

BSYBAC5 V21

Bacheloroppgave i Sykepleie

Hvilke ikke-medikamentelle strategier kan benyttes for at barn skal mestre opplevelsen av smerte og frykt under nålerelaterte prosedyrer?



Universitetet
i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet

Bachelor i Sykepleie

(Stavanger, 12-05/21)



Jeg/vi tillater at bacheloroppgaven kan brukes som eksempeloppgave på studiet

Abstract

Bakgrunn

For barn kan en sykehusinnleggelse medføre usikkerhet, frykt, ubehag og ofte smerter. Mange barn opplever prosedyrer som innebærer nåler, stikk og sprøyter som spesielt utfordrende under sykehusoppholdet. Det bør derfor være et mål på alle spesialavdelinger for barn å redusere prosedyrerelatert frykt og smerte til et minimum, hvor ikke-medikamentelle strategier er en måte å tilrettelegge dette på.

Hensikt

Hensikten med denne oppgaven er å undersøke hvilke ikke-medikamentelle strategier som kan benyttes hos barn for at de skal mestre opplevelsen av smerte og frykt under nålerelaterte prosedyrer.

Metode

Oppgavens metode er basert på en integrativ litteraturoversikt, hvor analysen av fire vitenskapelige artikler, relevant teori og egne refleksjoner er grunnlaget for besvarelsen.

Resultater

Resultatene viser til ulike ikke-medikamentelle strategier som kan benyttes for å fremme barns mestring av smerte og frykt knyttet til nålerelaterte prosedyrer. Resultatene som fremkommer avhenger av et tillitsforhold mellom barnet, foreldrene og sykepleieren. Å tilrettelegge for barnas mestring av smerte samt avledningsteknikker er presentert i denne oppgaven.

Nøkkelord: ikke-medikamentelle strategier, mestring, frykt, smerte, nålerelatert prosedyre, barn, avledning, sykepleier, foreldre, familiesentrert perspektiv

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	6
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	6
1.2 Problemformulering.....	6
1.3 Hensikt.....	7
1.4 Begrepsavklaringer.....	7
1.4.1 Ikke-medikamentelle strategier.....	7
1.4.2 Nålerelaterte prosedyrer.....	7
1.4.3 Foreldre.....	7
1.4.4 Barn.....	8
1.4.5 VAR Healthcare.....	8
2.0 Teori	9
2.1 Begrepsdefinisjoner.....	9
2.1.1 Mestring.....	9
2.1.2 Stress.....	9
2.1.3 Frykt.....	9
2.2 Familiesentrert perspektiv.....	10
2.3 Smerte og ikke-medikamentell smertelindring.....	10
2.4 Lovgivning.....	11
2.5 Informasjon.....	12
3.0 Metode	13
3.1 Hva er metode?.....	13
3.2 Integrativ litteraturoversikt.....	13
3.3 Søkeprosess.....	14
3.3.1 Søkestrategi.....	14
3.3.2 Valg av søkeord.....	14
3.3.3 Valg av artikler.....	15
3.4 Analyse av artikler.....	16
4.0 Resultat	17

4.1 Tilrettelegge for barns mestring.....	17
4.1.1 Informasjon.....	17
4.1.2 Involvering.....	18
4.1.3 Pleie og ivaretagelse av barnet.....	19
4.1.4 Skriking.....	21
4.2 Avledning.....	21
4.2.1 Lek og barnevennlig miljø.....	21
4.2.2 Belønning.....	22
5.0 Diskusjon.....	24
5.1 Metodediskusjon.....	24
5.1.1 Land og arena.....	24
5.1.2 Forskernes bakgrunn.....	25
5.1.3 Studiens deltakere.....	25
5.1.4 Kvalitativ tilnærming som metode.....	27
5.1.5 Integrativ litteraturoversikt som metode.....	28
5.2 Resultatdiskusjon.....	29
5.2.1 Tilrettelegging for barns mestring.....	29
5.2.1.1 Informasjon.....	29
5.2.1.2 Involvering.....	30
5.2.1.3 Pleie og ivaretagelse av barnet.....	31
5.2.1.4 Skriking.....	32
5.2.2 Avledning.....	33
5.2.2.1 Lek og barnevennlig miljø.....	34
5.2.2.2 Belønning.....	35
5.3 Konklusjon.....	36
6.0 Anvendelse i praksis.....	37
Litteraturoversikt.....	38
Vedlegg 1. Oversiktstabell over analyserte artikler.....	41

Kandidatnummer 6279 og 6267

Antall ord: 10523

1.0 Innledning

For barn kan en sykehusinnleggelse medføre usikkerhet, frykt, ubehag og ofte smerter (Grønseth & Markestad, 2017, s.63). Mange barn opplever prosedyrer som innebærer nåler, stikk og sprøyter som spesielt utfordrende under sykehusoppholdet. Utrygghet, engstelse og sterke reaksjoner kan være en konsekvens av gjentatte smertefulle og fryktskapende prosedyrer. Det bør derfor være et mål på alle barneavdelinger å redusere prosedyrerelatert frykt og smerte til et minimum (Grønseth & Markestad, 2017, s. 74). Denne bacheloroppgaven tar for seg et utvalg av ikke-medikamentelle strategier som kan bidra til mestring hos barn under nålerelaterte prosedyrer.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Sykepleie til barn har vært et mindre omtalt tema under studiet, og er derfor noe vi begge anser som hensiktsmessig å tilegne oss mer kunnskap om. Vi ønsker begge å videreutdanne oss innenfor dette fagfeltet, og tror at vi gjennom å skrive oppgaven vil sitte igjen med ytterligere kompetanse. Vi tror at det vil ha stor betydning når vi som sykepleiere en dag møter barn som vil ha behov for å ta bruk ikke-medikamentelle strategier. Ved å få kunnskap om hvilke strategier som kan benyttes for å dempe barnas opplevelse av frykt og prosedyresmerte, tror vi at behovet for medikamentell smertelindring kan reduseres, samt at barnet får positive erfaringer, som igjen vil bedre barnas forståelse av fremtidige prosedyrer.

1.2 Problemformulering

For barn vil de fleste prosedyrer virke skremmende, og sykepleiere har en viktig oppgave i å geleide barnet gjennom dette ved å involvere barnet på dets premisser (Bringager et al., 2014, s.206). Ifølge Statistisk sentralbyrå (2021) ble det i 2019 innlagt 356 131 barn på norske sykehus, noe som tilsvarer 18% av alle innlagte pasienter dette året. På bakgrunn av denne statistikken, er det naturlig å anta at man som sykepleier vil komme opp i situasjoner hvor det må tilrettelegges for bruk av ikke-medikamentelle strategier hos barn. Dersom sykepleiere ikke kjenner til hvordan man kan tilrettelegge for barnas mestring, kan det antas at det vil oppstå misforståelser, samt økt frykt og prosedyresmerte hos barna. «Med smerte følger angst og følelsen av å mangle kontroll, noe som forsterker smerten» (Bringager et al., 2014, s.193). Dette kan videre antas få negative konsekvenser for fremtidige prosedyrer, som blant annet

fobi og traumatiske ettervirkninger (Grønseth & Markestad, 2017, s.74; Twycross et al., 2013, s.4). Ved å sette temaet på dagsordenen, vil det kunne bidra til økt kunnskap og kompetanse innenfor dette fagområdet, noe som sannsynligvis vil bedre barnas opplevelse.

1.3 Hensikt

Hensikten med denne oppgaven er å undersøke hvilke ikke-medikamentelle strategier som kan benyttes hos barn for at de skal mestre opplevelsen av smerte og frykt under nålerelaterte prosedyrer.

1.4 Begrepsavklaringer

1.4.1 Ikke-medikamentelle strategier

Med ikke-medikamentelle strategier menes det i denne oppgaven strategier som kan benyttes for å minimere opplevelsen av prosedyresmerte og frykt hos barn under nålerelaterte prosedyrer. Vi har valgt å avgrense oppgaven ved å ikke fokusere på smertefysiologi og de underliggende mekanismene grunnet oppgavens omfang. Begrepet smerte vil derfor gjelde det sosiale, psykologiske og fysiske aspektet ved fenomenet (Grønseth & Markestad, 2017, s.165).

1.4.2 Nålerelaterte prosedyrer

Prosedyrene det skrives om i oppgaven omhandler nålerelaterte prosedyrer. Det inkluderer blodprøvetaking, innleggelse av perifert venekateter (pvk), innleggelse av nål i veneport, injeksjoner, prikktest, intravenøs legemiddelbehandling og venepunksjon.

1.4.3 Foreldre

I denne oppgaven defineres foreldre som barnas mor eller far. Shave et al. (2018) har ved et tilfelle omtalt tante, men vi har ikke valgt å ta med hennes uttalelser, og vi anser det derfor som hensiktsmessig å bruke definisjonen foreldre om barnas omsorgspersoner. Dette er også definisjonen de benytter seg av i lovgivningen.

1.4.4 Barn

Ifølge Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (2000) §3, defineres barn som personer under 18 år. Denne oppgaven vil derimot gjelde barn mellom tre til tolv år, da dette er aldersspennet i de utvalgte artiklene.

1.4.5 VAR Healthcare

VAR Healthcare (VAR) er en database som inneholder oppdaterte prosedyrer og nyttige funksjoner for bruk i praksis. Redaksjonen holder kontinuerlig et øye med forskningslitteraturen og er svært kritiske for oppdatering av innholdet (VAR Healthcare, 2021, <https://www.varhealthcare.no/var/no/hva-er-var-healthcare/article.action?contentId=105341>).

2.0 Teori

2.1 Begrepsdefinisjoner

2.1.1 Mestring

Hvordan man forholder seg til og løser en hendelse eller situasjon som medfører ubehag, mistriksel eller trussel mot ens integritet, beskriver mestring (Håkonsen, 2014, s.259). For å få kontroll over følelsesmessige og atferdsmessige reaksjoner ved smerte og ubehag, bruker barna ulike mestringsstrategier (Grønseth & Markestad, 2017, s.78). Disse strategiene velges blant annet på bakgrunn av barnas forståelse og situasjonen det er i, og vil således være individuelle. Målet med mestringen er «å finne mening og opplevelse av sammenheng i det vi opplever» (Bringager et al., 2014, s.124).

2.1.2 Stress

«Summen av psykiske og fysiske påkjenninger som vi utsettes for», defineres som stress (Håkonsen, 2014, s.233). Stress relatert til sykdom og behandling forsterkes i barneårene. Dette skjer fordi kropp og kroppsbeherskelse er knyttet til følelser, tanker og opplevelse av mestring. Inngrep som eksempelvis blodprøver og innleggelse av venekateter kan derfor oppleves som truende for barnet. Hvordan barn mestrer dette, avhenger blant annet av alder og utviklingstrinn (Grønseth & Markestad, 2017, s.63-64).

2.1.3 Frykt

Frykt defineres som en gjengs reaksjon på noe som virker truende eller farlig, og man vet nøyaktig hva man er redd for (Håkonsen, 2014, s.253). Frykten kan være knyttet til konkrete situasjoner eller hendelser som enten finnes nå eller som kan inntreffe i fremtiden (Håkonsen, 2014, s.297). Årsaken til engstelse hos barn er i hovedsak begrenset forståelse og mangel på kontroll, og forsterkes gjerne av separasjonsangst, frykt for at kroppen blir skadet, samt ukjente omgivelser og rutiner (Grønseth & Markestad, 2017, s.73).

