

10140

Barns mestring under prosedyrer på sykehus

Hvordan kan sykepleier gjennom kommunikasjon og relasjon støtte barns mestring ved prosedyrerelatert ubehag?

Litteraturbachelor

Antall ord: 7630

Bacheloroppgave i Sykepleie

Juni 2022

10140

Barns mestring under prosedyrer på sykehus

Hvordan kan sykepleier gjennom kommunikasjon og relasjon støtte barns mestring ved prosedyrerelatert ubehag?

Litteraturbachelor
Antall ord: 7630

Bacheloroppgave i Sykepleie
Juni 2022

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

«Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene.»

(Travelbee, 2007a, s. 29)

Sammendrag

Bakgrunn: Helsefremmende sykepleie innebærer tilrettelegging av mestring og identifisering av pasientens ressurser. I 2018 var 356 000 pasienter under 20 år innlagt på norske sykehus. Barn på sykehus gjennomgår ulike prosedyrer i forbindelse med utredning og behandling. Prosedyrer sees på som en av hovedkildene til stress hos barna, og oppleves ofte ubehagelige.

Hensikt: Hensikten med oppgaven er å undersøke hvordan sykepleier gjennom kommunikasjon og relasjon, kan støtte barns mestring ved prosedyrerelatert ubehag. Oppgaven er basert på barn i alderen 3-12 år.

Metode: Oppgaven er et litteraturstudium basert på syv forskningsartikler og en review-artikkel, gjort fra medio april 2022 til juni 2022. Annen relevant faglitteratur og forskning er brukt som støtte til oppgaven.

Resultat: Foreldres støtte og fysiske nærhet har stor påvirkning på barns stressnivå. Forberedende informasjon og støtte er avgjørende for at barnet skal skape seg mestringsstrategier, og foreldre er barnets viktigste kilde til informasjon. Sykepleiers relasjon og kommunikative tilnærming kan ha en terapeutisk og tryggende effekt på barnet. Terapeutisk lek som avledning er en ikke-farmakologisk intervensjon for mestring som bidrar til at barnet kan bearbeide følelser og opplevelser fra prosedyrer. Forskning har vist at leken reduserer angst og smerter hos barnet, og kan gjøre det lettere for barnet å kommunisere behov og tanker til sykepleieren.

Konklusjon: Sykepleiers relasjon og tilpassede kommunikasjon til barnet kan ha en helsefremmende effekt og styrke barnets empowerment. Bruk av mestringsstrategier er viktig for barns opplevelse av prosedyrer, og viktig for å forebygge bruk av tvang og skape opplevelse av sammenheng.

Nøkkelord: barn, prosedyrerelatert ubehag, mestring, relasjon.

Abstract

Background: Health-promoting nursing involves facilitating patients coping and identifying their resources. In 2018 there was 356 000 patients under the age of twenty in Norwegian hospitals. Hospitalized children undergo a variety of procedures during assessments and treatments. Procedures are considered one of the main factors to children's stress and are often discomfoting to the patients.

Aim: The aim of this study is to investigate how nurses through communication and relation can support children's coping in the setting of procedural discomfort. The study is based on children 3-12 years old.

Method: The study is a literature study based on seven research articles and one review article, started medio April 2022 and ended in June 2022. Other relevant literature and research articles are used to support the study.

Results: Parental support and physical presence have a great impact on children's stress levels. Preparational information and support are crucial for the child to create coping strategies, and parents are the most important informational source. Nurses' relation and communicative approach can have a therapeutic and reassuring effect on the child. Therapeutic play as a distraction is a non-pharmalogical intervention for coping, which helps the child to act out their feelings and experiences related to procedural discomfort. Research have shown that play reduces anxiety and pain, and can ease the child's communication of needs and thoughts to the nurse.

Conclusion: Nurse's relation and adjusted communication to the child can have a health-promoting effect and strengthen the empowerment. Using coping strategies is important for the child's experience of procedures and to prevent force and coercion, and in addition creating sense of coherence.

Keywords: children, procedural discomfort, coping, relation

Innhold

1.	Introduksjon	9
1.1.	Aktualitet	9
1.2.	Teoretiske perspektiver	10
1.2.1.	Travelbees teori om mellommenneskelige forhold	10
1.2.2.	Den helsefremmende sykepleien	10
1.2.3.	Relasjon gjennom kommunikasjon	11
1.2.4.	Sykepleiers støttende funksjon	12
1.2.5.	Barns prosedyrerelaterte ubehag	13
1.3.	Hensikt og problemstilling	14
2.	Metode	15
2.1.	Søkestrategi	15
2.2.	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	15
2.3.	Søkehistorikk	16
2.4.	Vurdering av utvalgte artikler	20
3.	Resultater	21
3.1.	Artikkelmatriser	21
3.2.	Tematisk resultat	27
3.2.1.	Relasjon og kommunikasjon	27
3.2.2.	Å støtte barnet gjennom informasjon som forberedelse	27
3.2.3.	Mestringsstrategier	27
3.2.4.	Ikke-farmakologiske intervensjoner	28
4.	Diskusjon	29
4.1.	Resultatdiskusjon	29
4.1.1.	Kommunikasjonen og relasjonens ringvirkninger	29
4.1.2.	Å støtte barnet – et lagspill	30
4.1.3.	Verdien av mestringsstrategier	32
4.1.4.	Ikke-farmakologiske intervensjoner ved prosedyrerelatert ubehag	33
4.2.	Implikasjoner for sykepleie	34
4.3.	Metodediskusjon – styrker og svakheter	35
5.	Konklusjon	36
	Referanser	37

Tabeller

Tabell 1: Konsepttabell.....	15
Tabell 2: Inklusjons- og eksklusjonskriterier	16
Tabell 3: Søketabell	16
Tabell 4: Kategorisering av tema etter Evans analysemodell	20
Tabell 5: Artikkelmatrise A.....	21
Tabell 6: Artikkelmatrise B.....	21
Tabell 7: Artikkelmatrise C.....	22
Tabell 8: Artikkelmatrise D.....	23
Tabell 9: Artikkelmatrise E.....	23
Tabell 10: Artikkelmatrise F	24
Tabell 11: Artikkelmatrise G.....	25
Tabell 12: Artikkelmatrise H.....	26

1. Introduksjon

I 2018 var 356 000 pasienter under 20 år, hvorav 95 900 av de på døgnopphold innlagt ved somatiske sykehus i Norge (Statistisk sentralbyrå, 2019), med gjennomsnittlig liggedøgn på 4,1. Barn på sykehus utsettes for ulike prosedyrer relatert til utredning og behandling. Mange av dem oppleves ubehagelige (Grønseth & Markestad, 2017a, s. 63). Prosedyrer ses på som én av hovedkildene til stress hos pasientene, ofte som konsekvens av barnets følelse av mangel på kontroll. Opplevelse av sammenheng (OAS) og mestring er helsefremmende aspekter for barnets stresshåndtering. Sykepleiers helsefremmende perspektiv og styrking av barns OAS knyttes til god psykisk helse og livskvalitet (Moksnes, 2014, s. 51). For å oppnå tillit i relasjonen til barn, må sykepleier møte barnet på dets premisser (Grønseth & Markestad, 2017b, s. 99). En studie publisert i Sykepleien.no fant at barn som mottar hjelp til mestring i forbindelse med helseutfordringer, har en bedre fysisk og psykisk helse (Stenberg et al., 2020). Spesielt for barn innlagt på helseinstitusjoner, er retten til samvær med minst én forelder under hele oppholdet (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001, §§ 6-1 - 6-5). Sykepleieren må derfor inkludere forelderen i behandlingsteamet rundt barnet. Sykepleie til barn fordrer en kompleks kompetanse, både mellommenneskelig, naturvitenskapelig og sykepleiefaglig. Nettopp derfor ønsker jeg i denne oppgaven å se nærmere på sykepleiers rolle for barns mestring på sykehusavdelinger.

1.1. Aktualitet

Mestring, smerter og bruk av tvang innenfor pediatrien er et populært forskningsfelt både i inn- og utland. Den kjente «Rasmus på Riksen» og St. Olavs egne «Gusse Grevling» er maskotbamser ved store norske sykehus, med hensikt å støtte barn ved prosedyrer og være en mestringsstrategi gjennom sykehusopphold (Grønseth & Markestad, 2017a, s. 78–82; Kalland, 2022; Oslo Universitetssykehus, 2017). Stoppskiltet er en annen strategi for å forhindre bruk av tvang og gi barnet kontrollen under en prosedyre. Dette brukes ved flere norske sykehus og OUS har utarbeidet en fagprosedyre for bruk av skiltet (Oslo Universitetssykehus, 2021). Dette gjør at sykepleiers rolle i møte med engstelige barn er faglig kompleks, utfordrende og i behov for forbedring.

Gjennom mine to praksisperioder ved Barne- og ungdomsklinikken på St. Olavs Hospital har jeg fått et bredt innblikk i videreutdanningsprosjekter og masterprosjekter om barn og tvang, innføring av lystgass i forbindelse med prosedyrer hos engstelige barn og smertekartlegging. Jeg observerte også et utbredt bruk av sedativa som Dexdor® og Midazolam® i forbindelse med prosedyrer som sondenedleggelse, blodprøvetaking og PVK-innleggelse. Mine erfaringer med sedering er at det kan hjelpe barnet å slappe av, kanskje sovne, og det sies at barnet ikke husker det som har skjedd når det er påvirket av Midazolam. Likevel kan barn ha paradoksal effekt av sedativer og oppleve potensielt traumatiserende situasjoner i et utrednings- og behandlingsforløp (Norsk barnelegeforening, 2020). Dette har i løpet av sykepleierstudiet blitt en hjertesak for meg, og med denne oppgaven håper jeg å tilegne meg verdifull kunnskap jeg kan ta med meg videre, og la pasientene dra nytte av, i min yrkesutøvelse som sykepleier på barneavdeling.

1.2. Teoretiske perspektiver

For å støtte opp om forståelsen rundt temaet, er Joyce Travelbees teori om mellommenneskelige forhold i sykepleien sentral for sykepleiers tillitsskapende praksis på barneavdelinger. Videre vil teori helsefremming og mestring være av viktig betydning for kunnskapsgrunnlaget og dypdykk i oppgavens tema. Kunnskap om kommunikasjon og sykepleiers støttende og veiledende funksjon til barn knytter Travelbees teori, OAS og stress- og mestringskompetanse sammen og skaper rammen for tillitsfulle og anerkjennende relasjoner mellom barnet og sykepleier. Avslutningsvis sies det noe om barns smerter og ubehag. Sett i sammenheng, kan disse teoriene legge til rette for sykepleiers kunnskapsbaserte praksis i møte med barn og unge på sykehus.

1.2.1. Travelbees teori om mellommenneskelige forhold

Joyce Travelbee beskriver sykepleieprosessen som en mellommenneskelig prosess der sykepleieren omtales som hjelperen og pasienten omtales som den syke (Travelbee, 2007a, s. 41–45). Hjelperen innehar relasjonsbyggende kompetanse, som sammen med hjelperens personlighet og disiplinerte intellektualitet, støtter den syke og familien med å finne mening, mestring og håp i sykdom og lidelse. Hun utfordrer andre teoretikere og pensumforfatteres idé om det maktforholdet som ligger i sykepleier-pasient-relasjonen. Hennes teori har mye til felles med den tillitsskapende tilnærmingen, som står helt sentralt i møtet med barn og unge.

