Brudvik, C., Høivik, M. E., Grønlie, I. & Kaspersen, K-H. (2021, 7. april). *Barn med smerter underbehandles*. Tidsskriftet - den norske legeforening.

<https://tidsskriftet.no/2021/03/debatt/barn-med-smerter-underbehandles>

Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal.

Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon. (2001). *Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon*. (FOR-2000-12-01-1217). Lovdata.

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

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

Helsedirektoratet. (2017, 25. april). 16.2. *Barn og unge under 16 år*.

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/spiseforstyrrelser/rettslig-grunnlag-ved-behandling-av-spiseforstyrrelser/barn-og-unge-under-16-ar>

Helsebiblioteket. (u.å.). *Databaser*. <https://www.helsebiblioteket.no/databaser>

Helsebiblioteket. (2020, 26. mai). *Pediatriveiledere, fra Norsk barnelegeforening*.

<https://www.helsebiblioteket.no/pediatriveiledere?menuitemkeylev1=5962&menuitemkeylev2=5976&key=269062>

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

- Inal, S & Kelleci, M. (2012). Distracting children during blood draw: Looking through distraction cards is effective in pain relief of children during blood draw. *International Journal of Nursing Practice*, 18(5), 518-518. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2012.02016.x>
- Inan, G. & Inal, S. (2019). The Impact of 3 Different Distraction Techniques on the Pain and Anxiety Levels of Children During Venipuncture. *The Clinical Journal of Pain*, 35 (2), 140-147. [10.1097/AJP.0000000000000666](https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000666)
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E-A. & Grimsbø, G. H. (2016). Hva er sykepleie? I N. Kristoffersen, F. Nortvedt, E-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleie – fag og funksjon*. (bd. 1, 3. utg., s. 15-27). Gyldendal Akademisk
- Lovdata. (u.å.). https://lovdata.no/info/om_lovdata
- Lovisenberg diakonale høyskole. (2022, 8. februar). *Om oss*. <https://ldh.no/bibliotek/om-oss>
- MeSH. (2022, januar). *MeSH på norsk – begreper innen medisin og helsefag*. <http://mesh.uia.no>
- Norsk senter for forskningsdata. (u.å.). *Vitenskapelige publiseringskanaler*. <https://www.nsd.no/publiseringskanaler/>
- Norsk sykepleierforbund. (u.å.). *Faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp*. <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/faglig-forsvarlighet-og-omsorgsfull-hjelp>
- Nortvedt, P. & Grønseth, R. (2016). Klinisk sykepleie: funksjon, ansvar og kompetanse. I Stubberud, D-G., Grønseth, R. & Almås, H. (Red.), *Klinisk sykepleie* (bd. 1, 5. utg., s. 17-37). Gyldendal Akademisk
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. (LOV-1999 07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>

Sahiner, N. C. & Bal, M. D. (2016). The effects of three different distraction methods on pain and anxiety in children. *Journal of Child Health Care*, 20(3), 277-285. <https://doi.org/10.1177/1367493515587062>

Store norske leksikon. (2019, 26. august). *Biopsykososial modell*.
https://sml.sn.no/biopsykososial_modell

Srouji, R., Ratnapalan, S. & Schneeweiss, S. (2010). Pain in Children: Assessment and Nonpharmacological Management. *International Journal of Pediatrics*, 20(10), Artikkel 474838. <https://doi.org/10.1155/2010/474838>

Thidemann, I. J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg.). Universitetsforlaget.

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

Wente, S. J. K. (2012). Nonpharmacologic Pediatric Pain Management in Emergency Departments: A Systematic Review of the Literature. *Journal of Emergency Nursing*, 39(2), 140-150. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2012.09.011>