2.2 Familiesentrert perspektiv

Et nært samarbeid mellom sykepleiere og foreldre med et felles mål om å gjøre det beste for barnet, defineres som familiesentrert omsorg (Grønseth & Markestad, 2017, s.87). Å ha et familiesentrert perspektiv under barnas sykehusinnleggelse bidrar blant annet til økt livskvalitet ved kronisk sykdom, økt forståelse for barnas situasjon og behov, bedret kommunikasjon mellom foreldre og sykepleier, og økt involvering av foreldre i pleie og behandling (Grønseth & Markestad, 2017, s. 88). Forutsetninger for et familiesentrert perspektiv under barnas pleie og behandling er åpen kommunikasjon mellom foreldre og sykepleiere, samt at sykepleieren er tilgjengelig, gir god informasjon og følelsesmessig støtte til foreldrene. Sykepleieren må sørge for at foreldrene opplever en større grad av kontroll ved å trygge dem, involvere dem i beslutninger og pleie, gi dem hovedansvaret for omsorgen til barnet, og støtte og hjelpe dem til å mestre stressende situasjoner (Grønseth & Markestad, 2017, s. 87-88).

Familiesentrert omsorg forutsetter også et likeverdig tillitsforhold mellom foreldre og sykepleiere som er preget av respekt for hverandres behov og ønsker, samt en gjensidig utveksling av viktige observasjoner og opplysninger om barnet (Grønseth & Markestad, 2017, s. 88). Det er også lovfestet Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) (Pbrl) §6-2 at barn har «rett til samvær med minst en av foreldrene eller andre med foreldreansvaret». Dersom barnet ønsker det, skal foreldrene få muligheten til å være tilstede under behandlingen (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2000, §6)

2.3 Smerte og ikke-medikamentell smertelindring

Smerte er et komplekst fenomen som består av sosiale, psykologiske og fysiske elementer (Grønseth & Markestad, 2017, s.165). Det kan beskrives slik: «Pain is whatever the experiencing person says it is, existing wherever they say it does» (Twycross et al., 2013, s.1). Etersom smerte er subjektivt, må pasientens egne meninger og erfaringer ligge til grunn for sykepleierens vurdering av smertenivå og effekten av smertelindring (Grønseth & Markestad, 2017, s. 165). Ubehandlet smerte kan føre til en rekke fysiske og psykiske konsekvenser. Dette inkludert økt frigjøring av stresshormoner, som igjen fører til redusert tilheling og immunrespons, økt muskelspenning, fatigue, angst, frykt, stress, og følelser som hjelpeløshet

og håpløshet (Twycross et al., 2013, s. 2-3). Hos barn vil negative erfaringer med smerter kunne forsterke fremtidige opplevelser av smerter, og belastende opplevelser med prosedyrer i barndommen kan utvikle seg til en fobi senere i livet (Grønseth & Markestad, 2017, s. 167; Twycross et al., 2013, s. 4). Frykt og engstelse, i tillegg til utmattelse, er faktorer som viser seg å forsterke opplevelsen av smerte betydelig (Grønseth & Markestad, 2017, s. 167).

Ikke-medikamentelle smertelindringsmetoder har vist seg å ha god effekt ved kortvarige smerter, som eksempelvis prosedyresmerter (Grønseth & Markestad, 2017, s. 172). Ikke-medikamentelle metoder kan kategoriseres inn i to deler; avledningsteknikker og kognitive mestringsstrategier. Avledningsteknikker vil si å styre oppmerksomheten vekk fra smerten ved hjelp av konkurrerende stimuli, og kognitive mestringsstrategier omfatter tankemessige metoder som avleder tankene fra smerteopplevelsen (Grønseth & Markestad, 2017, s. 78).

2.4 Lovgivning

Barnas rettigheter på sykehus er hjemlet i Pbrl (1999) og forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (2000). Under sykehusopphold har barn i følge Pbrl (1999) §6-2 «rett til samvær med minst en av foreldrene eller andre med foreldreansvaret». Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (2000) presiserer videre at det skal det skal avklares «hvilke oppgaver foreldrene ønsker og kan utføre» i omsorgen til barnet, og at foreldrene, i tillegg til barna, skal «få fortløpende informasjon» under oppholdet, jmfør §6. Dersom barnet selv ønsker det, skal foreldrene få «mulighet til å være til stede under behandlingen» så lenge foreldrenes tilstedeværelse ikke forstyrrer behandlingen (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2000, §6).

Når det gjelder retten til medvirkning under sykehusoppholdet, skal helsepersonell, «i samsvar med barnas alder og modenhet», gi informasjon, lytte til barnet og vektlegge barnas egne ønsker og preferanser (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1). Barn har i tillegg «rett til å bli aktivisert og stimulert under opphold i helseinstitusjon» (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §6-3). Aktiviteter skal ta utgangspunkt i barnas helsetilstand og skal tilpasses barnas alder og kognitive utvikling (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2000, §12).

2.5 Informasjon

Hensikten med å informere barn og foreldre, er å forberede dem på hva som skal skje slik at de opplever en følelse av kontroll over situasjonen. Dette vil igjen kunne redusere stress og bekymring (Grønseth og Markestad, 2017, s.75). Det er vesentlig å tilpasse informasjonen til det individuelle barnet ved å ta hensyn til barnas alder, kognitive utviklingsnivå, frykt, kunnskapsnivå, samt tanker og fantasier om hva som skal skje. Under informering er det viktig å stimulere flere av barnas sanser, for eksempel lek med medisinsk utstyr, slik at barnet kan forestille seg hvordan prosedyren vil oppleves og hva som vil skje (Grønseth & Markestad, 2017, s. 75). Barn har behov for informasjon om hvordan prosedyren vil oppleves sanselig for å redusere uventet sanseinntrykk som øker opplevelsen av frykt, eksempelvis kald hud ved desinfisering før prosedyrer (Grønseth & Markestad, 2017, s. 76).

Å planlegge tidspunktet for informering har stor betydning i møte med barn som skal gjennomgå prosedyrer (Grønseth & Markestad, 2017, s. 76). Hos yngre barn er det viktig å gi informasjon tett opp mot prosedyren, enten rett før eller tidligere på dagen. Hos barn i seks- til åtte-års-alderen, i tillegg til eldre barn som er spesielt redde, kan man derimot informere om prosedyren dagen før. Hos de eldste barna er det hensiktsmessig å informere opptil en uke i forkant av prosedyren da de har behov for tid til å bearbeide informasjonen. Fra fem-års-alderen kan barn fortelle om sine egne preferanser når det gjelder tidspunkt for informering (Grønseth & Markestad, 2017, s. 76).

3.0 Metode

3.1 Hva er metode?

Ved spørsmål om hva metode er, formulerer sosiologen Vilhelm Aubert det slik: «En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder» (Dalland, 2017, s.51). Ved å bruke en metodisk fremgangsmåte innhenter man data på en systematisk måte, og det gir et rammeverk for hvordan man kan gå frem i anskaffelsen eller etterprøvingen av ny kunnskap (Dalland, 2017, s.51). Valg av metode begrunnes ofte i den aktuelle problemstillingen og man benytter fortrinnsvis kvalitativ metode, kvantitativ metode eller en kombinasjon av disse tilnærmingene. Kvantitativ metode gir data i form av målbare enheter (Dalland, 2017, s.52), og brukes i tilfeller hvor formålet er å tilegne seg breddekunnskap, finne årsakssammenhenger, samt for å teste om hypoteser antas å la seg generalisere på tvers av personer og situasjoner (Drageset & Ellingsen, 2009, s.102). En kvantitativ tilnærming tar dermed sikte på forklaringer. Kvalitativ metode tar derimot sikte på å fange opp meninger og opplevelser som ikke lar seg tallfeste eller måle, og er egnet i tilfeller hvor man ønsker å fram en helhet, samt en dypere forståelse (Dalland, 2017, s.52-53).

Ettersom vår hensikt er å undersøke hvilke ikke-medikamentelle strategier som kan benyttes hos barn for at de skal mestre opplevelsen av smerte og frykt under prosedyrer, anså vi det som mest hensiktsmessig å anvende kvalitativt orienterte artikler. Som skrevet ovenfor tar kvalitativ tilnærming sikte på å oppnå en helhetlig og dypere forståelse, og vi mener derfor at kvalitative, vitenskapelige artikler best vil kunne besvare vår problemstilling.

3.2 Integrativ litteraturoversikt

Vi har valgt å anvende Fribergs (2017, s.141) integrative litteraturoversikt med kvalitativt orienterte artikler som metode for vår oppgave. Vi valgte bort intervju som metode på grunn av tidsaspektet, i tillegg mener vi at en integrativ litteraturoversikt er tilstrekkelig for å besvare vår problemstilling. Å skape en litteraturoversikt innebærer å innhente eksisterende forskning innen et valgt sykepleierelatert fagområde (Friberg, 2017, s. 141). Videre skal man utføre en datareduksjon; det vil si å velge ut forskningsartikler som er mest relevante for problemstillingen, skape en oversikt over artiklene og sammenligne artiklene med hverandre (Friberg, 2017, s. 150).

For at en litteraturoversikt skal være integrativ, må man i tillegg trekke konklusjoner og skape en ny helhet av resultatene i forskningsartiklene (Friberg, 2017, s. 150). Friberg påpeker at bruk av litteraturoversikt som metode har sine begrensninger (Friberg, 2017, s. 143). Ettersom man må velge ut et begrenset antall forskningsartikler, så vil man ikke få et helhetlig bilde av all eksisterende forskning innen det valgte temaet. Å velge et begrenset antall artikler kan også føre til at man kun velger forskning som støtter ens eget synspunkt og utelater forskning som motsier oppgavens hensikt (Friberg, 2017, s. 143). Fordelen ved å bruke integrativ litteraturoversikt som metode for oppgaven, er at man samler et utvalg av forskning innen det samme fagområdet, kategoriserer funnene og presenterer de på en oversiktlig måte. Det er da mulig å trekke ut, sammenligne og sette sammen resultatene for å besvare den valgte problemstillingen.

3.3 Søkeprosess

3.3.1 Søkestrategi

Som søkestrategi benyttet vi oss av Dallands (2017, s. 156) strukturerte litteratursøk, hvor vi utarbeidet noen kriterier som avgrenset søket etter relevante artikler. Våre kriterier var at de vitenskapelige artiklene skulle være fagfellevurdert, samt at de var publisert etter 2011. Vi benyttet oss også av en geografisk avgrensning i søket etter artikler, da det var avgjørende å finne artikler som er publisert i land med et helsevesen som kan sammenlignes med det norske.

3.3.2 Valg av søkeord

Bruk av avgrensede søkeord var nødvendig for å finne relevante, vitenskapelige artikler for oppgaven. På grunnlag av vår problemstilling, benyttet vi oss av søkeord som kunne avgrense det brede utvalget av artikler, slik at vi unngikk et høyt antall søkeresultater. Søkeordene ble dermed «children, manage pain and fear, hospital, support, medical procedures, procedural pain, experience, nurse perspective». Vi benyttet disse søkeordene i ulike kombinasjoner, og valgte å bruke «AND» til å forbinde søkeordene for å sørge for at treffene på best mulig måte besvarte vår problemstilling. Vi valgte å benytte oss av databasen Cinahl, da den består av sykepleiefaglig, aktuell forskning. Det ble dermed naturlig å benytte oss av engelske søkeord.