Travelbees menneske-til-menneskeforhold baserer seg på et gjensidig likeverd og respekt mellom sykepleieren og pasienten. Forholdet defineres som en eller flere erfaringer mellom sykepleieren og det mennesket som h*n har omsorg for, hvor begge partene får sine behov ivaretatt av den andre, som en gjensidig prosess. Grunnlaget for å bruke seg selv terapeutisk i menneske-til-menneskeforholdet er et helhetlig sykepleiefokus, hvor mennesket bak diagnosen trekkes fram (Travelbee, 2007b, s. 177–179). Helhetlig sykepleie innebærer at sykepleieren har kunnskap om hvordan menneskers fysiske, psykiske, sosiale og åndelige tilstand er tett knyttet til hverandre og kan påvirkes av indre og ytre faktorer som f.eks. smerter, respirasjon og engstelse. Den terapeutiske relasjonen som helsefremmende interaksjon, kan dermed sees på som grunnlaget for helhetlig sykepleie (Haugan, 2014, s. 206–207).

1.2.2. Den helsefremmende sykepleien

Aaron Antonovskys *sense of coherence* (OAS) fokuserer på menneskets aktive evne til å tilpasse seg og håndtere stress. OAS kan forstås som et helsefremmende begrep om å fremme mestring (Gammersvik & Larsen, 2012b, s. 195). Ved å ha en sterk OAS er man motivert for stresshåndtering, man har tilgjengelige motstandsressurser (Gammersvik & Larsen, 2012b, s. 200). Stresset oppleves begripelig, håndterbart og meningsfullt (Moksnes, 2014, s. 50–51).

Sentralt i sykepleien er å hjelpe pasienten å mestre konsekvenser av sykdom. I dette ligger det å støtte pasientens mestringsevne og håp, og styrke pasientens ressurser og OAS (Almås et al., 2020, s. 20–21; Travelbee, 2007a, s. 34–38). Med en terapeutisk relasjon vil sykepleieren ha en dypere troverdighet hos pasienten og kunne få en unik mulighet til å styrke pasientens empowerment, altså mestringsressurser. En god relasjon preget av blant annet åpenhet, tillit, gjensidighet og ærlighet, kan forbindes med det grunnleggende behovet trygghet (Thorsen, 2014, s. 110, 2014, s. 119). En salutogen, helsefremmende, tilnærming fokuserer på å identifisere personlige og felles motstandsressurser med styrket OAS som resultat (Gammersvik & Larsen, 2012b, s.

200–201). Forholdet mellom motsandsressursene og OAS er gjensidig; god tilgjengelighet av motstandsressurser skaper en sterk OAS. Dette samspillet kan i sin tur styrke individets empowerment.

Mestring defineres som menneskers møte med belastende livssituasjoner og summen av personens indre ressurser og handlinger for å håndtere indre og ytre krav og konflikter (Drageset, 2014, s. 85). Lazarus og Folkman (1984) beskriver to hovedstrategier for mestring i stressfylte situasjoner; problemfokuset og følelsesfokuset mestring. Definisjonen forklarer hvordan mestring av stress og belastninger gir individet styrke, noe som trekker paralleller til forholdet mellom OAS, mestringsressurser og empowerment (Gammersvik & Larsen, 2012c, s. 164). Barnets mestringsfølelse og -evne kan styrkes gjennom kommunikasjon i form av motiverende veiledning (Eide & Eide, 2019c, s. 56).

I arbeid med mestring er en del av sykepleiers rolle å være oppmerksom på pasienters variasjoner i mestringsstrategier, som baserer seg på erfaring, forventninger, utviklingstrinn, kunnskap, samspill med omgivelser (Drageset, 2014, s. 97). I lys av det Grønseth og Markestad (2017a) beskriver og i et helsefremmende sykepleieperspektiv kan man si at barn har et grunnleggende behov for mestring, kanskje spesielt i forbindelse med sykdom og sykehusinnleggelse (Travelbee, 2007a, s. 34–37).

1.2.3. Relasjon gjennom kommunikasjon

Barn er ikke små voksne, hvert barn er unikt, har ulik erfaring, utvikling og ressurser. Dette må gjennomsyre sykepleien til barn og måten sykepleieren snakker til barnet på (Eide & Eide, 2019b, s. 287–288). Kommunikasjonen må foregå på barnets premisser, hvor tid, respekt, tillit og bekreftelse står sentralt (Grønseth & Markestad, 2017b, s. 98–99). Sykepleiers møte med det engstelige barnet utfordrer sykepleierens relasjonelle og kommunikative ferdigheter, og krever god tid og kompetanse om mestringsstrategier (Grønseth & Markestad, 2017a, s. 74). Personorientert kommunikasjon er derfor et middel i støtte, veiledning og relasjonsbygging (Eide & Eide, 2019a, s. 17). I Bjørg Røed Hansens kommunikasjonsmodell i møte med barn og unge beskrives tre hovedelementer i kommunikasjonen; det nonverbale, det indirekte (metaforiske) og den verbale samtalen (Eide & Eide, 2019b, s. 290).

Formidling gjennom lek, tegninger, spill og fantasifortellinger er former for metaforisk kommunikasjon (Eide & Eide, 2019b, s. 290–294). Samtaler utgjør den verbale kommunikasjonen og kan inkludere metaforisk kommunikasjon som hjelpemidler for samtalen. Ut fra barnets interesser, utviklingstrinn, erfaringer og situasjon kan f.eks. dukker, sang, rollespill og informerende tegninger benyttes som hjelpemidler for kommunikasjonen (Grønseth & Markestad, 2017a, s. 83, 2017b, s. 101). Kiwanis-dukken er et eksempel på kommunikasjonsmiddel og kan brukes som «prøvekanin» i barnets forberedelse til en prosedyre eller bearbeidelse av vonde følelser i etterkant av prosedyrer (Heyn, 2018, s. 62–66; Kiwanis District Norden, u.å.). Dette beskrives som strukturert lek. Både strukturert og ustrukturert lek som kommunikasjonsform, avledning og bearbeidelse har god effekt på barns negative følelser og velvære i sykehussituasjonen (Drape & Greenshields, 2020; Li et al., 2016).

Jean Piaget utviklet teorien om kognitive utviklingsstadier (Raaheim et al., 2020). Teorien har hatt stor pedagogisk innflytelse på kommunikasjon med en annen tilnærming enn hos voksne (Eide & Eide, 2019b, s. 293). Individuelle faktorer som påvirker kommunikasjonen er blant annet barnets temperament, foreldres frykt, samt holdninger

hos helsepersonell. Utviklingsteorien inkluderer den sensomotoriske fasen (0-2 år), den preoperasjonelle fasen (2-4 år), den konkret preoperasjonelle fasen (4-12 år) og den formelle preoperative fasen (12 år og oppover).

I alderen to til fire år er barnet orientert for her-og-nå, tidsperspektivet er begrenset og forstår ikke betydningen av tidsbegreper som «i morgen», «senere». (Eide & Eide, 2019b, s. 294–295; Heyn, 2018, s. 58–59). Barnet preges av en følelsesmessig logikk og ser seg selv i sentrum. Samtidig har de god hukommelse og gjenkjennelsesassosiasjoner. Kjennetegn for den preoperasjonelle fasen er magisk tenkning, metaforisk formidling og impulsivitet. Sykepleiers kommunikasjon til barnet i denne fasen tar utgangspunkt i barnets assosiasjon, et eventyr eller tegning. Språket er gjerne vekslende mellom barnets egne uttrykk og de voksnes uttrykk. Typisk for barn i denne utviklingsfasen er å vise en mer barnslig oppførsel rundt kjente søvn-, mat- og påkledningsrutiner. Dette sees gjerne ved økt behov for omsorg og struktur, f.eks. i sykdomssammenheng.

Den konkret preoperasjonelle fasen har et skille ved åtteårsalderen (Eide & Eide, 2019b, s. 295–298). I første del av denne fasen utvikles den logiske forståelsen, mens barnet fremdeles ser deg selv i sentrum. Rettferdighetssans, regler, konsekvenser og moral videreutvikles, samtidig som at barnet fremdeles tror at det er deres feil dersom et familiemedlem blir sykt (Heyn, 2018, s. 60). Sykepleieren som kommuniserer med barn i denne fasen kan bruke hjelpemidler som tegninger, bamser og sang i samtalen. Det vil være viktig å understreke for barnet at det ikke er deres feil eller ansvar når noe trist skjer. Et positivt fokus og bekreftende kommunikasjon er viktig tillitsetableringen.

Fra åtte til omtrent elleve år kan barnet skille mellom fantasi og virkelighet, sosiale sammenhenger og barnet er mindre selvcentrert (Eide & Eide, 2019b, s. 302). Barnet viser evne til forhandlinger om rett og galt, og for andres reaksjoner. I møte med dette barnet beskrives hjelp til mestring som en av sykepleiers roller, da barnets selvfølelse er utsatt. I denne fasen kan kommunikasjon i noen tilfeller ha stor betydning for helseomsorgen for barnet (Heyn, 2018, s. 61).

1.2.4. Sykepleiers støttende funksjon

Sykepleiers støttende og veiledende funksjon kan sees gjennom et helsefremmende perspektiv for barns mestring og mestringstro (Drageset, 2014, s. 96). Sykepleiers støttende funksjon innebærer det engasjementet og deltakelsen i pasientens anstrengelse for å nå målet, som sykepleieren viser. Oppmuntring og hjelp i situasjoner som pasienten opplever som vanskelig eller ubehagelig, minsker risikoen for pasientens subjektive følelse av mislykkethet (Kristoffersen et al., 2014, s. 367).

Veiledning er et verktøy i empowermentprosessen og handler om å tilrettelegge for medvirkning, anerkjennelse av pasientens kunnskap om seg selv og maktfordeling (Gammersvik & Larsen, 2012a, s. 184). Foreldre kan styrke barnets medbestemmelse, dersom barnet blir inkludert og får uttrykke seg i samtalen med helsepersonell (Heyn, 2018, s. 52). Kommunikasjon- og samhandlingsferdigheter utgjør de viktigste egenskapene hos sykepleierens veiledende funksjon (Kristoffersen et al., 2014, s. 366).

I sykepleie til barn understrekes barnets daglige omsorgspersoner (oftest foreldrene) som viktige for den støttende og veiledende funksjonen. Foreldre spiller en viktig rolle for å tydeliggjøre det syke barnets ressurser, interesser og erfaringer. Foreldrene er personene som kjenner barnet best, uavhengig av sykdom (Grønseth & Markestad, 2017a, s. 88–91). Som en del av Travelbees helhetlig sykepleie-teori, må sykepleieren

samhandle på lag med foreldrene for å støtte og veilede barnet på dets egne prinsipper. Dette kan trekke paralleller til den familiesentrerte omsorgen.

1.2.5. Barns prosedyrerelaterte ubehag

I oppgaven blir termen *prosedyrerelatert ubehag* brukt gjentakende. Dette innebærer smerter, stress, frykt og angst. Barn som rammes av sykdom og skade, og legges inn på sykehus utsettes ofte for situasjoner som kan skape usikkerhet og uforutsigbarhet, engstelse og frykt, samt ubehag og smerter (Grønseth & Markestad, 2017a, s. 63–65). Dette er selvforsterkende faktorer som bidrar til økt stress hos pasienten og deres omsorgsperson(er). Med prosedyrer menes i denne oppgaven alt av sykepleieoppgaver som administrering av medikamenter peroralt, intranasalt og intravenøst, venepunksjoner, seponering av PVK, sårstell m.m. Stress og mestring krever en dypere forståelse av hvem pasienten er bak sykdommen og dens ressurser. Samtidig kan barn og unge regrediere under stress, altså fungere på et lavere utviklingstrinn enn det alderen skulle tilsi. Grønseth og Markestad (2017a) beskriver undersøkelser, prosedyrer og behandling som hovedkildene til stress. Samtidig som risikoen for stress øker betraktelig i forbindelse med sykdom og sykehusinnleggelse, senkes stresstoleransen.