Videre beskrives kombinasjoner av søkeord som ble brukt for å komme frem til våre utvalgte artikler.

Kombinasjonen av søkeord for artikkel nummer en var «children AND manage pain and fear AND hospital». Denne kombinasjonen av søkeord ga treff på ti forskningsartikler.

Kombinasjonen av søkeord for artikkel to var «support AND medical procedures AND children». Denne kombinasjonen ga treff på 192 forskningsartikler. Kombinasjonen av søkeord for artikkel tre var «procedural pain AND experience AND children». Denne kombinasjonen av søkeord ga treff på 146 forskningsartikler. Kombinasjonen av søkeord på artikkel nummer fire var «nurse perspective AND medical procedures». Denne kombinasjonen av søkeord ga treff på 13 forskningsartikler.

3.3.3 Valg av artikler

For å redusere søkeresultat til artikler som var relevante for å besvare vår problemstilling, anvendte vi inklusjonskriterier. Inklusjonskriteriene inkluderte studier som er utført på spesialavdelinger for barn, barn mellom tre til tolv år for å unngå store kognitive variasjoner og barn som gjennomgår prosedyrer. Vi valgte studier som er utført i land med et helsevesen og kultur som kan sammenlignes med Norge, slik at resultatene er overførbare til norske sykehus. Vi valgte derfor ut tre studier som er utført i Sverige og én som er utført i Canada. Vi valgte artikler som fokuserer på barns perspektiv, men også perspektivene til barnas foreldre og sykepleiere som utfører prosedyrer på barn. Vi mente det var viktig å inkludere foreldrenes synspunkter i oppgaven for å oppnå et familiesentrert perspektiv, da foreldrene har en betydelig rolle under barns opphold på sykehus, og særlig under ubehagelige prosedyrer. Vi inkluderte sykepleieperspektivet for å belyse hvordan sykepleiere kan hjelpe barn å mestre frykt og smerte under prosedyrer. For å velge ut pålitelige og gyldige forskningsartikler, undersøkte vi om forfatterne har helsefaglig bakgrunn og forskningserfaring, om tidsskriftene artiklene er publisert i er helsevitenskapelige og troverdige, og om artiklene er originalartikler, det vil si ny forskning og kunnskap om et tema som presenteres for første gang (Dalland, 2017, s. 162).

Vedlegg 1 inneholder en oversikt over de valgte forskningsartiklene.

3.4 Analyse av artikler

Friberg beskriver analysearbeidet som en ny forståelse, der man dekomponerer resultatene i forskningsartiklene og setter sammen relevante funn som belyserer problemstillingen og dermed skaper en ny helhet (Friberg, 2017, s. 135). Vi valgte å analysere forskningsartiklene med utgangspunkt i Fribergs analysemodell (2017, s. 148-150). Vi begynte med å utføre en datareduksjon, som innebærer å lese artiklene flere ganger og sammenfatte hensikten, metoden og resultatene i hver artikkel. Sammenfatningene ble ført inn i en oversiktstabell for å strukturere analysematerialet for å kunne sammenligne artiklene for å identifisere likheter og ulikheter i hensikt, metode og resultater. Videre fokuserte vi på artiklenes resultater og sorterte disse inn i to hovedkategorier, og seks underkategorier, som danner grunnlaget for presentasjonen av resultatene i vår oppgave (Friberg, 2017, s. 148-150).

Disse kategoriene beskrives i tabell 1.

Hovedkategori	Underkategori
Tilrettelegging for barns mestring	<ul style="list-style-type: none"> - Informasjon - Involvering - Pleie og ivaretagelse av barnet - Skriking
Avledning	<ul style="list-style-type: none"> - Lek og barnevennlig miljø - Belønning

Tabell 1

4.0 Resultat

4.1 Tilrettelegge for barns mestring

4.1.1 Informasjon

Barnas behov for informasjon om prosedyren var svært individuelt, og varierte særlig når det gjaldt tidspunkt for informasjon, det vil si når det var mest hensiktsmessig for barnet å få informasjon. Noen av barna ønsket ingen informasjon i forkant, noen ønsket å bli informert like før prosedyren skulle utføres, mens andre ønsket å få detaljert informasjon om hvordan prosedyren skulle utføres (Kleye et al., 2020, s.4-5). Flere av barna følte også på en ambivalens knyttet til informasjonen, da informasjonen gjerne opplevdes positiv i form av å redusere smerte og frykt, samtidig som barna var redd for ukontrollerte bevegelser dersom de ikke visste når stikket kom, som igjen kunne føre til økt smerte relatert til stikket (Kleye et al., 2020, s.4-5).

Barna som ikke ønsket noe informasjon i forkant, opplevde mindre grad av frykt (Kleye et al., 2020, s.4-5), og ønsket istedenfor informasjon om hva som ble gjort under prosedyren i etterkant. Barna som ønsket å bli informert like før utførelsen, hadde tidligere erfart en økt grad av frykt i tilfeller hvor sykepleieren informerte om prosedyren for tidlig. Kleye et al. (2020) skriver om et tilfelle hvor en seks år gammel jente ble informert om prosedyren to dager i forveien, noe som førte til økt grad av frykt. «They came in and told me what they were going to do 2 days before, then I got really scared and got more and more afraid. Better if they don't tell too long before» (Kleye et al., 2020, s.4-5). Gruppen barn som ønsket detaljert informasjon om hvordan prosedyren skulle utføres, ønsket også en grundig og kontinuerlig forklaring under gjennomføringen (Shave et al., 2018, s.4). Karlsson et al. (2014) avdekket at yngre barn med lite eller ingen erfaring med prosedyrer burde få mindre informasjon om prosedyren enn eldre barn og barn med mer erfaring. Videre burde sykepleieren gi mer detaljert og utdypende informasjon til barna som viste nysgjerrighet og engasjement, samt begrense mengden informasjon hos de barna som tydelig viste frykt i forkant av prosedyren (Karlsson et al., 2014, s.4).

Det fremkommer av Karlsson et al. (2014, s.4-5) at informasjonen om prosedyren burde tilpasses barnas alder, sykdomstilstand, evne til å delta og fokusere, nivå av frykt og tidligere erfaring med prosedyren (Karlsson et al., 2014, s. 4-5), for best å kunne støtte barna under

prosedyrer. Dersom det ble brukt språk og uttrykk som barna ikke forstod, oppstod det misforståelser og økt grad av frykt hos barna (Shave et al., 2018, s.5). Barnas fantasi overtok og fikk prosedyren til å virke mer skremmende (Karlsson et al., 2016, s.672), og i tilfellene hvor barn opplevde økt frykt ble det videre utfordrende å involvere og engasjere barnet videre. (Karlsson et al., 2016, s.672). I tilfeller ble informasjon gitt gjennom bruk av lek for å gi barna en bedre forståelse (art 5, s.6). Sykepleiere viste barna, gjennom lek, hvordan prosedyren skulle utføres for bedre forståelse (Karlsson et al., 2016, s.672). Karlsson et al. (2014) brukte også lek under informering om prosedyren, og lot blant annet barna prøve det aktuelle utstyret på bamser eller dukker. Dette gjorde situasjonen mindre truende for barna (Karlsson et al., 2014, s. 6).

Frykten for prosedyresmerte stod høyt hos flere av barna i studien til Kleve et al. (2020), og dette virket å være altoppslukende tanker som skapte redsel hos barna. Barna hadde et behov for at sykepleieren var ærlig, slik at de skapte realistiske forventninger til prosedyren (Shave et al., 2018, s.5). Dersom informasjonen ble formidlet på en måte tilpasset barnet, blant annet ved bruk av metaforer og referanser barnet kjenner til, var det større sannsynlighet for at barnet faktisk forstod og videre fikk mulighet til å stille spørsmål tilbake. Dette understrekes ved at slik informasjonsgivning nettopp var en metode sykepleieren brukte for å se til at barnet hadde forstått informasjonen (Karlsson et al., 2016, s.672), noe som var en viktig forutsetning for at barna fikk mulighet til å ytre sine preferanser knyttet til prosedyren. Barna fortalte om flere episoder der både sykepleierne og foreldrene tok avgjørelser som de ikke var enige i. Eksempelvis uttrykte en ni år gammel jente at «They tell me to look away, but I´m used to looking, I want to look, otherwise I get so scared» (Kleve et al., 2020, s. 4).

4.1.2 Involvering

Karlsson et al. (2016) avdekket at det var en forutsetning at barna kjente til og forstod hva som skulle skje for å kunne involvere barna. Involvering gjorde det lettere for barnet å akseptere prosedyren og oppfatte den som støttende, og dette skjedde fortrinnsvis gjennom alderstilpasset og individualisert informasjon (Karlsson et al., 2016, s.672). Karlsson et al. (2014) skriver om viktigheten av å bli kjent med barna. Ved å lære barnet å kjenne, kunne sykepleieren enklere kunne tilrettelegge støtten og prosedyren. Dette hadde stor betydning for

utførelsen av prosedyren og gjorde samtidig prosedyren mindre skremmende for barnet (Karlsson et al., 2014, s. 6). Måter å involvere barna på varierte og ble basert på hvert enkelt barns tidligere erfaringer med prosedyren (Karlsson et al., 2016, s.672). Involveringen kunne handle om å fjerne et plaster, desinfisere stikkstedet eller å påvirke hvordan prosedyren skulle utføres. Sykepleierne kunne også involvere barnet gjennom å be barnet om å fortelle hva som var neste steg i utførelsen. Videre fremhevet foreldrene viktigheten av å aktivt involvere barna i utførelsen av prosedyren (Shave et al., 2018, s. 5), og følgende komponenter ble identifisert for best å involvere barna i deres omsorg; å behandle barna som noen som kommer til å forstå, å sørge for at barna vet hva de kan forvente, å beskrive prosedyren ved bruk av språk og konsepter som er kjent for barna, å gi barn tid til å fordøye informasjonen og å involvere barna i prosedyren.

Today [my daughter] was very calm, and everything was explained to her. She was treated like someone who's going to understand, instead of just a kid and you know, you're – you're being out of control or anxious, and let's just get this shit done, so ... the patience, the compassion, everything that has been said is really important (Mor til en tolv år gammel jente, Shave et al., 2018, s. 4).

Det krevde mot å være barn på sykehus, og Kleve et al. (2020, s.4-5) viste til at barn behøvde støtte fra de voksne, samt å bli involvert og inkludert for å våge å være modig. Det var avgjørende at barna følte på en kontroll over egne tanker og kropp, samt selvtillit. Barna understreket viktigheten av å ha mot til å snakke for seg selv og ytre sine preferanser. Dersom dette ikke ble hensynstatt og prosedyren ble utført på en måte foreldrene eller omsorgspersonene mente var best, opplevde barna større grad av smerte og frykt (Kleve et al., 2020, s.4).

4.1.3 Pleie og ivaretagelse av barnet

Ved å ivareta barna kunne sykepleiere i stor grad bidra til reduksjon av frykt og smerte hos barna under prosedyrer (Karlsson et al., 2016, s.671), og ved å observere kroppsspråket til barna ville sykepleieren få en fornemmelse av om de følte seg trygge (Karlsson et al., 2014, s. 5). Dersom sykepleieren klarte å skille mellom smerte og frykt, ville det hjelpe dem å velge korrekt måte å støtte barna på under prosedyren (Karlsson et al., 2014, s.5-6). Det var flere grep sykepleierne kunne ta for å sørge for at prosedyren utføres på mest behagelig måte. Dette

kunne blant annet være å unngå å stramme stasebåndet for mye, hjelpe barnet til å finne en god stilling, samt legge en pute under armen til barnet (Karlsson et al., 2016, s. 671-672). Karlsson et al. (2014) fokuserte på viktigheten av å skille mellom frykt for prosedyren og motstand til prosedyren, da dette påvirket sykepleierens pleie og støtte til barna (Karlsson et al., 2014, s.5). Sykepleierne erfarte at dersom barna fryktet prosedyren, viste de ingen tegn til nysgjerrighet samtidig som de forsøkte å gjøre det vanskelig for sykepleieren å utføre prosedyren. Derimot var det enklere å samarbeide og overtale barna til å godta prosedyren, dersom de i utgangspunktet motsatte seg (Karlsson et al., 2014, s.5). Gjennom å oppfatte hvordan barna uttrykker seg, kunne sykepleieren således tilpasse utførelsen av prosedyren.

Barna ga uttrykk for behov for trøst i form av nærhet og fysisk kontakt under prosedyren, og her bidro foreldrene eksempelvis ved å holde barnas hånd, stryke eller massere barnet (Karlsson et al., 2016, s.671-672). Når barnet hadde en hånd å holde i, fikk de mulighet til å klemme hånden hardt, noe som lindret prosedyresmerten (Kleye et al., 2020, s.4). En ni år gammel gutt uttalte dette: «I stretch out my arm and hold mommy's hand and squeeze really, really hard. It usually works as it doesn't hurt so much then ... you can also think about something else at the same time you are squeezing» (Kleye et al., 2020, s. 4). Når denne typen støtte fungerte for barna, så det ut til å kompensere for deres negative følelser til en viss grad (Karlsson et al., 2016, s.671).

Å stole på de voksne under nåle-relaterte prosedyrer omhandlet, ifølge Karlsson et al. (2016) å slippe taket og stole på at de hadde kontroll. At foreldrene var tilstede kunne bidra til at barna assosierte prosedyren med noe positivt og trygt og dernest stolte på de voksne i større grad (Karlsson et al., 2016, s.672). Barna følte seg også trygge når foreldrene fungerte som en talsperson overfor barna, hvor barna kunne snakke med helsepersonell gjennom foreldrene ved at de hvuset til foreldrene, hvorav foreldrene videreformidlet dette til helsepersonellet (Karlsson et al., 2016, s. 672-673). Noen ganger var ikke dette nødvendig da foreldrene allerede var kjent med barnas preferanser:

Mom: is it possible to put another patch because he thinks that this one is hard to remove. Child: yes, I do not want that annoying one. The child looks gratefully at his mother (Fem år gammel gutt, Karlsson et al., 2016, s.673).

Trøst og støtte var viktig for barna, og i tilfeller verdsatte de kosedyr i større grad enn foreldrene (Kleye et al., 2020, s.5). Kleye et al. (2020, s.5) avdekket at trøst og støtte er viktig for barna. I enkelte tilfeller verdsatte barna kosedyr i større grad enn foreldrene. Å gjemme seg bak kosedyr ble nevnt som en stor hjelp. Barna forklarte dette ved at kosedyret alltid var stille, det tillot barnet å reagere slik det selv hadde behov for og fortalte heller ikke barnet hvordan de skulle oppføre seg under prosedyren, i motsetning til foreldrene som i tilfeller forhindret barna å ta i bruk mestringsstrategier. Kosedyret var alltid tilgjengelig for barnet og i stand til å romme dets opplevelser og følelser. Selv et lånt kosedyr kunne i tilfeller oppleves som en bedre støtte for barna enn ukontrollerbare foreldre (Kleye et al., 2020, s.5).

4.1.4 Skriking

Kleye et al. (2020) rapporterte om at skriking var en høyt foretrukket strategi blant barna i utvalget. Gjennom skriking fikk de uttrykt misnøye under prosedyrer, og det bidro til å redusere smerten hos barna. Barna beskrev videre en følelse av frigjøring når de skrek, og det ga en ro som igjen førte til redusert opplevelse av smerte (Kleye et al., 2020, s. 5). Foreldrene og sykepleierne opplevde gjerne barnas skriking som et nederlag, noe som førte til at de forsøkte å stoppe det skrikende barnet. Sykepleieren stoppet ofte prosedyren når barnet skrek istedenfor å undersøke årsaken til skrikingen. Barna opplevde at sykepleieren feiltolket skrikene, som i hovedsak var relatert til frykten for prosedyresmerte. En jente på åtte år uttrykte følgende: «Maybe it's good for me to scream, but they don't know that, nobody asks me» (Kleye et al., 2020, s.5). En sykepleier forklarte det slik: «*They may feel that the child is screaming unnecessarily. But you must always encourage, so it's okay to be upset, it's okay that it hurts*» (Karlsson et al., 2014, s. 8).

4.2 Avledning

4.2.1 Lek og barnevennlig miljø

For at avledning skulle være en effektiv strategi mot frykt og smerte, måtte barnet selv ønske å bli avledet under prosedyren, samt være med på og forstå avledningen. Avledningen måtte være i form av noe som interesserer og engasjerer barnet, og det var avgjørende at hele

situasjonen ble oppfattet som kjent og trygg (Karlsson et al., 2016, s.671). Sykepleierne brukte lek som en strategi før og under prosedyren, og beskrev lek som et fokuspunkt når de støttet barna (Karlsson et al., 2014, s.6). Karlsson et al. (2016) viste at når sykepleieren brukte tid på å etablere et forhold til barnet og når foreldrene og sykepleierne bruker lek og humor som barnet forstod, ville barnet føle seg trygt og inkludert, i tillegg ville prosedyren virke mindre truende. Når barnet så frem til å treffe sykepleierne, og tullet og lekte med dem til tross for at de utførte prosedyrer, var forholdet preget av trygghet og tillit (Karlsson et al., 2016, s. 673). Dette oppstod når barna ikke følte seg utelatt eller truet i en situasjon. Leken fungerte, ifølge Karlsson et al. (2014), som en avledning for å styre barnas tanker bort fra prosedyren. Likevel mente sykepleierne at det beste for barnet ville være å fullføre prosedyren uten distraksjon, da dette ga barnet økt kunnskap og forståelse for fremtidige prosedyrer (Karlsson et al., 2014, s.6).

Barna beskrev rommene på sykehusavdelingene som rene og sterile og fortalte at de savnet pynt på veggene og i taket, i tillegg til leker og aktiviteter (Kleye et al., 2020, s.5). Å legge til rette for et barnevennlig miljø var ifølge barna en måte å hjelpe dem til å mestre frykt og smerte. Å tilby aktiviteter som kunst og håndverk og spill på avdelingen, samt legge til rette for bruken av nettbrett, mobil eller TV både i forkant av og under prosedyrer var, ifølge barna, en måte å få tankene over på noe annet enn frykten for smerte (Kleye et al., 2020, s. 6). Således kunne slike aktiviteter fungere som avledninger barnet selv opplevde som positive. En annen form for avledning var at sykepleieren eksempelvis pratet eller sang med barnet, at foreldrene leste bøker eller spilte spill, og dersom det var andre familiemedlemmer til stede, kunne de også bidra til distraksjon. Et eksempel på overnevnte avledninger er gitt ved denne beskrivelsen av en tre år gammel jente: «*The child turns to the sibling, who is playing on the floor. The child is not looking at what the nurse is doing during the blood sampling. The child talks to the younger sibling. For a while, the child is completely focused on other things besides the procedure*» (Karlsson et al., 2016, s.671)

4.2.2 Belønning

Å belønne barnet innebar, ifølge Karlsson et al. (2016), at noe positivt vil skje i etterkant av prosedyren. Belønningen kunne også benyttes som en trøst i tilfeller der barnet ikke var i stand til å kontrollere følelsene sine, samt hjelpe barnet til å mestre frykt og smerte under

prosedyren når de visste at det ville skje noe positivt i etterkant (Karlsson et al., 2016, s.673). Gjennom å bruke belønning, ville sykepleieren lettere kunne utføre prosedyren (Karlsson et al., 2014, s.8). Belønningen kunne gis i form av gaver eller verbale belønninger. En verbal belønning kunne eksempelvis være at en voksen skrøt av barnet i etterkant av prosedyren. Barnet kunne få en positiv innstilling til prosedyren ved å få skryt, og det skapte positive bilder av helsetjenesten for barna (Karlsson et al., 2016, s.673). Å belønne barna med gaver etter prosedyrer var en metode som sykepleierne i studien til Karlsson et al. (2014) nevnte. En sykepleier fortalte at gaver som is, godteri og småting noen ganger ble brukt som bestikkelser for å klare å gjennomføre prosedyren (Karlsson et al., 2014, s. 7-8). Karlsson et al. (2016, s. 673), avdekket at dersom de voksne brukte belønning på en negativ måte slik at barna opplevde det som et press, var det vanskelig for barna å se frem til belønningen med glede, og belønning virket dermed ikke støttende.

5.0 Diskusjon

5.1 Metodediskusjon

5.1.1 Land og arena

Under søkeprosessen valgte vi ut artikler fra land som kunne sammenlignes med Norge slik at studienes resultater var overførbare til det norske helsevesenet. Vi endte dermed opp med tre artikler fra Sverige og én artikkel fra Canada. Både Norge, Sverige og Canada har universelle helsesystemer som sikrer nødvendige helsetjenester for alle innbyggere, uansett økonomisk- eller sosialstatus. Helsetjenestene i alle tre land er i hovedsak offentlig finansiert, gjennom skatteinntekter, slik at innbyggerne har lik tilgang til nødvendige helsetjenester (Anell et al., 2012, s.17 & 49; Marchildon et al., 2020, s.17 & 53; Saunes et al., 2020, s. 14 & 50). Ettersom Sverige er et skandinavisk land med kulturelle likheter med Norge mener vi at Sveriges tilnærming til sykehusinnlagte barn kan sammenlignes med Norges. Vi mener at innholdet i forskningsartiklene, både sitatene fra barna, foreldrene og sykepleierne, i tillegg til forskernes observasjoner og refleksjoner, gir et inntrykk av at Canada og Sverige har kulturelle likheter med Norge og lignende holdninger til sykehusinnlagte barn. Forfatterne fokuserer på barnas egne ønsker og behov, viser respekt for dem og samhandler med dem. På grunn av både likheter mellom helsesystemene i Norge, Sverige og Canada, og likheter i holdninger og verdier i møte med sykehusinnlagte barn, mener vi at resultatene fra de valgte forskningsartiklene kan overføres til sykepleiere på norske sykehus.

Ettersom vår problemstilling omhandler barn, valgte vi ut studier som er utført på spesialavdelinger for barn. De valgte studiene ble utført på forskjellige avdelinger, inkludert flere barneavdelinger, poliklinikker for barn og et akuttmottak for barn, og vi har dermed resultater fra en variert forskningsarena. Sykepleiere som jobber på spesialavdelinger for barn har erfaring med barn som gjennomgår prosedyrer. På slike avdelinger jobber det også, som oftest, flere pediatriiske sykepleiere med en spesialisert kompetanse i å samarbeide med barn. Vi mener at dette er en fordel for vår oppgave da strategiene som sykepleierne påpeker, og som barna og foreldrene refererer til, er basert på erfaring med prosedyrer med barn, og kan derfor vurderes som pålitelige.