Prosedyrerelaterte smerter er forbundet med langtidskonsekvenser når det kommer til barns stress, redsel og OAS for fremtidige prosedyrer (Hedén et al., 2016). Barnets alder, samspill med foreldre, utvikling og sykdomserfaring er faktorer som kan påvirke opplevelsen av ubehag (Grønseth & Markestad, 2017c, s. 167, 2017c, s. 170–173). Å kartlegge barns smerter der man forventer at barnet opplever smerter, bør være rutinemessig, slik som PEVS og væskebalanse. Eksempler på smertekartleggingsverktøy hos barn er FLACC, NRS og VAS. Ikke-medikamentell smertebehandling kan være bruk av sukkervann eller amming hos spedbarn, avledning og fantasireiser hos skolebarn eller foreldres tilstedeværelse. For barn under seks år blir det ofte brukt tvang i forbindelse med prosedyrer og undersøkelser (Grønseth & Markestad, 2017a, s. 75). Dette krever et samtykke fra foreldre, så lenge barnet er under 16 år eller vurdert som ikke samtykkekompetent.

1.3.Hensikt og problemstilling

De fire prinsippers etikk forteller sykepleieren at man har en perfekt plikt til ikke å skade andre (Brinchmann, 2012, s. 83–87). Med perfekt plikt menes at man aldri skal skade noen som helst, og kan sammenlignes med en regel uten unntak. Ikke skade-prinsippet inkluderer å beskytte pasienten mot dårlig omsorg eller behandling som kan være til skade, likevel utsettes barn på sykehus for tvang og traumatiserende opplevelser i forbindelse med undersøkelser, prosedyrer og behandling (Svendsen, 2018).

Formålet med denne oppgaven er å undersøke sykepleiers rolle og «verktøykasse» i møtet med barnet som utsettes for prosedyrerelatert ubehag. Oppgaven har et sykepleierperspektiv, med helsefremmende sykepleie som bakteppe. Nevnte teori, forskningsartikler med både sykepleier- og pasient/pårørendeperspektiv og annen relevant litteratur danner bakgrunnen for besvarelsen av problemstillingen. I tillegg vil jeg trekke inn mine observasjoner fra praksisstudier ved barn mottak og barn medisin, infeksjon og nevrologi på St. Olavs Hospital. Jeg ønsker å se nærmere på denne problemstillingen:

Hvordan kan sykepleier gjennom kommunikasjon og relasjon støtte barns mestring ved prosedyrerelatert ubehag?

2. Metode

Oppgaven er et litteraturstudium med kriterier for akademisk oppgaveskriving og IMRAD-struktur. I dette kapitlet beskrives søkestrategi illustrert med konsepttabell, valg av databaser, inklusjons- og eksklusjonskriterier for valg av forskningsartikler, og søkehistorikk illustrert med søketabell.

2.1. Søkestrategi

I søkeprosessen etter aktuell og relevant forskning for denne oppgaven ble databasene Cinahl, MedLine og PubMed brukt, på bakgrunn av den medisinske og sykepleiefaglige bredden i deres baser for forskningsartikler (Helsebiblioteket, u.å.). Søkeprosessen startet med generelle og utforskende søk etter tilgjengelig litteratur og forskning i januar. I tabell 1 vises en kategorisering av konseptene for oppgavens tema. Konseptene ble brukt i den utforskende søkeprosessen. Konseptene og den generelle søkeprosessen ledet til valgte problemstilling. I den spesifikke søkeprosessen ble et utvalg av konseptene brukt. Konsepttabellen og det utforskende søket ble grunnlag for den spesifikke søkeprosessen.

Konsept 1	Konsept 2	Konsept 3	Konsept 4
Barn innlagt på sykehus (child, hospitalized)	Prosedyre (procedure OR clinical procedure)	Informasjon (information)	Mestring (management OR coping)
Barneavdeling (children´s department)	Prosedyrerelaterte smerter (pain, procedural)	Kommunikasjon (communication)	Avledning (distraction)
Småbarn (Child, Preschool)	Prosedyrerelatert stress (distress, procedural)	Veiledning (education)	Foreldre (parents)
Barn (child)	Redsel (fear OR anxiety)	Støtte (support)	Ikke-farmakologiske metoder (non-pharmalogical interventions)

2.2. Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Oppgavens inklusjons- og eksklusjonskriterier ble valgt på bakgrunn av bacheloroppgavens retningslinjer og krav til akademisk oppgaveskriving. Selvvalgte kriterier tilpasset oppgavens tema og problemstilling er også tatt med, deriblant aldersgruppe 3-12 år og somatisk avdeling/problemstilling. Alderskriteriet ble valgt på bakgrunn av Piagets utviklingsteori. På grunn av likhet i kommunikasjonstilnærming ble aldersspennet i både preoperasjonell og konkret operasjonell fase inkludert. Sensomotorisk og formell operasjonell fase ble ekskludert på grunn av andre krav til

sykepleier når det gjelder kommunikasjon og tilnærming. Forskningsartiklene ble selektert ut fra nevnte kriterier, sykepleiefaglig vinkling mot prosedyrer og mestring og øvrig relevans for styrking av oppgaven. Eksempler på øvrig relevans for styrking av oppgaven er artikler med pasientperspektiv og artikler med ulike prosedyrer som fokus for forskningen, som injeksjoner, kirurgiske inngrep og innledning av narkose. Artiklene ble sjekket for fagfelleevaluering og nivåplassering 1 for faglig kvalitet gjennom kanalregisteret hos Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse.

Tabell 2: Inklusjons- og eksklusjonskriterier	
<i>Inklusjonskriterier</i>	<i>Eksklusjonskriterier</i>
Artikler publisert i perioden 2012-2022	Artikler publisert for > 10 år siden
Fagfellevurderte artikler	Pasientgruppe utenfor 3-12 års alder
Artikler med engelsk eller skandinavisk språk	Artikler med utgangspunkt i nyfødt intensiv (NICU)
Artikler med IMRAD-struktur og i fulltekst	Artikler med utgangspunkt i psykiatriske avdelinger/problemstillinger
Pasientgruppe 3-12 år (preoperasjonell og konkret operasjonell fase)	
Artikler med utgangspunkt i somatiske barneavdelinger/problemstillinger	

2.3. Søkehistorikk

Den spesifikke søkeprosessen ble gjort over en periode på 4 uker, og resulterte i syv forskningsartikler (artikkel A-E+G-H) og en review-artikkel (artikkel F). Søkeordene som ble brukt var hentet fra konsepttabellen (tabell 1), mesh-ord eller alternative forslag fra databasene. Filter som ble brukt var publiseringsår 2012-2022, fagfellevurdert, fulltekst, engelsk språk og aldersgruppe barn. Sammendragene til artiklene i de endelige søkene ble lest med et kildekritisk blikk, og vurdert ut fra inklusjons- og eksklusjonskriterier og relevans for oppgaven. Tabell 3 viser søkene som resulterte i inkluderte artikler.

Tabell 3: Søketablell						
<i>Database</i>	<i>Dato</i>	<i>Søk</i>	<i>Søkeord</i>	<i>Avgrensning</i>	<i>Antall treff</i>	<i>Valgte artikler</i>
Cinahl	07.04.22	S1	«Children*» OR (MH "Child, Hospitalized")		411105	
		S2	«Distress»		67529	
		S3	(MH «Pain, Procedural»)		207	
		S4	(MH «Pain Management») OR (MH «Management+»)		1259633	
		S5	«Non-pharmalogical»		4426	

		S6	(MH «Distraction»)		1894	
		S7	(MH «Treatment Related Pain»)		2326	
		S8	S2 OR S3		67725	
		S9	S4 OR S6		1261008	
		S10	S5 OR S7		6701	
		S11	S1 AND S8 AND S9 AND S10	Fagfelle­vur­dert og pub­li­seringsår 2012-2022	31	2 (A, B)
Medline	17.04.2022	S1	Exp Child, Hospitalized/		7163	
		S2	Exp Child/ OR exp Child, Preschool/		2075931	
		S3	Exp Pain, Procedural/		710	
		S4	Exp Anxiety/ OR exp Fear/		134020	
		S5	Information.mp.		1484546	
		S6	Exp Education/		874051	
		S7	Coping strategies.mp.		15881	
		S8	Procedure.mp.		767970	
		S9	Clinical procedure.mp.		1535	
		S10	Information needs.mp.		5164	
		S11	Preparation.mp.		372999	

		S12	S1 OR S2		2076759	
		S13	S4 AND S8		3808	
		S14	S3 OR S13		4457	
		S15	S5 OR S6		2267743	
		S16	S7 OR S7 OR S11		393742	
		S17	S8 OR S9		767970	
		S18	S12 AND S14 AND S15 AND S16 AND S17	År 2012-2022	21	3 (C, D, E)
Cinahl	09.05.2022	S1		Full text; Published date 2012-2022; Peer Reviewed; Language: English; Age group: all child	219190	
		S2	(MH "Child+") OR (MH "Child, Hospitalized+")		139346	
		S3	(MH "Fear+")		1037	
		S4	"distress"		4126	
		S5	(MH "Pain+")		6627	
		S6	"procedure"		5130	
		S7	(MH "Coping+") OR "coping strategies"		2533	
		S8	S3 OR S4 OR S5		11408	

		S9	S1 AND S2 AND S6 AND S7 AND S8		5	2 (F, G)
PubMed	09.05.2022	S1	Child OR Child, Hospitalized		2961985	
		S2	Pain, Procedural OR Needle-related procedures		5560	
		S3	Coping		181245	
		S4	Parents		471223	
		S5	S1 AND S2 AND S3 AND S4	2012-2022	30	1 (H)

Inkluderte artikler:

- A. Olmstead, D. L. et al (2014). Influences shaping nurses' use of distraction for children's procedural pain: Influences Shaping Nurses' Use of Distraction for Children's Procedural Pain. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 19(2), 162–171. <https://doi.org/10.1111/jspn.12067>
- B. Bizzio, R., Cianelli, R. et al (2020). Exploring Non-Pharmacological Management among Anesthesia Providers to Reduce Preoperative Distress in Children. *Journal of Pediatric Nursing*, 50, 105–112. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2019.11.005>
- C. Bray, L. et al (2019). The information needs of children having clinical procedures in hospital: Will it hurt? Will I feel scared? What can I do to stay calm? *Child: Care, Health and Development*, 45(5), 737–743. <https://doi.org/10.1111/cch.12692>
- D. Dalley, J. S. et al (2016). Teddy and I Get a Check-Up: A Pilot Educational Intervention Teaching Children Coping Strategies for Managing Procedure-Related Pain and Fear. *Pain Research and Management*, 2016, 1–12. <https://doi.org/10.1155/2016/4383967>
- E. da Silva, J. R. S. et al (2016). Using Therapeutic Toys to Facilitate Venipuncture Procedure in Preschool Children. *Pediatric Nursing*, 42(2), 61–68.
- F. Chrisler, A. J. et al (2021). Current evidence for the effectiveness of psychosocial interventions for children undergoing medical procedures. *Child: Care, Health and Development*, 47(6), 782–793. <https://doi.org/10.1111/cch.12900>
- G. Harder, M. et al (2015). Undergoing an immunization is effortlessly, manageable or difficult according to five-year-old children. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(2), 268–276. <https://doi.org/10.1111/scs.12160>
- H. Karlsson, K. Et al (2014). Nurses' perspectives on supporting children during needle-related medical procedures. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 9(1), 23063. <https://doi.org/10.3402/qhw.v9.23063>

2.4. Vurdering av utvalgte artikler

Artikler med både sykepleierperspektiv og pasient-/pårørende perspektiv ble inkludert for å skape en bredere forståelse av fenomenet mestring og opplevelsen av prosedyrerelatert ubehag. Ved analysing for utvelgelse av forskningsartikler ble det brukt Evans 4-trinns metode. Metoden beskriver fire trinn (Evans, 2002);

1. Innsamling av aktuelle studier: metoden som er brukt for innsamling av forskningsartiklene beskrevet i kapittel 2.1-2.3, og blir derfor ikke omtalt nærmere her.
2. Identifikasjon av hvert enkelt studies sentrale funn: artiklenes sammendrag ble først lest. Deretter ble bakgrunn, metode og resultat og drøfting lest mer i dybden. Studiens sentrale funn for min oppgaves problemstilling ble markert.
3. Studienes fellestrekk og ulikheter: artiklene ble sammenlignet og sett i lys av hverandre. Ut fra dette ble det funnet felles tema på tvers av studiene og gjort en kategorisering som vist i tabell 3.
4. Fenomenbeskrivelse: temaene funnet i trinn 3 knyttes til de respektive referansene og beskrives nærmere resultatkapittelets artikkelmatriser (tabell 5-13). Dette danner grunnlaget for drøftingens disposisjon.