5.1.2 Forskernes bakgrunn

For å vurdere om de valgte forskningsartiklene var troverdige og gyldige undersøkte vi forskernes bakgrunn. Alle forskerne var enten sykepleiere, pediatriiske sykepleiere eller leger og har dermed relevant helsefaglig bakgrunn. De fleste hadde enten doktorgrad eller var doktorgradsstudenter og hadde forskningserfaring fra studier om sykehusinnlagte barn og barn som gjennomgår prosedyrer. Mange av forskerne var professorer eller lektorer ved helsevitenskapelige fakultet ved universiteter i Sverige og Canada. Tidsskriftene som de valgte forskningsartiklene er publisert i er helsevitenskapelige og fagfelleverderte, og vurderes dermed som pålitelige.

5.1.3 Studiens deltakere

Ettersom vi ønsket å sette lys på barnas egne strategier og behov under prosedyrer, i tillegg til hvordan foreldre og sykepleiere kan tilrettelegge for barnas mestring, valgte vi ut studier med både barn, foreldre og sykepleiere som deltakere. Studienes deltakere inkluderte henholdsvis 13 og 21 barn i Kleye et al. (2020) og Karlsson et al. (2016), 12 foreldre i Shave et al. (2018) og 14 sykepleiere i Karlsson et al. (2014). Vi mener at antallet barn, foreldre og sykepleiere i studiene er for lavt til å konkludere at resultatene er representative for alle barn, foreldre og sykepleiere. Forskerne har derimot valgt en kvalitativ tilnærming som metode, noe som begrenser antallet deltakere som er realistisk å inkludere i studien, da det blir store mengder data å analysere og diskutere. Hensikten med kvalitative studier er å undersøke opplevelser, meninger og erfaringer i dybden (Dalland, 2017, s.52-53), og derfor er det tilstrekkelig med et mindre utvalg av deltakere.

Barna i studiene til Kleye et al. (2020, s. 2) og Karlsson et al. (2016, s. 669) hadde forskjellige diagnoser, deriblant kreft, infeksjoner, genetiske sykdommer og allergi, og representerte dermed et utvalg av barn med ulike erfaringsnivåer med sykehusinnleggelse og prosedyrer. Studien til Shave et al. (2018) er utført på et akuttmottak og deltakerne er derfor foreldre til barn som var friske fra før av, barn som hadde kroniske sykdommer, barn som opplevde prosedyrer for første gang og barn som hadde gjennomgått prosedyrer mange ganger før (Shave et al., 2018, s. 3). Vi mener at barnas erfaringsnivå med sykehusinnleggelse og prosedyrer i stor grad ville påvirke deres evne til å mestre frykt og smerter under prosedyrer.

Vi valgte artikler som inkluderer barn med forskjellige erfaringsnivå for å skape et helhetlig bilde på mestringsstrategier som kan benyttes av alle barn, uansett erfaringsnivå.

Deltakerne i studien til Karlsson et al. (2014) var hovedsakelig pediatrike sykepleiere med gjennomsnittlig 18 års-erfaring som sykepleier (Karlsson et al., 2014, s. 3). Studien inkluderte derfor opplevelser og meninger til sykepleiere som hadde lang erfaring og kompetanse innenfor pediatrik sykepleie, noe vi mener er relevant for å besvare vår problemstilling. Dette fordi sykepleierne i studien hadde tilstrekkelig erfaring med hvilke metoder som kunne brukes for å tilrettelegge for barns mestring under prosedyrer

Artikkelen til Shave et al. (2018) fokuserte på foreldrenes perspektiv. Studien ble utført på et akuttmottak på et barnesykehus og deltakerne var derfor foreldre til barn med ulike helsetilstander. Ti av foreldrene hadde kroniske syke barn, mens kun to hadde friske barn før innleggelsen på akuttmottaket. Vi antok at foreldrene til de kronisk syke barna hadde mer erfaring med å støtte barna deres under prosedyrer sammenlignet med foreldre til friske barn. Vi tenkte derfor at studien inkluderer flest meninger og tanker fra foreldre med utviklede strategier for å hjelpe barn under prosedyrer og lite opplevelser og refleksjoner fra foreldre med mindre erfaring, noe som kan anses som en svakhet med oppgaven. Vi mener likevel at det er en styrke at studien inkluderer mange foreldre med kroniske syke barn da strategiene som de beskriver er grunnlagt i erfaring med hva som fungerer bra, noe som var viktig for å kunne besvare vår problemformulering.

Aldersspennet på barna i de valgte artiklene er tre til tolv år. Under søkeprosessen ønsket vi i utgangspunktet å velge ut artikler med et mindre aldersspenn for å fokusere på en aldersgruppe med de samme utviklingsmessige særtrekk da vi tenkte at barnas alder og kognitiv utvikling påvirker valget av mestringsstrategier. Grunnet et lavt antall kvalitative studier som var relevante for vår problemstilling, valgte vi å utvide aldersspennet. Studiene inkluderer barn i aldersgruppene fire til tolv i Kleye et al. (2020), tre til syv i Karlsson et al. (2016) og Karlsson et al. (2014) og tre til tolv i Shave et al. (2018).

En svakhet ved de valgte forskningsartiklene er at aldersgruppene kommer dårlig frem i resultatene. Artiklene har nevnt alderen til barnet i sitater, men har ellers ikke delt opp resultatene inn i aldersgrupper. Ettersom det er et spenn i kognitiv utvikling hos barn i aldersgruppen tre til tolv, er det naturlig å tilpasse mestringsstrategien til barnas alder og

dermed også kognitiv utvikling. Det var derfor ikke mulig for oss å dele opp resultatene inn i aldersgrupper i vår oppgave.

5.1.4 Kvalitativ tilnærming som metode

Vi valgte fire kvalitative studier til å besvare vår problemstilling da vi ønsket å undersøke barnas, foreldrenes og sykepleiernes meninger og opplevelser om barns mestring av smerte og frykt. Dersom hensikten med oppgaven hadde vært å undersøke metoder for å redusere frykt og smerter under prosedyrer, ville det vært hensiktsmessig å anvende kvantitative artikler ettersom reduksjon av frykt og smerte kan måles. Vi opplevde at bruken av artikler med en kvalitativ tilnærming som metode var formålstjenlig for å kunne sette lys på mestring og dermed også til å besvare vår problemstilling. Kleye et al. (2020) beskrev bruken av kvalitativ metode slik: «Qualitative methods are appropriate for research with children, as they offer opportunities for gathering sensitive and meaningful data that enhances the child's empowerment and allows the researcher to enter the child's world of meaning and belief» (Kleye et al., 2020, s. 2).

I intervjuene med barna i studiene til Kleye et al. (2020, s. 3 & 7) og Karlsson et al. (2016, s. 669-670) valgte forskerne å bruke lek for å redusere maktforskjellen mellom barna og forskerne og skape en relasjon mellom dem, i tillegg til å hjelpe barna med å uttrykke seg. Vi mener at bruken av lek for å hjelpe barna under intervjuene var formålstjenlig for studienes hensikt, da Kleye et al. (2020) og Karlsson et al. (2016) ønsket å undersøke barnas egne meninger og opplevelser. I studien til Karlsson et al. (2016) tok forskerne videoopptak, i tillegg til feltnotater under utførelsen og intervjuene for å fange opp nyanser som for eksempel kroppsspråket til barna som ikke ble oppfattet under observasjon (Karlsson et al., 2016, s. 669). Karlsson et al. (2014) valgte også å filme prosedyrene og vise videoopptakene til sykepleierne under intervjuene for å stimulere til refleksjon (Karlsson et al., 2014, s. 3). Videoopptak ble ikke benyttet i studiene til Kleye et al. (2020) og Shave et al. (2018) og forskerne har da muligens gått glipp av enkelte nyanser under utførelsen av prosedyrene og under intervjuene. I samtlige av våre utvalgte studier oppfatter vi at etiske hensyn er ivaretatt.

En generell svakhet ved kvalitativ metode er at forskernes egne synspunkter kan påvirke hvordan de analyserer og presenterer resultatene, det vil si utsagnene fra deltakerne og

observasjoner gjort under prosedyrene og intervjuene. Kleve et al. (2020) beskrev at de anvendte flere sitater fra barna i presentasjonen av resultatene for å fremheve barnas egne meninger og opplevelser, og ikke sine egne (Kleve et al., 2020, s. 7). Direkte sitater fra deltakerne er også inkludert i resultatene til andre tre artiklene. Karlsson et al. (2016) presiserte viktigheten av å være åpen under hele forskningsprosessen, samt å være nøytral og unngå antakelser og å trekke konklusjoner under analysen av dataene (Karlsson et al., 2016, s. 668).

5.1.5 Integrativ litteraturoversikt som metode

I metodekapittelet diskuterte vi noen ulemper ved bruk av integrativ litteraturoversikt som metode, inkludert utvalget av et begrenset antall forskningsartikler. Vi valgte ut fire kvalitative forskningsartikler som vi mener er tilstrekkelig for å besvare vår problemstilling. De valgte artiklene omhandler tre forskjellige synspunkter, barnas, foreldrenes og sykepleierens, som vi mener er relevante for oppgaven og gir et helhetlig bilde. Artiklene har likevel hovedfokus på barnas opplevelser under prosedyrer og hvordan foreldrene og sykepleierne kan tilrettelegge for barns mestring av frykt og smerter. Vi valgte å inkludere fire forskningsartikler med tre forskjellige perspektiver i stedet for fire artikler med samme perspektiv da vi ønsket å ha et familiesentrert perspektiv gjennom hele oppgaven, i tillegg til sykepleierens perspektiv for å undersøke hvordan vi som sykepleiere kan tilrettelegge for barns mestring.

Tre av de valgte forskningsartiklene deler noen av de samme forfatterne, noe vi vurderer som en svakhet da det, som tidligere nevnt, er naturlig at forfatterens egne synspunkter påvirker analysen av intervjuene og dermed også resultatene i studiene. Da noen av de samme forfatterne har deltatt i to eller tre av studiene, kan det antas at deres perspektiver og meninger har påvirket hvordan funnene har blitt tolket, slik at artiklene muligens mangler varierte synspunkter.

Alle utvalgte artikler er skrevet på engelsk og måtte dermed oversettes til norsk. Tre av artiklene er fra Sverige og intervjuene med barna i studiene til Kleve et al. (2020) og Karlsson et al. (2016), og sykepleierne i studien til Karlsson et al. (2014) ble dermed utført på svensk. Det betyr at resultatene er oversatt fra svensk til engelsk og fra engelsk til norsk. Det er derfor

mulig at enkelte nyanser har forsvunnet under oversettelsene, noe som kan påvirke resultatene.