Tabell 4: Kategorisering av tema etter Evans analysemodell

<i>Tema</i>	<i>Artikkel</i>
Mestringsstrategier	A, B, C, D, E, F, G
Støtte og veiledning	B, C, D, F, G, H
Relasjon og kommunikasjon	A, B, G, H
Ikke-farmakologiske intervensjoner	A, B, E, F

3. Resultater

Fra søkeprosessen ble det inkludert syv forskningsartikler og en review-artikkel. Artiklene presenteres i matriser under (tabell 5-12). Ved bruk av Evans (2002) firetrinnsmetode for analyse ble artiklene lest i sammenheng med hverandre og felles tema for artiklene trekkes ut som hovedelementer; mestringsstrategier, støtte og veiledning, relasjon og kommunikasjon og ikke-farmakologiske intervensjoner.

3.1. Artikkelmatriser

I dette delkapittelet presenteres artikkelmatriser for inkluderte artikler.

Tabell 5: Artikkelmatrise A	
Referanse A	Olmstead, D. L., Scott, S. D., Mayan, M., Koop, P. M., & Reid, K. (2014). Influences shaping nurses' use of distraction for children's procedural pain: Influences Shaping Nurses' Use of Distraction for Children's Procedural Pain. <i>Journal for Specialists in Pediatric Nursing</i> , 19(2), 162–171. https://doi.org/10.1111/jspn.12067
Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål	Studiens hensikt var å utforske hva som påvirker barnesykepleieres valg av bruk av avledningsmetoder for å legge til rette for mestring av smertefulle prosedyrer hos barn.
Metode	Studien er en kvalitativ studie basert på individuelle intervjuer av syv sykepleiere med minst 6 mnd. erfaring ved barnekreftavdeling, over en periode på 4 mnd.
Resultat	Ved valg av avledningsmetode påvirkes sykepleiere av egen erfaring med å utføre smertefulle prosedyrer, sykepleiekunnskap og relasjonskapasitet.
Kommentar og relevans for problemstilling	Den canadiske studien er relevant for problemstillingen fordi den ser på sykepleieres tilrettelegging for mestring av prosedyrerelaterte smerter, og fokuserer på ikke-farmakologiske metoder, noe som fordrer relasjonelle og kommunikative ferdigheter hos sykepleieren. Resultatet av studien støtter oppgavens aktualitet og viktigheten av kompetanseheving innenfor temaet.

Tabell 6: Artikkelmatrise B	
Referanse B	Bizzio, R., Cianelli, R., Villegas, N., Hooshmand, M., Robinson, M., Hires, K. A., & Stathas, A. (2020). Exploring Non-Pharmacological Management among Anesthesia Providers to Reduce Preoperative Distress in Children. <i>Journal of Pediatric Nursing</i> , 50, 105–112. https://doi.org/10.1016/j.pedn.2019.11.005

Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål	Hensikten med studien var å utforske ikke-farmakologiske metoder brukt av anestesipersonell før og under innledning av generell anestesi for å redusere preoperativt stress blant barn mellom 1-6 år.
Metode	Studien er en kvalitativ, beskrivende tilnærming med semistrukturerte dybdeintervju av tjue anestesipersonell med minst to års klinisk erfaring og 10% ukentlig praksis med pediatrik anestesiologi.
Resultat	Analyse av intervjuene vektlegger relasjons- og observasjonsferdigheter, kommunikasjon, inkludert humor og foreldres tilstedeværelse som hovedpunkter for anestesipersonells ikke-farmakologiske metoder til fordel for reduksjon av barns opplevelse av preoperativt stress.
Kommentar og relevans for problemstilling	Den amerikanske studien har overføringsverdi til prosedyrerrelaterte smerter/stress, og resultatene i studien viser til viktigheten av ikke-farmakologiske metoder hvor sykepleieren må bruke seg selv og sine kommunikative og relasjonelle ferdigheter for å støtte barnet og redusere stress.

Tabell 7: Artikkelmatrise C

Referanse C	Bray, L., Appleton, V., & Sharpe, A. (2019). The information needs of children having clinical procedures in hospital: Will it hurt? Will I feel scared? What can I do to stay calm? <i>Child: Care, Health and Development</i> , 45(5), 737–743. https://doi.org/10.1111/cch.12692
Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål	Hensikten med studien var å undersøke barns oppfatning av nødvendig og verdifull informasjon i forkant av planlagte undersøkelser og prosedyrer ved sykehus. Studien var en del av et større prosjekt for å lage en informasjonsapp for å forberede barn på sykehusbesøk og prosedyrer.
Metode	Studien brukte en utforskende kvalitativ barne-sentrert metode, hvor deltakerne (n=106, 55 jenter og 51 gutter) var i aldersgruppen 8-12 år og tilhørte radiologisk-, onkologisk-, poliklinisk- eller dagavdeling ved et britisk sykehus for barn. Deltakerne fikk skrive/tegne det de mente var viktig for å få dekket sitt informasjonsbehov. Data ble samlet over en 4-måneders periode
Resultat	Deltakerne identifiserte 616 ulike deler av det de mente var verdifull informasjon til barn som skal gjennomgå undersøkelser eller prosedyrer på sykehus. Deltakernes behov for informasjon kan kategoriseres i tre hovedgrupper; prosedyrerrelatert informasjon (typisk «hvor lang tid vil det ta» og «hvordan virker maskinen», sensorisk informasjon (typisk «gjør det vondt» og «hva smaker medisinen») og selv-regulerende informasjon

	(typisk «kan mamma være med meg» og «kan jeg se på mobilen til pappa imens»).
Kommentar og relevans for problemstilling	Den britiske studien er relevant for oppgaven fordi pasientgruppens perspektiv og interesser synliggjøres og aktualiseres. I tillegg konkretiseres barnas behov for informasjon og hvilken type informasjon de ønsker.

Tabell 8: Artikkelmatrise D

Referanse D	Dalley, J. S., & McMurtry, C. M. (2016). Teddy and I Get a Check-Up: A Pilot Educational Intervention Teaching Children Coping Strategies for Managing Procedure-Related Pain and Fear. <i>Pain Research and Management</i> , 2016, 1–12. https://doi.org/10.1155/2016/4383967
Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål	Studiens mål var å finne ut om evidensbasert edukasjonsprogram kan redusere barns grad av redsel og forventet smerte fra medisinsk stimuli og øke barns kunnskap om mestringsstrategier under prosedyrer.
Metode	Det ble utviklet en undervisende, interaktiv og utviklingstilpasset <i>Teddy Bear Clinic Tour</i> , hvor 71 barn i alderen 5-10 år fikk lære om medisinsk utstyr, prosedyrer og mestringsstrategier gjennom modellering og øvelser. Deltakerne rapporterte deres grad av engstelse og forventet smerte fra medisinsk og ikke-medisinsk stimuli, samt valg av mestringsstrategi under prosedyrerelatert engstelse.
Resultat	Deltakernes gradering av forventet smerte under en nålerelatert prosedyre ble redusert som følge av <i>Teddy Bear Clinic Tour</i> . Det var ingen signifikant forskjell i deltakernes gradering av engstelse for nåler. Deltakerne rapporterte om økt bruk av mestringsstrategier som følge av <i>Teddy Bear Clinic Tour</i> .
Kommentar og relevans for problemstilling	Den canadiske studien er relevant for oppgaven fordi den belyser barns behov for og nytte av mestringsstrategier i forbindelse med prosedyrer som de er redde for og tror at er smertefulle.

Tabell 9: Artikkelmatrise E

Referanse E	da Silva, J. R. S., Pizzoli, L. M. L., Amorim, A. R. do P., Pinheiros, F. T., Romanini, G. C., da Silva, J. G., Joaneite, S., & Alves, S. S. M. (2016). Using Therapeutic Toys to Facilitate Venipuncture Procedure in Preschool Children. <i>Pediatric Nursing</i> , 42(2), 61–68
Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål	Studiens mål var å undersøke effektiviteten til bruk av terapeutiske leketøy under venepunksjonsprosedyrer for å minimere negative reaksjoner blant barn i alderen 3-6 år.
Metode	Studien er en deskriptiv, utforskende tverrsnittstudie fra et privat sykehus i Brasil. Studiens deltakere er barn i

	alderen 3-6 år (n=10) som gjennomgår venepunksjon. Data ble samlet inn gjennom observasjon, og to ulike spørreskjema (pre- og post venepunksjon) ble fullført av barnas foreldre. Forskerne observerte barnas følelsesuttrykk før og etter innførelse av terapeutisk leketøy under prosedyren.
Resultat	Observasjoner i forkant innføring av terapeutisk leketøy under prosedyren fant at uttrykkelse av et redselsfullt ansiktsuttrykk utgjorde 42,9% av reaksjonene, 21,4% var passivt samarbeidende, 14,3% unngikk å se på helsepersonellet, 14,3% var stille og 7,1% responderte med enstavellesord. I etterkant av innføring av terapeutisk leketøy under prosedyren observerte forskerne at 21,1% av reaksjonene var uttrykkelse av følelser, like hyppig ble det observert leketøyet som hjelpsom og like hyppig ble deltakerne med i leken. 10,5% av observasjonene viste et avslappet ansiktsuttrykk, like hyppig ble deltakerne observante for leketøyet, og smil ble observert like hyppig. 5,3% av forskernes observasjoner etter innføring av terapeutisk leketøy var engasjement i samtale.
Kommentar og relevans for problemstilling	Den brasilianske studien er relevant for oppgaven fordi den utforsker småbarns reaksjoner på bruk av leketøy som terapi under venepunksjonsprosedyrer. Den understreker også sykepleiers unike posisjon for å ta i bruk lek som ressurs for å minimere barns skjulte følelser, samt viktigheten av kunnskap om barns utviklingstrinn.

Tabell 10: Artikkelmatrise F

Referanse F	Chrisler, A. J., Claridge, A. M., Staab, J., Daniels, S. R., Vaden, V., & McTaggart, D. (2021). Current evidence for the effectiveness of psychosocial interventions for children undergoing medical procedures. <i>Child: Care, Health and Development</i> , 47(6), 782–793. https://doi.org/10.1111/cch.12900
Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål	Hensikten med denne review-artikkelen var å sammenfatte foreløpig evidens for effektiviteten av psykososiale intervensjoner hos barn som gjennomgår medisinske prosedyrer. Målet var å identifisere spennet av forskning som undersøker grunnleggende helsefremming i ulike settinger.
Metode	Artikkelen inkluderer studier som undersøker bruk av intervensjoner som blant annet forberedelse, støtte under prosedyren (procedural support), ikke-farmakologisk smertemestring og undervisning. Databasene som er brukt for å finne de inkluderte forskningsartiklene er PsychINFO, EBSCOHost, PubMed og ACLP. Publiseringsår 2006-2019 var et

	inklusionskrav. 34 forskningsartikler ble inkludert i denne review-artikkelen.
Resultat	Den hyppigst brukte psykososiale intervensjonen var støtte under prosedyren (n=24; 70,6%). Forberedelse var brukt nest hyppigst (n=13; 38,2%), etterfulgt av mestringsstrategier (n=5; 14,7%) og <i>medical play</i> (n=4; 11,8%). Barnas effekt av intervensjonene var smerte (n=19; 55,9%), stress (n=16; 47,1%), angst/frykt (n=15; 44,1%), prosedyrerelatert suksess (n=12; 35,3%) og medisinsk kunnskap (n=1; 2,9%).
Kommentar og relevans for problemstilling	Den amerikanske review-artikkelen er relevant for oppgaven fordi den sammenfatter bruk av ulike psykososiale intervensjoner og barns utfall ved bruk av dem. Forskningsartiklene som er inkludert i review-artikkelen har svært ulik aldersgruppe på barna, alt fra fødsel til 21 år. Dette kan gjøre det vanskelig å trekke ut informasjon og funn relatert til alder/utviklingstrinn. Review-artikkelen er likevel inkludert fordi den er sammenfattende og styrker funnene ved de andre inkluderte forskningsartiklene i denne oppgaven.

Tabell 11: Artikkelmatriks G

Referanse G	Harder, M., Christensson, K., & Söderbäck, M. (2015). Undergoing an immunization is effortlessly, manageable or difficult according to five-year-old children. <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> , 29(2), 268–276. https://doi.org/10.1111/scs.12160
Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål	Studiens mål var å beskrive 5-åringenes oppfatninger av å gjennomgå vaksineringsprosedyren.
Metode	Studien er et kvalitativt studium med en fenomenografisk tilnærming for å fokusere på forholdet mellom temaet og fenomenet. Deltakerne (n=21) var svenske 5-åringers. Data om deltakernes oppfatninger ble samlet inn ved bruk av tegninger og refleksjoner fra barnet som tegnet den aktuelle tegningen. Etter tegneaktiviteten fikk deltakerne se en vignett som demonstrerte en baby-mus som ble vaksinert. Etter vignetten fikk deltakerne spørsmål for refleksjon. Spørsmålsdelen av datasamlingen ble tatt opp på lydopptak.
Resultat	Deltakernes oppfatning av vaksineringsprosedyren kan deles inn i overordnede temaer; uanstrengt, håndterbart og vanskelig, og kan beskrives nærmere ved personer og ting som har oppmerksomheten, følelser knyttet til situasjonen og handlinger for å håndtere vaksineringsprosedyren (mestringsstrategier). Deltakerne som opplevde vaksineringsprosedyren som uanstrengt, beskrev den som «enkel», «smertefri» og «ukomplisert». Deltakerne som opplevde vaksineringsprosedyren som håndterbar beskrev den

	<p>som gjennomførbar å håndtere selv om det gjorde vondt. Deltakerne som opplevde vaksineringsprosedyren som vanskelig beskrev den som «utfordrende», «smertefull» og «plagsom».</p>
Kommentar og relevans for problemstilling	<p>Den svenske studien er relevant for oppgaven fordi den beskriver småbarns oppfatning og opplevelse av vaksineringsprosedyre, gjennom tegning og refleksjonsspørsmål. Studien peker på tre hovedelementer for håndtering av prosedyren, som er relevant å se i lys av andre inkluderte forskningsartikler.</p>

Tabell 12: Artikkelmatrise H

Referanse H	<p>Karlsson, K., Rydström, I., Enskär, K., & Dalheim Englund, A.-C. (2014). Nurses' perspectives on supporting children during needle-related medical procedures. <i>International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being</i>, 9(1), 23063. https://doi.org/10.3402/qhw.v9.23063</p>
Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål	<p>Målet med studien var å beskrive sykepleieres opplevelse av å støtte barn under nålerelaterte medisinske prosedyrer (NRMP).</p>
Metode	<p>Studien benytter en kvalitativ metode ved fenomenografisk analyse av observasjoner av videoopptak gjort av NRMP og intervjuer av sykepleierne etter prosedyren. Studiens deltakere er 14 sykepleiere, 11 av de var barnesykepleiere, i Sverige med en gjennomsnittlig sykepleierkarriere på 18 år. Datasamlingen foregikk i perioden vår 2011- sommer 2012, og inkluderte tjue intervjuer og tjue videoopptak av NRMP. Barna som deltok i studien, var i alderen 3-7 år.</p>
Resultat	<p>Studien fant seks elementer i det å støtte barn under NRMP; utvikle en relasjon gjennom samtale, vær oppmerksom på kroppsspråk, balansere mellom å handle og å være tilbakeholden, være barnets advokat, tilpasset tid og ivareta håp. Viktigheten av å møte barnet på sine premisser understrekes.</p>
Kommentar og relevans for problemstilling	<p>Den svenske studien er relevant for oppgaven fordi den belyser sykepleiers rolle i å støtte barn under prosedyrer som ofte oppleves skumle og/eller smertefulle. Studien fokuserer på de relasjonelle og ikke-farmakologiske tilnærmingene for å støtte barnet.</p>

3.2. Tematisk resultat

I dette kapittelet beskrives funnene fra artiklene, ut fra kategorisering etter Evans analysemodell trinn tre (tabell 4).

3.2.1. Relasjon og kommunikasjon

På forskjellige måter pekte alle artiklene på viktigheten av å bygge en relasjon til barnet gjennom kommunikasjon, for å kunne støtte barnet i prosedyrerelatert ubehag. Relasjonen kunne kjennetegnes av samtaler, tegning og tilhørende refleksjon (Harder et al., 2015; Karlsson et al., 2014). For å oppnå en terapeutisk relasjon til barnet, er sykepleiers relasjonelle og kommunikative erfaringer og ferdigheter sentrale for hvordan relasjonen kan hjelpe barnet gjennom prosedyrerelatert ubehag (Bizzio et al., 2020; Bray et al., 2019; Chrisler et al., 2021; da Silva et al., 2016; Dalley & McMurtry, 2016; Karlsson et al., 2014; Olmstead et al., 2014).

Olmstead et al. (2014) fant at påvirkningen av sykepleieres relasjonelle kapasitet i forbindelse med avledning som mestringsstrategi påvirkes av to faktorer: engasjerende og tillitsfull relasjon mellom sykepleier og barnet, og det avanserte nivået av kommunikasjon og empati som sykepleier etablerer med barnet. Sykepleiers relasjonelle kompetanse blir også understreket som et viktig funn i Bizzio et al. (2020). Harder et al. (2015) og Karlsson et al. (2014) fant at å møte barnet på dets premisser, å se barnets perspektiv, åpenhet, involvering og inkludering av barnet i samtalen var viktig for relasjonsbyggingen.

3.2.2. Å støtte barnet gjennom informasjon som forberedelse

Informasjon ble trukket fram som en viktig del av barns støtte til prosedyrerelatert ubehag i fem av artiklene (Bizzio et al., 2020; Bray et al., 2019; Dalley & McMurtry, 2016; Harder et al., 2015; Karlsson et al., 2014). I Karlsson et al. (2014) understrekes det at informasjonen som gis må være tilpasset barnets alder, sykdom, grad av deltakelse, erfaring, frykt og evne til å fokusere. Studien fant at yngre barn i 3-4 årsalderen med ingen tidligere erfaring fra nålerelaterte medisinske prosedyrer (NRMP), mottar begrenset informasjon, mens barn med mer erfaring mottar mer detaljert informasjon.

Seks av artiklene fant støtte som elementært for barnets mestring, selvregulering, utvikling og reduksjon av angst (Bizzio et al., 2020; Bray et al., 2019; Chrisler et al., 2021; Karlsson et al., 2014). Harder et al. (2015) beskriver veiledning som støtte for at barnet skal oppleve prosedyrerelatert ubehag som vanskelig, men likevel håndterlig, og at å være «well-informed» kan hjelpe barnet med å få en positiv opplevelse med prosedyren. Artikkelen fant videre at barns behov for hjelp til å sette ord på følelser er viktig for barnets opplevelse av prosedyrerelatert ubehag.

3.2.3. Mestringsstrategier

Syv av artiklene fant mestringsstrategier som sentralt element for barns håndtering av prosedyrerelatert ubehag (Bizzio et al., 2020; Bray et al., 2019; Chrisler et al., 2021; da Silva et al., 2016; Dalley & McMurtry, 2016; Harder et al., 2015; Olmstead et al., 2014). De fant terapeutisk lek som effektiv mestringsstrategi. Leken beskrives i artiklene som en vei mot forståelse og selv-regulering, og forbindes med redusert engstelse hos barna.

Foreldres fysiske nærhet og tilstedeværelse er funn som beskrives som strategier for mestring i Bizzio et al. (2020), Chrisler et al. (2021) og Harder et al. (2015). Karlsson et

al. (2014) fant sykepleieres samarbeid med foreldre som viktig for barns opplevelse av NRMP, spesielt ved tidsmessige utfordringer.

3.2.4. Ikke-farmakologiske intervensjoner

Ikke-farmakologiske intervensjoner beskrives som funn i Olmstead et al. (2014), Bizzio et al. (2019), da Silva et al. (2016) og Chrisler et al. (2021). Olmstead et al. (2014) finner avledning som den mest effektive intervensjonen for ikke-farmakologisk tilnærming til barns smerter, noe som også er funn i Bizzio et al. (2020). Bizzio et al. (2020) fant også seks andre ikke-farmakologiske intervensjoner deriblant foreldres støtte. Chrisler et al. (2021) og da Silva et al. (2016) fant at terapeutisk lek som ikke-farmakologisk intervensjon for at barnet skal kunne bearbeide situasjonen og følelsene ved prosedyrerelatert ubehag. Barna viste også større samarbeidsevne og evne til kommunikasjon (da Silva et al., 2016). Olmstead et al. (2014) belyser også sykepleiers tilgjengelige tidsvindu som avgjørende for valg av ikke-farmakologisk intervensjon.

4. Diskusjon

I første del av dette kapittelet diskuteres funn i forskningsartikler og litteratur opp mot oppgavens problemstilling. I den andre delen vil metoden drøftes og oppgavens styrker og svakheter belyses. Egne erfaringer fra praksisstudier og implikasjoner for sykepleien blir også knyttet til forskning og litteratur.

Problemstillingen er:

Hvordan kan sykepleier gjennom kommunikasjon og relasjon støtte barns mestring ved prosedyrerelatert ubehag?

4.1. Resultatdiskusjon

4.1.1. Kommunikasjonen og relasjonens ringvirkninger

En av sykepleierne som deltok i studien til Olmstead et al. (2014) sa at det er fysisk, mentalt og emosjonelt utmattende å utføre smertefulle prosedyrer på et barn. Med andre ord er hverken sykepleier eller barnet tjent med raske løsninger som kan ende i bruk av tvang. Hvorfor er den mellommenneskelige relasjonen avgjørende for barns mestring?