5.2 Resultatdiskusjon

5.2.1 Tilrettelegging for barns mestring

5.2.1.1 Informasjon

Som beskrevet i teorikapittelet, informerer man barn og foreldre med hensikt om å skape forutsigbarhet rundt prosedyren, noe som videre reduserer stress og bekymring (Grønseth & Markestad, 2017, s.75). Ifølge Kleve et al. (2020, s.4-5) var barnas behov for informasjon om prosedyren svært individuelt, og samtlige av artiklene avdekket at tidspunkt for informering måtte tilpasses hvert enkelt barn. Noen av barna ønsket informasjon tidlig i forkant av prosedyren, noen barn ønsket informasjon rett før utførelsen av prosedyren, mens noen barn ønsket kun informasjon om prosedyren i etterkant (Kleve et al., 2020, s.4-5). Dette kan begrunnes ut fra barnas alder og kognitive utvikling, da barna mellom tre og seks år har et dårligere utviklet tidsbegrep, imens barna mellom seks og tolv år bedre evner å forstå tidsbegreper (Grønseth & Markestad, 2017, s.68-69).

Kleve et al. (2020, s. 4-5) gjorde observasjon av en seks år gammel jente som to dager i forkant ble informert om kommende prosedyre, hvor jenta uttrykte at frykten for prosedyren gradvis forsterket seg jo nærmere den kom. I dette tilfellet ble sannsynligvis jenta informert for tidlig i forkant, noe som virket å skape unødvendig belastning. VAR (2021) beskriver derimot på sine nettsider at huskeregelen er at barnas alder i år kan samsvares med antall dager informasjonen kan gis i forkant (<https://www.varnett.no/portal/content/7188/16>). Dette avviker fra artikkelens funn, men det er likevel usikkert hva som vil gagne barnet. Her vil det være naturlig å anta at utviklingspsykologi samt foreldrenes deltakelse spiller inn, og vi mener at det ikke er hensiktsmessig med fastsatte retningslinjer, da behov for informasjon varierer hos hvert enkelt barn. Grønseth & Markestad (2017, s. 76) mener videre at jo yngre barnet er, jo nærmere prosedyren bør informasjonen gis, samtidig som sykepleieren bør be om barnas preferanser angående tidspunkt for informering. Tidspunktet for informering kan antas å variere med tanke på akutte innleggelser og polikliniske barn, noe som vil gjøre det utfordrende å informere god tid i forkant.

Dersom man gir barnet tilpasset informasjon og valgalternativer i forhold til prosedyren, blir barnet automatisk delaktig, velværen øker og frykten blir redusert (VAR Healthcare, 2021, <https://www.varnett.no/portal/content/6859/16>). Som skrevet i resultatdelen, konkluderte samtlige artikler med at informasjonen burde tilpasses barnas alder, sykdomstilstand, evne til å delta og fokusere, nivå av frykt og tidligere erfaring med prosedyren (Karlsson et al., 2014, s. 4-5). Det burde også brukes språk og uttrykk som barna hadde kjennskap til (Shave et al., 2018, s. 5), samtidig som sykepleieren burde tilstrebe å benytte metaforer og referanser fra barnas verden (Karlsson et al., 2016, s.672). Slik det kommer frem i teorien, har barnet, i følge Pbrl (1999) §3-2, rett til informasjon. Informasjonen skal i følge Pbrl (1999) §3-1 tilpasses barnas alder og modenhet, og paragrafen understreker også at dette utgangspunktet skal legges til grunn i vektlegging av barnas egne ønsker og preferanser. Oppsummert vil det være en forutsetning at barnet mottar tilpasset informasjon for at han/hun skal få et realistisk bilde, og på det grunnlaget kunne påvirke prosedyren med deres ønsker og preferanser.

5.2.1.2 Involvering

Et viktig utgangspunkt for en vellykket gjennomføring av prosedyren, er at barna får være delaktige på egne premisser. Resultatene fra artiklene viste store variasjoner i hvordan barnet ble involvert, og det kunne variere mellom at barnet fjernet et plaster til å involvere barna i selve utførelsen (Karlsson et al., 2016, s.672). Sykepleieren kunne legge til rette for dette ved å lære barnet å kjenne gjennom eksempelvis erfaring eller samtale, og videre tilrettelegge for individuell utførelse av prosedyren (Karlsson et al., 2014, s. 6) Her anser vi det viktig at sykepleieren går ned på barnas nivå og gjennom kommunikasjon får kjennskap til barnet og dets preferanser. Foreldrene uttrykte også viktigheten av å aktivt involvere barna i utførelse av prosedyre (Shave et al., 2018, s. 5).

En familiesentrert omsorg er, som beskrevet i teorikapittelet, kjennetegnet av et tett samarbeid mellom foreldrene og sykepleierne for å gi barnet best mulig behandling og pleie (Grønseth & Markestad, 2017, s. 87). Ved sykehusinnleggelse hos barn er det foreldrene som formelt tar beslutninger på vegne av barnet, og foreldrene skal sikre at barnas behov blir hørt. Allikevel bør barnet også få uttale seg om egne ønsker, og det er derfor viktig at barnet blir sett på som et individ som også skal inkluderes i beslutninger som taes på deres vegne (VAR Healthcare, 2021, <https://www.varnett.no/portal/content/6859/16>). Barna fortalte om flere episoder der

både sykepleierne og foreldrene tok avgjørelser som de ikke var enige i (Kleye et al., 2020, s.4), og det skapte økt grad av frykt hos barna. Årsaken til økt frykt kan tenkes å være at barnet ikke føler på kontroll over situasjonen, noe som skaper uforutsigbarhet.

Som skrevet i teorien, har barna behov for utdypende informasjon om hvordan prosedyren sanselig vil oppleves, slik at de kan skape en realistisk forventning til prosedyren (Grønseth & Markestad, 2017, s.76). Shave et al. (2018) avdekket at barna påpekte behovet for at sykepleieren var ærlig, slik at de kunne skape seg et reelt inntrykk av kommende prosedyre. Konsekvensene av å ikke individuelt tilrettelegge informasjonen kunne være at barnas fantasi overtok fordi de ikke forstår informasjonen. Barna skapte et urealistisk bilde av prosedyren basert på frykt (Karlsson et al., 2016, s.672). Ærlighet kan tenkes å være et viktig og verdifullt grunnlag i kommunikasjon med barn, da dette kan motvirke at barnet, basert på urealistiske forventninger og frykt, skaper en fantasi om kommende prosedyre. Derimot bør ærlighet også tilpasses det enkelte barn, da det er naturlig å anta at man har ulike forutsetninger for å forstå gitt informasjon.

5.2.1.3 Pleie og ivaretagelse av barnet

Ifølge Karlsson et al. (2016, s. 672) medførte foreldrenes tilstedeværelse under prosedyrer trygghet for barna. Som nevnt i teorikapittelet, har barn «rett til samvær med minst en av foreldrene» (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §6-2). Barn har også rett til å ha foreldrene tilstede under prosedyrer dersom de selv ønsker det (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2000, §6). Barna i studien til Karlsson et al. (2016) opplevde også trygghet når foreldrene tok på seg rollen som deres talsperson og videreformidlet barnas ønsker, tanker og spørsmål til sykepleierne (Karlsson et al., 2016, s. 672-673). Ettersom foreldre ofte kjenner barna sine best, var det i enkelte tilfeller unødvendig for barna å uttrykke sine ønsker og behov da foreldrene allerede kjente til disse og formidlet de til sykepleieren (Karlsson et al., 2016, s.673). Barna kunne da stole på at foreldrene hadde kontroll under prosedyren (Karlsson et al., 2016, s.672).

VAR presiserer viktigheten av å tilrettelegge for foreldrenes tilstedeværelse under prosedyrer ved å vise forståelse for deres bekymringer, skape trygghet ved å gi tilstrekkelig informasjon, og oppmuntre de til å trøste og avlede barna (VAR Healthcare, 2021,

<https://www.varnett.no/portal/procedure/7367/16>). I Karlsson et al. (2019, s. 671-672) fortalte barna om behovet for trøst i form av nærhet og fysisk kontakt ved at foreldrene strøk barnet eller tilbudte en hånd å holde. Behovet for fysisk kontakt med foreldrene understrekes i studien til Kleve et al. (2020, s.4) som avdekket at barna opplevde en lindring av prosedyresmerter når de fikk klemme en hånd. Foreldrene hadde også en sentral rolle i å avlede oppmerksomheten til barna under prosedyrer. Å lese bøker med barna eller å engasjere barna i et spill er eksempler på avledningsmetoder som foreldrene kunne ta i bruk. Tilstedeværelsen av andre familiemedlemmer, som barnas søsken, kunne også bidra til å avledningen (Karlsson et al., 2016, s. 671).

Barna i studien til Kleve et al. (2020) beskrev kosedyr som verdifulle kilder til trøst og støtte under prosedyrer. Barna mente at kosedyrene, i motsetning til foreldrene i visse tilfeller, tillot dem å reagere slik de ønsket, var stille og forsøkte ikke å kontrollere deres oppførsel (Kleve et al., 2020, s. 5). I følge psykologen John Bowlby (Kleve et al., 2020, s.6) søker barn sine foreldres beskyttelse og trøst i usikre og stressende situasjoner. Foreldrene anses som dem som kjenner barnet best og setter barnas behov og interesser i fokus. Kleve et al. (2020) viste derimot at barn i tilfeller vendte seg bort fra foreldrenes trygghet og søkte andre former for støtte når foreldrene utgjorde en utrygghet i situasjonen. Barna ønsket selv å bestemme om de enten skulle bruke et kosedyr eller omsorgspersonene til å håndtere frykt og smerte (Kleve et al., 2020, s. 5).

5.2.1.4 Skriking

Kleve et al. (2020) og Karlsson et al. (2014) avdekket at skriking var en høyt foretrukket strategi hos barna i deres studie. Gjennom skriking fikk barna utløp for misnøye, samt en redusert opplevelse av prosedyresmerter. Barna følte også at skrikingen ga en følelse av frigjøring, samtidig som det roet ned barnet (Kleve et al., 2020, s.5). Under prosedyrer bør barna få tillatelse til å uttrykke følelser som redsel og sinne. Både sykepleier og foreldre bør forsikre barnet om at disse reaksjonene er normale (Grønseth & Markestad, 2017, s. 77-78). Foreldre og sykepleieren anså derimot skrikingen som utfordrende og feiltolket barnas reaksjon. Skrikingen ble forbundet med smerte, og de forsøkte å hindre barnet i å skrike ved å pause prosedyren og gi trøst (Karlsson et al., 2014, s.8). Barn som skriker forbinder vi gjerne med noe negativt, og vi anser derfor både foreldrenes og sykepleierens reaksjon som naturlig

ved å forsøke å roe ned barnet/situasjonen. Ved å forsøke å sette seg inn i liknende situasjon, ville vi også ha valgt å pause prosedyren, da noe annet ville ha følt som overtramp overfor barnet.

Sykepleier og foreldre, så vel som barnet, bør vite at skriking er normalt og ikke alltid farlig, og det kan også være positivt for barnet. På den måten får barnet rom til å uttrykke seg, og foreldre og sykepleier er i stand til å romme dette. Det er viktig at sykepleier ikke unødige stanser en prosedyre fordi barnet skriker, men samtidig er det også viktig at man er oppmerksom og sensitiv slik at man kan oppdage de tilfeller der barnet har vondt eller har andre problem som gjør at prosedyren faktisk burde stanses. Men ved at også sykepleier «tåler å stå i litt gråt», kan man forhindre at unødvendig mange prosedyrer stanses. Kanskje kan også tenkes at å stanse prosedyren oppleves ytterligere vanskelig for barnet, enn at prosedyren blir gjennomført. Altså kan både barn, foreldre og sykepleier nyttiggjøre seg informasjonen om at skriking er en viktig strategi for mange barn. Dersom man lærer barnet å kjenne, vil man også ha erfaring nok til å vite om barnet skriker fordi det har vondt, eller om barnet benytter skriking som en mestringsstrategi.

På bakgrunn av at våre utvalgte studier er kvalitative, bør man være forsiktig med å generalisere resultatene, da skriking ikke kan sies å være en adaptiv mestringsstrategi for alle barn som gjennomgår prosedyrer. Likevel bør det settes lys på viktigheten av at sykepleier har oppdatert kunnskap og kompetanse innenfor ikke-medikamentelle mestringsstrategier hos barn. Som sykepleier er man pliktet til å opptre faglig forsvarlig og omsorgsfullt i følge Helsepersonelloven (1999) §4. Dette gir sykepleieren plikter, og *hun eller han* må blant annet holde seg faglig oppdatert innenfor sitt fagområde. Dette underbygges også i Norsk Sykepleierforbund sine yrkesetiske retningslinjer 1.4 (Norsk Sykepleierforbund, 2019).

5.2.2 Avledning

Gjennom å avlede barnet, vil en forskyve konsentrasjonen bort fra smerten og få barnet til å fokusere på andre former for stimuli. Forklaringen kan ligge i at vi mennesker har en begrenset kapasitet til å bearbeide sanseinntrykk, og dette medfører at oppmerksomheten på eksempelvis lek og belønning, vil begrense oppmerksomheten på smerteopplevelsen. Avledning kan, ifølge VAR, redusere smertens intensitet og øke pasientens smerteterskel,

som fører til en «mer akseptabel smerteopplevelse» (VAR Healthcare, 2021, <https://www.varnett.no/portal/content/7141/16>).

5.2.2.1 Lek og barnevennlig miljø

Som presentert i teorikapittelet, kan både avledningsteknikker og kognitive mestringsstrategier benyttes som ikke-medikamentelle strategier under prosedyrer (Grønseth & Markestad, 2017, s. 78). Bruk av avledning som ikke-medikamentell strategi forutsetter at barnet selv ønsker å bli avledet, at formen for avledning engasjerer barnet og at barnet føler seg trygg (Karlsson et al., 2016, s. 671). Kleve et al. (2020) avdekket av barn under tolv år benyttet seg av komplekse kognitive strategier for å mestre frykt og smerte. Slike strategier omfattet å kontrollere tankene sine, tenke positive tanker og bevisst unngå å tenke på prosedyren (Kleve et al., 2020, s. 4 & 6). Her vil det være hensiktsmessig av både sykepleier og foreldre å på best mulig måte tilrettelegge for at barnet kan ta i bruk ikke-medikamentelle strategier gjennom eksempelvis fantasireiser og avslapningsteknikker (Grønseth & Markestad, 2017, s.79).

Slik det kommer frem i teorikapittelet, har barn en rett til å aktiviseres og stimuleres under sykehusopphold (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §6-3). Barna fortalte om rene og sterile sykehusavdelinger og poengterte viktigheten av være i et barnevennlig miljø, med pynt på veggene og tilgang til leker og aktiviteter. Dette for å avlede tankene deres vekk fra frykt og smerte (Kleve et al., 2020, s.5). Barn er «lekende vesener» og lek er derfor viktig for å redusere barnas prosedyrerelaterte stress og øke deres mestring (Grønseth & Markestad, 2017, s. 81). Sykepleierne anvendte lek som en avledningsteknikk, men tilstrebet å utføre prosedyrer uten avledning for å øke barnas kunnskap og forståelse for prosedyren og dermed lette fremtidige prosedyrer (Karlsson et al., 2014, s. 6). Som tidligere diskutert i oppgaven, vil økt kunnskap føre til økt forutsigbarhet for barnet, som igjen reduserer opplevelsen av frykt.

Sykepleierne i studien til Karlsson et al. (2014, s.6) beskrev lek som en viktig strategi for å støtte og avlede barna. Det kunne for sykepleieren være tidkrevende og utfordrende å utvikle et tillitsforhold til barna, da barna i utgangspunktet var skeptiske til fremmede mennesker (Grønseth & Markestad, 2017, s.98). Sykepleieren burde allikevel anstrenge seg for å skape et tillitsforhold til barnet og foreldrene, da dette kunne ha stor betydning for samarbeidet.

Karlsson et al. (2016, s. 673) avdekket at barnet følte seg trygt og inkludert i tilfeller hvor sykepleieren brukte tid på å etablere et forhold basert på lek og humor. Når barnet så frem til å treffe sykepleierne og tullet og lekte med dem til tross for at de utførte prosedyrer, var forholdet preget av trygghet og tillit (Karlsson et al., 2016, s. 673). Dette oppstod når barna ikke føler seg utelatt eller truet i en situasjon. Sykepleieteoretiker Kari Martinsen beskriver det å vise tillit til en annen som «å utlevere seg» og å «våge seg fram for å bli imøtekommet» (Martinsen, 2009, s. 143). Det anses derfor avgjørende at sykepleieren tar initiativ til å tilrettelegge for et lekende miljø og tilpasser leken slik at den engasjerer og interesserer barnet.

5.2.2.2 Belønning

Belønning kunne bidra til avledning under prosedyrer ved å trøste barna når de opplevde ukontrollerbare følelser eller ved å styre tankene deres vekk fra frykt og smerte. Ved å bruke belønning ble fokuset flyttet over til forventningen om at noe positivt ville skje i etterkant av prosedyren, og dermed gjøre utførelsen av prosedyren enklere for sykepleieren (Karlsson et al., 2016, s.673; Karlsson et al., 2014, s. 8). Karlsson et al. (2014) avdekket at belønning kunne være i form av skryt som førte til en mer positiv innstilling hos barna, eller i form av gaver som is og godteri som barnet kunne se fram til (Karlsson et al., 2014, s.7-8). Å støtte barna gjennom belønning, trøst og ros kan veie opp for negative opplevelser til en viss grad (Grønseth & Markestad, 2017, s. 80). Sykepleierne i studien til Karlsson et al. (2014) fortalte at slike gaver til tider ble brukt som bestikkelser for å muliggjøre gjennomførelsen av prosedyren (Karlsson et al., 2014, s. 7-8). Studien til Karlsson et al. (2016) avdekket derimot at barna kunne oppleve belønning som et press dersom det ble brukt på en negativ måte. I slike tilfeller ble ikke belønning brukt som en effektiv avledningsteknikk da barna synes det var vanskelig å glede seg til belønningen (Karlsson et al., 2016, s.673). Bruk av belønning bør derfor avveies med utgangspunkt i hvert enkelt barn, da belønning i tilfeller kan bli brukt mot sin hensikt, noe som videre kan skape ytterligere frykt og smerte hos barna.

5.3 Konklusjon

Vi tolker resultatene på den måten at både tilrettelegging av mestring hos barna og avledning er avgjørende for at barna skal klare å mestre opplevelsen av smerte og frykt under utførelsen av nålerelaterte prosedyrer. Vi anser disse strategiene som betydningsfulle, og dersom disse strategiene harmonerer, er sannsynligheten for at barn opplever mestring i større grad tilstede.

6.0 Anvendelse i praksis

Å gjennomgå prosedyrer kan for barn virke belastende, og det er derfor viktig å tilrettelegge for barnas mestring av prosedyrerelatert smerte og frykt. Funnene i artiklene avdekker flere ulike mestringsstrategier som barna kan ta i bruk under prosedyren, men dette forutsetter at foreldrene er lydhøre for barnas ønsker og behov, samt at sykepleieren er åpen og fleksibel når det gjelder barnas preferanser relatert til prosedyren (Kleye et al., 2020, s.6). Barnet må med andre ord være utgangspunktet for pleien. Funnene våre i denne oppgaven gir oss et inntrykk av at det i stor grad allerede foreligger gode strategier, og vi vil videre presentere konkrete forslag som vi mener kan optimalisere det kliniske feltet.

Forslagene er som følgende:

- Vi anser det svært viktig å ha et familiesentrert fokus på gitt avdeling, hvor sykepleien er rettet mot både barnet og dets familie.
- Sykepleieren bør være bevisst på å gå ned på barnas nivå. *Hun eller han* bør ha god kunnskap om utviklingspsykologi. Det er også viktig at sykepleieren lytter til barnas preferanser omkring prosedyren, og behandler barna som om de kommer til å forstå. Sykepleieren bør også ta hensyn til barnas autonomi.
- Vi foreslår kontinuerlig veiledning og fagutvikling på gitt avdeling. Vi understreker viktigheten av kontinuerlig oppdatering av ny kunnskap og forskning, samt fokus på dette i opplæringen.
- Sykepleieren bør tilstrebe å ha god kompetanse innenfor smertelindring av barn. Det anbefales at sykepleieren er opplyst om barnas historie. Barnas historie og erfaring har mye å si for deres opplevelse av smerte og frykt, og vil ha betydning for dets behov for smertelindring.

Litteraturoversikt

Anell, A., Glenngård, A. H. & Merkur, S. (2012). Sweden: Health system review. *Health Systems in Transition*, 14(5), 1-159.

https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/164096/e96455.pdf

Bringager, H., Hellebostad, M., Sæter, R. & Mørk, A. C. (2014). *Barn med kreft* (2. utg.). Gyldendal Akademisk.

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal Akademisk.

Drageset, S. & Ellingsen, S. (2009). Forståelse av kvantitativ helseforskning – en introduksjon og oversikt. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 5 (2), 100-113.

Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon. (2000). *Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon* (FOR-2000-12-01-1217). Lovdata. <https://lovdata.no/forskrift/2000-12-01-1217>

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

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>

Håkonsen, K. M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser* (6. utg.). Gyldendal Akademisk.

Karlsson, K., Englund, A. -C. D., Enskär, K., Nyström, M. & Rydström, I. (2016). Experiencing Support During Needle-Related Medical Procedures: A Hermeneutic Study With Young Children (3-7 Years). *Journal of Pediatric Nursing*, 31(6), 667-677. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2016.06.004>

Karlsson, K., Rydström, I., Enskär, K. & Englund, A. -C. D. (2014). Nurses' perspectives on supporting children during needle-related medical procedures. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 9(1), Artikkel e23063. <https://doi.org/10.3402/qhw.v9.23063>

Kleye, I., Hedén, L., Karlsson, K., Sundler, A. J. & Darcy, L. (2020). Children's individual voices are required for adequate management of fear and pain during hospital care and treatment. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 1-8.

<https://doi.org/10.1111/scs.12865>

Marchildon, G. P., Allin, S. & Merkur, S. (2020). Canada: Health system review. *Health Systems in Transition*, 22(3), i-194.

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336311/HiT-22-3-2020-eng.pdf>

Martinsen, K. (2009). *Samtalen, skjønnnet og evidensen* (1. utg.). Akribe.

Norsk Sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*.

<https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>

Saunes, I. S., Karanikolos, M & Sagan, A. (2020). Norway: Health system review. *Health Systems in Transition*, 22(1), i-163.