Kommunikasjon, både verbal og non-verbal er inngangsbilletten for sykepleiers relasjon til barnet (Bizzio et al., 2020). For barn i den preoperative og konkret operative fasen kan kommunikasjonen være preget av humor og tøys, bruk av barnets egne ord i kombinasjon med et mer voksent språk, kort og konsis informasjon som ikke utfordrer barnets oppmerksomhet. Et beroligende og inviterende kroppsspråk kan hjelpe barnet i å ta del i samtalen. Eksempelvis vil å sette seg på huk til barnets øyehøyde, barnets navn og henvende seg til barnet fremfor foreldrene, kunne virke inviterende og relasjonsbyggende. Mens sykepleier kan tilrettelegge rammene for en terapeutisk relasjon, er barnets evne til å formidle tanker, følelser og behov avhengig av barnets erfaringer, sinnstilstand og utvikling (Harder et al., 2015; Karlsson et al., 2014). På den ene siden må sykepleier «lese rommet» for hvilke behov barnet og foreldrene kan ha, skape trygghet i den mellommenneskelige relasjonen mellom barn og sykepleier, møte barnet på dets premisser og samtidig være sensitiv for barnets helsetilstand og reaksjoner. På den andre siden skal sykepleier gjennomføre en prosedyre som barnet kan oppleve som ubehagelig, som et ledd i utredning eller behandling. Dette i sin tur kan lede til økt stressnivå hos barnet, så vel som foreldrene. Sett i lys av Travelbees helhetlige sykepleietenkning, kan observasjon av barn-foreldre-interaksjonen gi sykepleieren verdifull informasjon om stressnivå hos barn og foreldre, barns nytte av samspillet og muligheten for å finne en mestringsstrategi i foreldrenes tilstedeværelse (Bizzio et al., 2020; Bray et al., 2019; Chrisler et al., 2021; Harder et al., 2015).

Ved å identifisere betydningen av en terapeutisk relasjon, kan sykepleieren med kunnskap om mestring, utvikling og kommunikasjon se barnet og foreldrene som en helhet og se verdifulle ressurser i foreldrene. Det kan tenkes at aktiv involvering av foreldre øker barnets følelse av trygghet og opplevd trøst, hvilket kan oversettes til mestringsstrategier og bidra til økt vellykkethet for gjennomføringen av prosedyren (Chrisler et al., 2021; Dalley & McMurry, 2016; Harder et al., 2015; Karlsson et al., 2014; Olmstead et al., 2014). Fra en annen synsvinkel kan dette betraktes som

empowerment-styrkende sykepleie, hvor sykepleieren tilgjengeliggjør pasientens motstandsressurser og følgelig styrker barnets OAS (Gammersvik & Larsen, 2012b, s. 201).

Barn i den preoperasjonelle fasen er ofte skeptiske til fremmede (Grønseth & Markestad, 2017a, s. 68). Sykepleieren må derfor jobbe for å oppnå tillit, f.eks. ved personorientert kommunikasjon eller lek, for å få en terapeutisk relasjon til barnet. Kanskje kan den terapeutiske relasjonen ha en tvangsforebyggende effekt, ved at barnet har tillit og opplever støtte fra sykepleieren, og finner dette som en mestringsstrategi for prosedyrerelatert ubehag.

Ifølge Grønseth og Markestad (2017b) er det tidkrevende å oppnå en terapeutisk og tillitsfull relasjon til barnet. Samtidig kan prosedyregjennomføringen ta kortere tid dersom helsefremming ikke er i fokus, og foreldrene samtykker til bruk av tvang hos barn under 16 år. På den andre siden vil barnets opplevelse av situasjonen kunne gi psykiske belastninger (Svendsen, 2018). Dette kan føre til at neste prosedyre vil ta enda lengre tid å gjennomføre, og relasjonsbyggingen kan bli mer tidkrevende. Kan det være slik at sykepleierne gjør seg selv en «bjørnetjeneste» ved å bruke tvang mot barn under prosedyrer? Tvangsbruk kan kanskje være tidsbesparende der og da, men neste gang lar prosedyren seg kanskje ikke gjennomføre? I motsetning til en ideell virkelighet, er sykepleiers tidsvindu ofte smalt, og med den økende sykepleiermangelen kan man forvente at tid per pasient blir enda mindre i fremtiden (Norsk Sykepleierforbund, 2021).

I forhold til den helsefremmende teorien bør den tillitsfulle og anerkjennende relasjonen være sykepleiers mål for barns mestring, heller enn å gjennomføre prosedyren raskt og ved bruk av tvang. I et etisk perspektiv er bruk av tvang stridende med FNs barnekonvensjon, yrkesetiske retningslinjer og de fire prinsippers etikk (Brinchmann, 2012, s. 83–87; Grønseth & Markestad, 2017a, s. 75; Norsk sykepleierforbund, u.å.). Gjennom kommunikasjon og relasjon kan man ut fra forskning anta at sykepleierens bruk av tvang kan begrenses når rammefaktorer som tid, kunnskap og foreldre som ressurser, er tilgjengelig.

På bakgrunn av alder, utvikling og tidligere situasjonsrelevante erfaringer, kan barns OAS være varierende. Eksempelvis vil en tenåring med en kronisk syk forelder ha en sterkere OAS enn en femåring med ingen tidligere sykehuserfaring. På den andre siden kan en fireåring i et kreftforløp kunne ha en sterkere OAS enn en tolvåring som skal ta vaksine. For sykepleierens praksis betyr dette å identifisere ressurser og kartlegge tidligere erfaringer med sykdom og sykehus, og møte hvert enkelt barn på sine premisser, noe som er essensielt for relasjonsbyggingen i det mellommenneskelige forholdet. Videre beskriver Travelbee (2007a) kommunikasjon som det viktigste verktøyet sykepleier har for relasjonen til pasienten. Derfor bør kommunikasjonen tilrettelegges til å være personlig motiverende og støtten oppleves reell for barnet i form av styrket mestringstro (Eide & Eide, 2019c, s. 56).

4.1.2. Å støtte barnet – et lagspill

«Procedural support» beskrives i Chrisler et al. (2021) som den vanligste og mest effektive intervensjonen for barns mestring ved prosedyrerelatert ubehag. Støtte og veiledning i forbindelse med prosedyrer innebærer tilpasset informasjon, både medisinsk, sensorisk og selvregulerende og undervisning. Bray et al. (2019) beskriver informasjon som stillaset for forberedelsene, hvor informasjonen kan deles inn i sensorisk, selvregulerende og om selve prosedyren. Den selvregulerende informasjonen omhandler

mestringsstrategier og et dekket informasjonsbehov kan dermed omtales som en grunnpilar for tilrettelegging av mestring og reduksjon av stress. Sensorisk informasjon som barna verdsetter er om prosedyren vil gjøre vondt, som for eksempel om det svir å få medisin via PVK, hva antibiotikaen smaker og om det er skummelt å få saltvannsforstøver (Bray et al., 2019; Grønseth & Markestad, 2017a, s. 76).

Barn i den preoperasjonelle og konkret operasjonelle fasen har ofte mange spørsmål, både fra magisk tenkning, bekymringer om sykdom og den ukjente «sykehusverdenen» (Grønseth & Markestad, 2017a, s. 68–69). Forberedelse som *procedural* support finner man støtte i hos Bray et al. (2019), Dalley og McMurtry (2016) og Chrisler et al. (2021). Videre fant de at *Procedural support* kan lede til styrket OAS og empowerment, noe som man finner støtte i hos Gammersvik og Larsen (2012a og 2012b). Sett i sammenheng med Dalley og McMurtry (2016) kan man si at når barnet får utviklingstilpasset informasjon om prosedyrer, rapporteres minkes stress og økt tilfredshet hos både barnet og foreldrene. Likevel reduseres ikke barnets fryktnivå, men opplevelsen av smerte var mindre enn forventet. En mulig forklaring på uteblitt reduksjon av frykt og samtidig mindre smerte enn forventet kan være barnets opplevelse av støtte og veiledning. Den utviklingstilpassede informasjonen forbereder barnet og gir det mulighet til å stille spørsmål, og tilrettelegge for en forutsigbar situasjon. Dette kan bety at barnet får styrket OAS og empowerment ved *Educational information* fra sykepleieren, noe som gir barnet mulighet til å utvikle mestringsstrategier.

I mine praksisstudier erfarte jeg at nedleggelse av nasogastrisk sonde og PVK-innleggelse var spesielt krevende for barnet. Barn som gjennomgikk disse prosedyrene krevde ofte mer støtte, informasjon og trøst fra sykepleier og foreldre. Det kan tenkes at en årsak til dette er prosedyrenes krav til samarbeid fra barnet. En annen årsak kan være at både sonden og venflonen er inneliggende medisinsk utstyr og kan oppleves om invaderende for barnet. Samtidig bør sykepleier være oppmerksom på egen fagekspertise, inkludert maktposisjon, og ordvalg ved disse prosedyrene, da uttrykk som «slange i magen» og «nål i hånda» kan oppleves skremmende for barn i den preoperasjonelle fasen der magisk tenkning er framtrødende (Eide & Eide, 2019b, s. 294–295).

Detaljert informasjon og svar på spørsmål er fordelaktig der barnets utvikling, sykdomserfaring og alvorlighetsgrad tillater det. Videre sier både Bray et al. (2019) og Bizzio et al. (2020) at foreldrene er sentrale for barns støtte, da de er barnets viktigste informasjonsgivere, kjenner barnet best og deres tilstedeværelse har positiv påvirkning på barnets følelser. Det avgjørende lagspillet mellom sykepleier og foreldre bekreftes av Harder et al. (2015), Karlsson et al. (2014) og Grønseth og Markestad (2017b). På bakgrunn av dette kan sykepleiers foreldresamarbeid sees på som et gjensidig lagspill der begge partene drar nytte av hverandres ressurser og kunnskap om henholdsvis sykepleiefaget og barnet selv. Travelbees teori bekrefter viktigheten av lagspillet. For sykepleieutøvelsen kan dette bety at sykepleier må gi en todelt informasjon; barnet trenger tilpasset informasjon, kanskje til og med begrenset informasjon i forhold til informasjonen som foreldrene trenger. Samtidig har foreldrene også behov for støtte, for å kunne reflektere sin trygghet til barnet sitt. Observasjoner fra egne praksisstudier viste at barnet og foreldrene ofte har ulikt tidsperspektiv, interesser og dermed ulike spørsmål og behov. Dette var spesielt synlig ved mottaksavdelingen, da sykepleier hadde større fokus på det akuttmedisinske samtidig som at barnets helsetilstand var uavklart.

Viktigheten av foreldres tilstedeværelse for barns støtte og trygghet kommer frem i både forskning, litteratur og jusen. I jusen sikres barns rett til å ha minst én omsorgsperson hos seg ved innleggelse i sykehus (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2000, § 6). I tillegg til praktiske årsaker til at barn skal ha følge av en omsorgsperson under innleggelse, har foreldre en støttende og veiledende rolle overfor barnet (Bizzio et al., 2020; Bray et al., 2019; Harder et al., 2015; Karlsson et al., 2014). Mine praksiserfaringer bekrefter viktigheten av tilstedeværelse for foreldres støttende funksjon, hvor jeg så gjenspeiling i barnets og foreldres følelsesuttrykk.

4.1.3. Verdien av mestringsstrategier

Mestringsstrategier er en viktig ressurs for barns opplevelse av medisinske prosedyrer (Bray et al., 2019; Chrisler et al., 2021; da Silva et al., 2016; Dalley & McMurtry, 2016; Harder et al., 2015; Olmstead et al., 2014). Forskning viser at barns aktive deltakelse i prosedyren, gir en følelse av kontroll og kan gi lavere nivå av angst, økt medisinsk kunnskap og mindre smerter. Samtidig viser Chrisler et al. (2021) at bruk av mestringsstrategier gir økt suksessrate for prosedyrene. Forskingen sett under ett er altså tydelig på at mestringsressurser er av stor betydning for barns opplevelse av prosedyrer.