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331786/HiT-22-1-2020-eng.pdf>

Shave, K., Ali, S., Scott, S. D. & Hartling, L. (2018). Procedural pain in children: a qualitative study of caregiver experiences and information needs. *BMC Pediatrics*, 18(1), Artikkel e324. <https://doi.org/10.1186/s12887-018-1300-y>

Statistisk sentralbyrå. (2021, 13. april). *10261: Pasienter, behandlinger og liggedager ved somatiske sykehus, etter region, alder, statistikkvariabel, år og kjønn*.

<https://www.ssb.no/statbank/table/10261/tableViewLayout1>

Twycross, A., Dowden, S. & Stinson, J. (2013). *Managing pain in children: A clinical guide for nurses and healthcare professionals*. John Wiley & Sons, Inc.

VAR Healthcare. (2021, 17. januar). Betydningen av alderstilpasset informasjon. I *VAR Healthcare*. <https://www.varnett.no/portal/content/6859/16>

VAR Healthcare. (2021, 17. januar). Forberedelse og samarbeid i forbindelse med praktiske prosedyrer: førskolebarn. I *VAR Healthcare*.

<https://www.varnett.no/portal/procedure/7367/16>

VAR Healthcare. (2021, 17. januar). Generelle hensyn ved forberedelse og samarbeid med barn. I *VAR Healthcare*. <https://www.varnett.no/portal/content/7188/16>

VAR Healthcare. (2021, 17. januar). Ikke-medikamentell smertelindring - teoretisk grunnlag og metoder. I *VAR Healthcare*. <https://www.varnett.no/portal/content/7141/16>

VAR Healthcare. (u.å.). Praktiske prosedyrer på nett. I *VAR Healthcare*. Hentet 11. mai 2021 fra <https://www.varhealthcare.no/var/no/hva-er-var-healthcare/article.action?contentId=105341>

Vedlegg 1. Oversiktstabell over analyserte artikler.

Artikkel 1	
Tittel:	Children's individual voices are required for adequate management of fear and pain during hospital care and treatment
Tidsskrift (årstall):	Scandinavian Journal of Caring Sciences (2020)
Forfattere:	Kleye, I., Hedén, L., Karlsson, K., Sundler, A. J. & Darcy, L.
Perspektiv:	Barnas perspektiv
Problem:	Barn rapporterer ofte både frykt og smerte i forbindelse med klinisk pleie og behandling. De utviklede strategiene har fortsatt ikke vært tilstrekkelig for å forebygge og lindre barns frykt og smerte. Mer kunnskap om barnas egne perspektiver om hvordan de håndterer opplevelsene er derfor nødvendig.
Hensikt:	Å undersøke strategier barna bruker for å håndtere frykt og smerte under nålerelaterte, medisinske prosedyrer.
Metode:	<p>Kvalitativ tilnærming. Data ble samlet inn gjennom intervjuer av barna, basert på åpne spørsmål. Studien foregikk på tre barneavdelinger på ulike sykehus i Sverige i løpet av en periode på åtte måneder. 13 barn mellom 4-12 år og deres foreldre var med i studien. Det ble i tilfeller brukt leker for å hjelpe barna med å kommunisere deres opplevelser.</p> <p>Inklusjonskriterier</p> <ul style="list-style-type: none"> - Barn mellom 4-12 år - Barn som har vært innlagt på sykehus i minst 14 dager i løpet av de siste 6 månedene - Barn som går til poliklinisk behandling på sykehuset
Resultater:	<p>Barn har selvidentifiserte strategier for å håndtere frykt og smerte under sykehusinnleggelsen og behandling. Strategiene varierer avhengig av undersøkelse/behandling og hvordan hadde det akkurat den dagen. Barn beskriver hva de klarer selv, hvordan de voksne kan styrke de og støtte fra omgivelser som strategier som gir de et valg og en stemme. Barn ønsket å ha innflytelse, å bestemme når og hvordan informasjonen skulle gis, skrike høyt eller presse noe hardt for å takle frykt og smerte. Resultatene viser også at barn prøvde å være modige, få kontroll og tenke positivt. Noe hyggelig å se på og muligheten til lek med andre bidro også.</p> <p>Resultatene er organisert i hovedkategorien «children's individual voices are required for adequate management of pain and fear», med følgende underkategorier</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hva kan barnet gjøre selv? - Hvordan kan barnet styrkes/oppmuntres av voksne? - Støtte fra barnets omgivelser

Artikkel 2	
Tittel:	Experiencing support during needle-related medical procedures: a hermeneutic study with young children (3-7 years)
Tidsskrift (årstall):	Journal of Pediatric Nursing (2016)
Forfattere:	Karlsson, K., Englund, A, -C. D., Enskär, K., Nyström, M. & Rydström, I.
Perspektiv:	Barnas perspektiv
Problem:	Nålerelaterte medisinske prosedyrer er noe som alle små barn må gjennomgå på et eller annet tidspunkt. Disse prosedyrene kan involvere følelser av frykt, smerte og angst, og dette kan forårsake problemer senere i livet, enten når oppsøker helsetjenesten eller får nålerelatert behandling. Mer kunnskap er nødvendig for å kunne støtte barn under disse prosedyrene.
Hensikt:	Å forklare og forstå betydningen av å støtte barn under nålerelaterte, medisinsk prosedyrer. Opplevelsene tolkes fra barnas perspektiv.
Metode:	<p>Kvalitativ tilnærming. Data ble samlet inn gjennom observasjoner og intervjuer av barna basert på åpne, alderstilpassede spørsmål. Studien foregikk på fire pediatrike avdelinger i Sverige, deriblant en spesialistklinikk for barn, en barneavdeling, en pediatrik poliklinikk og en primærhet for barn. 21 barn mellom 3-7 år var med i studien. Lek ble brukt i forkant av og under intervjuene for å hjelpe barna med å fortelle om deres opplevelser. De fikk bruke dukker, kosedyr og medisinsk utstyr til å forklare.</p> <p>Inklusjonskriterier</p> <ul style="list-style-type: none"> - Barn mellom 3-7 år - Barn som snakker svensk - Barn som trengte en nåle-relatert prosedyre <p>Eksklusjonskriterier</p> <ul style="list-style-type: none"> - Barn med akutte eller livstruende tilstander
Resultater:	<p>Resultatene er delt inn i seks kategorier</p> <ul style="list-style-type: none"> - Å få oppmerksomhet - Å bli distraheret - Å bli pleiet/ivaretatt - Å bli involvert - Å stole på de voksne og føle seg trygg - Å bli belønnet

Artikkel 3	
Tittel:	Procedural pain in children: a qualitative study of caregiver experiences and information need
Tidsskrift (årstall):	BMC Pediatrics (2018)
Forfattere:	Shave, K., Ali, S., Scott, S.D. & Harting, L.
Perspektiv:	Foreldrenes perspektiv
Problem:	Barn opplever et antall smertefulle prosedyrer i løpet av tiden på akuttmottaket. Dessverre er bevisbaserte strategier for å håndtere slik smerte underutnyttet på tvers av ulike akuttmottak. Målet med studien er å samle informasjon fra foreldrene til barnas som opplevde prosedyresmerter i akuttmottaket for å informere om utviklingen av et nytt, omsorgsfokusert kunnskapsoversettelsesverktøy (KT).
Hensikt:	Samle informasjon fra barns omsorgspersoner om hvordan barna opplever prosedyresmerter på akuttmottaket (for å informere om utviklingen av et nytt, omsorgsfokusert kunnskapsoversettelsesverktøy). Målet med denne studien var å finne ut av 1) hva er omsorgspersonens erfaringer rundt smertefulle medisinske prosedyrer? 2) hva er omsorgspersonens informasjonsbehov vedrørende prosedyresmerter og hvordan kan de hjelpe med å håndtere dette? 3) i hvilket format ønsker omsorgspersoner å motta informasjon om prosedyresmerter?
Metode:	<p>Kvalitativ tilnærming. Data ble samlet inn gjennom semistrukturerte intervjuer av foreldrene. Tematisk analyse anvendt (TREKK). Dette gjaldt foreldre til barn som gjennomgikk intravenøs legemiddelbehandling eller venepunksjon på det pediatrike akuttmottaket. Foreldrene kunne velge om de ønsket barna tilstede under intervjuet, noe alle ønsket.</p> <p>Inklusjonskriterier</p> <ul style="list-style-type: none"> - Barn mellom 3-12 år som 4 timer før hadde fått pvk eller intravenøs legemiddelbehandling - Den voksne er barnets foresatt <p>Eksklusjonskriterier</p> <ul style="list-style-type: none"> - Barn med pressende, akutte behov - Ikke engelsktalende - Tidligere deltakelse i studien
Resultater:	<p>Resultatet baserte seg på fire hovedtemaer</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kilde til helseinformasjon - Måten man informerer på - Kommunikasjon med foreldre - Prosedyrerelatert angst og langtidseffekter <p>(Velger å ikke skrive noe om II. TREKK - kunnskapsoversettelsesverktøy)</p>

Artikkel 4	
Tittel:	Nurses' perspectives on supporting children during needle-related medical procedures
Tidsskrift (årstall):	International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being (2014)
Forfattere:	Karlsson, K., Rydström, I., Enskär, K. & Englund, A. -C. D.
Perspektiv:	Sykepleiers perspektiv
Problem:	Barn oppgir at nålerelaterte prosedyrer og injeksjoner er blant deres verste frykt under. Sykepleiere har således et ansvar for å hjelpe barn med å håndtere nålerelaterte medisinske prosedyrer og de potensielt negative effektene av disse.
Hensikt:	Beskrive sykepleierens opplevelse av å støtte barn under nålerelaterte medisinske prosedyrer (NRMP). Kvalitativ tilnærming. Data ble samlet inn gjennom observasjoner og intervjuer av barna basert på åpne, alderstilpassede spørsmål. Studien foregikk på fire pediatrike avdelinger i Sverige, deriblant en spesialistklinikk for barn, en barneavdeling, en pediatrik poliklinikk og en primærhet for barn. 21 barn mellom 3-7 år var med i studien. Lek ble brukt i forkant av og under intervjuene for å hjelpe barna med å fortelle om deres opplevelser. De fikk bruke dukker, kosedyr og medisinsk utstyr til å forklare.
Metode:	Kvalitativ tilnærming. Data ble samlet inn gjennom intervjuer av sykepleierne gjennom åpne spørsmål. 14 sykepleiere deltok i studien, hvorav 6 sykepleiere deltok ved to anledninger, og dette resulterte i 20 intervjuer). 11 var barnesykepleiere, 2 var sykepleiere og 1 hadde annen spesialutdanning. Sykepleierne hadde jobbet i helsevesenet i 25 år, og jobbet som sykepleiere i minst 18 år. Studien tok sted ved fire forskjellige enheter: barnehelsetjenesten, primærhelsetjenesten, pediatrik sengepost og pediatrik poliklinikk. Inklusjonskriterier <ul style="list-style-type: none"> - Sykepleierne har under studietiden deltatt i 1-2 nålerelaterte medisinske prosedyrer med barn mellom 3-7 år med ikke-akutt eller livstruende sykdom - De var villige til å delta - Barnet og foresatte har gitt informert samtykke
Resultater:	Betydningen av fenomenet «å støtte barn under NRMP» består av følgende 6 bestanddeler som beskriver fenomenets variasjoner og nyanser <ul style="list-style-type: none"> - Å utvikle forhold gjennom samtale - Være følsom for legemliggjort respons - Balansere mellom takt og bruk av tilbakeholdenhet - Være barnets advokat - Justere tiden - Opprettholde troen