Forskning beskriver fysisk nærhet til foreldre, trøst fra bamse, humor og dype åndedrag som hyppig brukte mestringsstrategier blant barn (Bizzio et al., 2020; Dalley & McMurtry, 2016). Hos barn i den konkret operasjonelle fasen kan fantasireiser og avspenningsteknikker være strategier for følelses- og adferdsmessige reaksjoner ved prosedyrerelatert ubehag (Grønseth & Markestad, 2017a, s. 78–79). Bray et al. (2019) viser til sykepleiers rolle om å gi barnet og foreldrene informasjon om selvregulering, og at dette hjelper barnet med å lage seg mestringsstrategier. Siden barn i den preoperasjonelle og konkret operasjonelle fasen kan ha utfordringer med å sette ord på tanker og følelser om vanskelige situasjoner, må sykepleieren invitere barnet til nettopp dette (Eide & Eide, 2019b, s. 294–296). Som eksempel kan den terapeutiske leken gjøre det lettere for barnet å kommunisere (da Silva et al., 2016). Her utvikler barnet seg, kan få utløp for følelser og dermed ha en terapeutisk effekt.

Med terapeutisk lek menes den leken der barnet bearbejder sine opplevelser og følelser, f.eks. ved bruk av medisinsk utsyr på en bamse. Den terapeutiske leken kan sees i sammenheng med den terapeutiske og mellommenneskelige relasjonen mellom barnet og sykepleieren. Dette finner man støtte for hos Olmstead et al. (2014), som viser til at sykepleiers tilknytning og engasjement i interaksjonen til barnet har påvirkning på sykepleiers valg av smertemestringsstrategi i forbindelse med prosedyrer. På grunn av dette bør sykepleieren ha Travelbee i bakhodet og by på seg selv i møtet med barna. En mulig forklaring på viktigheten av den terapeutiske relasjonen, kan man finne i Piagets utviklingsteori. Barn i den preoperasjonelle fasen preges av magisk tenkning og følelsesmessig logikk, og trenger at sykepleieren møter barnet i sine tanker og assosiasjoner. Samtidig kan regrediering under sykdom og stress gjøre at barnet trenger mer struktur og omsorg for å styrke barnets OAS og empowerment, og på den måten legge til rette for mestring når barnet blir møtt med støtte for opplevd ubehag og regrediering.

Min opplevelse av terapeutisk lek i praksis på barneavdeling var at barns toleransevidu for prosedyrerelatert ubehag økte når barn f.eks. fikk legge på bandasje på samme sted på bamsen som barnet selv hadde bandasje over PVKen. Ved en situasjon brukte barnet dette som avledning, samtidig som sykepleier la bandasje over barnets PVK. Ved bruk av

terapeutisk lek observerte jeg at barnets foreldre kunne støtte og oppmuntre barnet, fremfor å trøste og fysisk holde barnet for å få gjennomført prosedyren.

Ved å ha tiltro til barnets evner, støtte opp barnets ressurser, vise at barnet er verdsatt og stimulere til uavhengighet, kan voksne bidra til positiv selvfølelse (Grønseth & Markestad, 2017d, s. 135–137). På den andre siden vil urealistiske høye forventninger, overbeskyttelse og fokus på mislykkethet ha en negativ effekt på barnets selvfølelse. Når voksenpersoner bidrar til positiv utvikling av barns selvfølelse, oppgaver tilrettelegges etter barnets utvikling, og barnet mestrer oppgaven, stimulerer dette til økt selvfølelse og motivasjon. Dette i sin tur vil kunne øke barnets mestringstro og motivasjon for fremtidige oppgaver. Dette beskrives i Gammersvik og Larsen (2012a) som «empower empowerment». Foreldre er ofte de voksenpersonene med høy tillit fra barnet, men sykepleier må alltid tilstrebe å etablere et godt tillitsforhold til barnet, blant annet for å etablere en terapeutisk relasjon i Travelbees menneske-til-menneske-forhold.

4.1.4. Ikke-farmakologiske intervensjoner ved prosedyrerelatert ubehag

Avledning, nærhet til foreldre, terapeutisk lek og kognitive oppgaver var ikke-farmakologiske intervensjoner som virket stressreducerende på barn i forkant av kirurgi (Bizzio et al., 2020). Avledning som konkurrerende stimuli kan utnytte barnets nysgjerrighet til å rette oppmerksomheten mot noe annet enn det ubehagelige (Grønseth & Markestad, 2017a, s. 78).

Terapeutisk, strukturert lek bidrar til redusert angst og smerte hos barnet, økt tilfredshet hos foreldre (Chrisler et al., 2021). Videre fant studien at prosedyrene oftere ble suksessfulle, noe som styrker lekens betydning for barnets opplevelse av prosedyren. Lek som avledning i forbindelse med medisinske prosedyrer skaper et trygt og støttende miljø for barnet og det viser seg at barns negative følelser blir færre sammenlignet med ordinær sykepleie uten det helsefremmende miljøet som lek bidrar til (Drape & Greenshields, 2020; Grønseth & Markestad, 2017a, s. 80–81; Li et al., 2016). Dette kan man finne støtte for hos da Silva et al. (2016), hvor bruk av terapeutisk leketøy under innleggelse av PVK gjorde at barna viste større samarbeidsevne og kommuniserte lettere med sykepleier og foreldre. Hvorfor virker lek helsefremmende, og hvordan kan dette implementeres i sykepleien?

En forklaring på lek som helsefremming kan være at det friske ved barnet får utfolde seg og oppleve mestring (Grønseth & Markestad, 2017a, s. 80–83). Barnets ressurser kan på den måten komme til syne, som sykepleieren kan hente fram under en prosedyre. En annen mulig forklaring kan være at leken skaper et kjent og trygt univers for barnet, som kan gjøre det lettere for barnet å kommunisere. Gjennom lek og kommunikasjon på barnets premisser kan sykepleieren få verdifulle vinduer til å oppnå relasjon til barnet (Eide & Eide, 2019b, s. 291). Litteraturen sier at leken kan virke både distraherende og hjelpe barnet å bearbeide følelser, noe som bekreftes av forskning (da Silva et al., 2016; Olmstead et al., 2014). I mine praksisperioder på barneavdeling observerte jeg flere ganger at barna brukte foreldre og bamser som «pasienter» og undersøkte de på samme måte som barnet selv ble undersøkt. Bandasjering av hender der barnet har PVK, bruk av plasterfjerner spray og leking med stetoskop så jeg at var gjentakende metoder som barna brukte. Noe jeg merket med som spesielt interessant var at barna trøstet foreldrene eller bamsen mens barnet lekte. Verbal trøsting, klemming og å stryke på kinnet var noe som barna gjorde. Sett i lys av da Silva et al. (2016) og Grønseth og Markestad (2017a) kan dette forklares som en bearbeidende prosess der barnet gjenvinner kontroll over situasjonen, opplever mestring og utvikler seg. Gjennom leken kan barnet oppleve det prosedyrerelaterte ubehaget som begripelig, håndterbart og

meningsfullt. I forhold til den helsefremmende teorien kan dette sees i sammenheng med at barnet skaper OAS, empowerment i situasjonen og følelsesfokusert mestring, og dermed kan barnet komme styrkende ut av en situasjon med prosedyrerelatert ubehag (Gammersvik & Larsen, 2012c, s. 164).

Sykepleiers tilgjengelige tidsvindu er avgjørende for bruk av lek som kommunikasjonsmiddel (Olmstead et al., 2014). Tid er viktig for sykepleieren å lære og kjenne barnet, gjøre observasjoner og gjennom en terapeutisk relasjon bidra til å styrke barnets OAS gjennom leken. På den andre siden vil barnets terapeutiske lek uten sykepleier til stede likevel kunne ha en bearbeidende effekt på barnets følelser og opplevelser. Å legge til rette for terapeutisk lek, uavhengig om sykepleieren selv har tid til å være til stede, er derfor viktig for barnet. En forklaring kan ligge i barnets foreldre som hjørnesteinspersoner for støtte (Harder et al., 2015).

En annen vinkel på ikke-farmakologiske intervensjoner som viser seg å ha en viktig effekt på barns prosedyrerelaterte ubehag er foreldres nærhet og tilstedeværelse (Bizzio et al., 2020; da Silva et al., 2016; Grønseth & Markestad, 2017a, s. 72). I da Silva et al. (2016) fant forskerne at foreldrene ble mer fornøyde når barnet lekte i forbindelse med en prosedyre. Siden stress hos foreldre kan føre til engstelse hos barnet, samtidig som trygge foreldre videreformidler trygghet til barnet, er det nærliggende å tro at også fornøyde foreldre vil kunne ha et smittende stemningsleie på barna (Grønseth & Markestad, 2017a, s. 87). Dette styrker viktigheten av lagspillet mellom sykepleier og forelder, og viser igjen betydningen av Travelbees helhetlige sykepleietenkning.

Forskning viser til at ikke-farmakologiske intervensjoner som lek, avledning, nærhet til foreldre og kognitive oppgaver, har en positiv effekt på barns prosedyrerelaterte ubehag og bearbeidingsprosess (Bizzio et al., 2020; Chrisler et al., 2021; da Silva et al., 2016; Olmstead et al., 2014). Samtidig bør farmakologiske metoder som bedøvelseskrem (Emla®), sedering eller smertelindring ikke unnlates. I stedet bør disse sees på som en gjensidig utfyllende kombinasjon, for optimalisering av barns opplevelse av prosedyrer. Det trenger altså ikke å være «enten eller».

4.2. Implikasjoner for sykepleie

Funnene i denne litteraturstudien viser til at sykepleierens relasjonelle og kommunikative ferdigheter kan ha en helsefremmende effekt på barn som gjennomgår ulike medisinske prosedyrer. Med Travelbees helhetlige sykepleietenkning og identifisering av foreldre som ressurser i relasjonen mellom sykepleier og barnet, kan utviklings- og erfaringstilpasset kommunikasjon styrke barnets empowerment og mestring. Samtidig kan opplevelsen av sammenheng tydeliggjøres gjennom terapeutisk lek.

For sykepleiers praksis betyr dette å ha kunnskap om barns utviklingstrinn og kartlegge barns behov og uttrykk for ubehag. Samtidig er tillit- og trygghetsbasert relasjonsbygging og helsefremming i helhetlig sykepleie til barn viktige kompetanseområder for sykepleierens rolle i barns mestring av prosedyrerelatert ubehag. Metoder for mestring, avledning og bruk av lek som terapi og bearbeiding vil være viktig for barns og foreldres opplevelse av prosedyrer. Valg av mestringsstrategi kan fremmes av barnet selv eller sykepleiers erfaring hos den aktuelle pasientens utviklingstrinn. Gjennom kommunikasjon og den mellommenneskelige relasjonen kan sykepleier oppnå en unik tillit hos barnet og foreldrene, som kan ha en helsefremmende effekt i form av opplevd støtte og styrket empowerment.

4.3. Metodediskusjon – styrker og svakheter

En svakhet ved metoden er at forskningsartiklene baseres på 3-12 år gamle barn, altså et ganske bredt aldersspenn i pediatrien. Samtidig er aldersbegrensningen gjort med utgangspunkt i utviklingstrinn, hvilket kan sees på som en styrke. På den andre siden er utviklingstrinn og alder ikke nødvendigvis identisk, barn utvikles ulikt og alder kan avvike med utviklingstrinn.

Artiklene tar utgangspunkt i ulike prosedyrer, noe som kan sees på som en styrke ved at flere vinklinger belyses og danner et bredere bilde for barns prosedyrerelaterte ubehag. Det kan også sees på som en svakhet ved at resultatene kan bli mindre presise og implikasjoner for sykepleie kan bli mer generelle.

Sykepleie til barn er et utfordrende felt. Hva gjør vi når barnet aldri vil ta blodprøven? Sykepleie til barn inkluderer ledelse og etikk. Her inngår en rekke tankekors som sykepleieren møter i det daglige arbeidet, men som ikke har fått plass i denne oppgaven.

Publiseringsår 2012-2022 gir oppgaven nyere forskning som utgangspunkt, som styrker oppgavens aktualitet. Gjennom mine praksisstudier ved to ulike barneavdelinger, fikk jeg innsyn i forskning og masterprosjekter som foregår ved det aktuelle praksisstedet, innenfor pediatri, mestring, tvang og smerter. Med andre ord er temaet et brennhett forskningsfelt og ny tilgjengelig kunnskap vil kunne gjøre oppgaven mangelfull om noen år.

Oppgaven baseres på forskning fra Canada, USA, Storbritannia, Brasil og Sverige. Kulturforskjeller, økonomi og helsevesenets oppbygging kan ha innvirkning på resultatene og dermed gi lavere overføringsverdi til norske forhold. Likevel er artiklene inkludert, fordi problemstillingene, ressurser og intervensjoner brukt i møte med barna er svært relaterbart til norske forhold og egne praksiserfaringer.

I oppgaven diskuteres tematikk ut fra forskningsartiklenes resultater. Temaene påvirker hverandre i stor grad og overlapper delvis. Dette kan være en styrke ved oppgaven, da dette viser til det komplekse samspillet som kreves for å besvare problemstillingen. På en annen side kan dette være en svakhet, da det kan gjøre det vanskeligere å diskutere elementene hver for seg og ekstrahere et «fasitsvar» til problemstillingen. Likevel vil et fasitsvar til problemstillingen være en utfordring på grunn av differansen i barns alder og utvikling, samt barns individuelle erfaringer og ressurser.

5. Konklusjon

Hensikten med dette litteraturstudiet var å undersøke sykepleiers rolle og «verktøykasse» i møte med barn som gjennomgår prosedyrerelatert ubehag. Oppgavens problemstilling var:

Hvordan kan sykepleier gjennom kommunikasjon og relasjon støtte barns mestring ved prosedyrerelatert ubehag?

Sykepleieren kan gjennom tillitsskapende tilnærming og en terapeutisk relasjon samt samarbeid med foreldre, støtte barns mestring under prosedyrerelatert ubehag. Travelbees sykepleieteori og helsefremmende sykepleie som bakgrunn, støtter sykepleiers kompetansegrunnlag. Kartlegging og identifisering av mestringsstrategier og barnets ressurser står sentralt for barns opplevelse av prosedyrerelatert ubehag. Når sykepleier tilrettelegger for bruk av mestringsstrategier som for eksempel bruk av bamser, avledning og fysisk nærhet til foreldre, kan sykepleieren støtte barnets mestring. Når barnet mestrer, leder dette til utvikling. Lek i forbindelse med prosedyrer kan ha en terapeutisk effekt ved at det hjelper barnet å bearbeide og formidle tanker og følelser rundt opplevelsen. Barnets alder og sykdomserfaring, samt kunnskap om utviklingsteori er betydningsfull bakgrunnsinformasjon som sykepleier må ha i mente for den terapeutiske relasjonen til barnet. Sykepleiers typiske smale tidsvindu kan være en utfordring sett i lys av dagens sykepleiermangel.

Under arbeidsprosessen med denne oppgaven har jeg lært om viktigheten av samarbeid med foreldre, å møte barnet på dets premisser og kommunikasjon for en terapeutisk interaksjon. Jeg sitter igjen med ny kunnskap om betydningen av det helsefremmende perspektivet i sykepleie til barn som utsettes for prosedyrerelatert ubehag, samt verktøy for egen sykepleieutøvelse i arbeidet med barn. Underveis har jeg reflektert over egen fremtidig sykepleiepraksis, hvordan jeg gjennom kommunikasjon og relasjon kan støtte mine pasienters mestring ved prosedyrerelatert ubehag. Jeg tror at denne oppgaven kan gjøre meg mer bevisst på egen profesjonsutøvelse, kanskje få meg til å stoppe litt opp i en travel arbeidshverdag, se barnet og tenke helsefremmende i måten å jobbe på.

Referanser

- Almås, H., Stubberud, D.-G., & Grønseth, R. (2020). Klinisk sykepleie—Funksjon, ansvar og kompetanse. I *Klinisk sykepleie: 1* (5. utgave, s. 17–39). Gyldendal akademisk.
- Bizzio, R., Cianelli, R., Villegas, N., Hooshmand, M., Robinson, M., Hires, K. A., & Stathas, A. (2020). Exploring Non-Pharmacological Management among Anesthesia Providers to Reduce Preoperative Distress in Children. *Journal of Pediatric Nursing, 50*, 105–112. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2019.11.005>
- Bray, L., Appleton, V., & Sharpe, A. (2019). The information needs of children having clinical procedures in hospital: Will it hurt? Will I feel scared? What can I do to stay calm? *Child: Care, Health and Development, 45*(5), 737–743. <https://doi.org/10.1111/cch.12692>
- Brinchmann, B. S. (2012). De fire prinsippers etikk. I *Etikk i sykepleien* (3. utgave, s. 81–96). Gyldendal akademisk.
- Chrisler, A. J., Claridge, A. M., Staab, J., Daniels, S. R., Vaden, V., & McTaggart, D. (2021). Current evidence for the effectiveness of psychosocial interventions for children undergoing medical procedures. *Child: Care, Health and Development, 47*(6), 782–793. <https://doi.org/10.1111/cch.12900>
- da Silva, J. R. S., Pizzoli, L. M. L., Amorim, A. R. do P., Pinheiros, F. T., Romanini, G. C., da Silva, J. G., Joaneite, S., & Alves, S. S. M. (2016). Using Therapeutic Toys to Facilitate Venipuncture Procedure in Preschool Children. *Pediatric Nursing, 42*(2), 61–68.
- Dalley, J. S., & McMurtry, C. M. (2016). Teddy and I Get a Check-Up: A Pilot Educational Intervention Teaching Children Coping Strategies for Managing Procedure-Related Pain and Fear. *Pain Research and Management, 2016*, 1–12. <https://doi.org/10.1155/2016/4383967>
- Drageset, S. (2014). Mestring. I T. Rannestad (Red.), *Helsefremming i kommunehelsetjenesten* (s. 85–98). Cappelen Damm akademisk.
- Drape, K., & Greenshields, S. (2020). Using play as a distraction technique for children undergoing medical procedures. *British Journal of Nursing, 29*(3), 142–143. <https://doi.org/10.12968/bjon.2020.29.3.142>
- Eide, H., & Eide, T. (2019a). Hva er god, profesjonell kommunikasjon? I *Kommunikasjon i relasjoner personorientering, samhandling, etikk* (3. utgave, s. 15–45). Gyldendal Akademisk.
- Eide, H., & Eide, T. (2019b). Kommunikasjon med barn og unge. I *Kommunikasjon i relasjoner personorientering, samhandling, etikk* (3. utgave, s. 287–308). Gyldendal akademisk.
- Eide, H., & Eide, T. (2019c). Mestring og motivasjon. I *Kommunikasjon i relasjoner personorientering, samhandling, etikk* (3. utgave, s. 47–83). Gyldendal akademisk.
- Evans, D. (2002). SYSTEMATIC REVIEWS OF INTERPRETIVE RESEARCH: INTERPRETIVE DATA SYNTHESIS OF PROCESSED DATA. *Australian Journal of Advanced Nursing, 20*(2),

5.

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

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

Gammersvik, Å., & Larsen, T. (2012a). Empowerment og veiledning—Sykepleierens pedagogiske funksjon i helsefremmende arbeid. I *Helsefremmende sykepleie: I teori og praksis*. (s. 173–193). Fagbokforlaget.

Gammersvik, Å., & Larsen, T. (2012b). Salutogenese som forståelsesramme i psykisk helsearbeid. I *Helsefremmende sykepleie: I teori og praksis*. (s. 195–216). Fagbokforlaget.

Gammersvik, Å., & Larsen, T. (2012c). Stress og mestring i et helsefremmende perspektiv. I *Helsefremmende sykepleie: I teori og praksis*. (s. 159–172). Fagbokforlaget.

Grønseth, R., & Markestad, T. (2017a). Innleggelse i sykehus. I *Pediatri og pediatriisk sykepleie* (4. utgave, s. 63–96). Fagbokforlaget.

Grønseth, R., & Markestad, T. (2017b). Kommunikasjon med barn og unge. I *Pediatri og pediatriisk sykepleie* (4. utgave, s. 97–103). Fagbokforlaget.

Grønseth, R., & Markestad, T. (2017c). Smerter og smertebehandling. I *Pediatri og pediatriisk sykepleie* (4. utgave, s. 165–178). Fagbokforlaget.

Grønseth, R., & Markestad, T. (2017d). Å tilfredsstill barn og unges egenomsorgsbehov. I *Pediatri og pediatriisk sykepleie* (4. utgave, s. 105–141). Fagbokforlaget.

Harder, M., Christensson, K., & Söderbäck, M. (2015). Undergoing an immunization is effortlessly, manageable or difficult according to five-year-old children. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(2), 268–276. <https://doi.org/10.1111/scs.12160>

Haugan, G. (2014). Helsefremmende interaksjon. I T. Rannestad (Red.), *Helsefremming i kommunehelsetjenesten* (1. utgave, s. 199–215). Cappelen Damm akademisk.

Hedén, L., von Essen, L., & Ljungman, G. (2016). The relationship between fear and pain levels during needle procedures in children from the parents' perspective. *European Journal of Pain*, 20(2), 223–230. <https://doi.org/10.1002/ejp.711>

Helsebiblioteket. (u.å.). *Alle databaser*. Helsebiblioteket.no. Hentet 19. april 2022, fra <https://www.helsebiblioteket.no/databaser/alle-databaser>

Heyn, L. G. (Red.). (2018). Kommunikasjon med barn. I *Klinisk kommunikasjon i sykepleie* (1. utgave, s. 51–70). Gyldendal Norsk Forlag.

Kalland, C. Y. O. (2022). *Grevlingen har fått navn*. St. Olavs hospital. <https://stolav.no/nyheter/2022/grevlingen-har-fatt-navn>

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

Kiwanis District Norden. (u.å.). *Kiwanisdukken*. Hentet 2. mai 2022, fra <https://www.kiwanis.no/prosjekter/kiwanisdukken-p/>

- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., & Skaug, E.-A. (2014). Den myndige pasienten. I *Grunnleggende sykepleie 3* (2. utgave, s. 337–385). Gyldendal akademisk.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (u.å.). *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer.
- Li, W. H. C., Chung, J. O. K., Ho, K. Y., & Kwok, B. M. C. (2016). Play interventions to reduce anxiety and negative emotions in hospitalized children. *BMC Pediatrics*, *16*(1), 36. <https://doi.org/10.1186/s12887-016-0570-5>
- Moksnes, U. K. (2014). Opplevelse av sammenheng. I T. Rannestad (Red.), *Helsefremming i kommunehelsetjenesten* (1. utgave, s. 41–51). Cappelen Damm akademisk.
- Norsk barnelegeforening. (2020). *Pediatriveileder—13.6 Seding*. Helsebiblioteket.no. <https://www.helsebiblioteket.no/pediatriveiledere?key=269072&menuitemkeylev1=5962&menuitemkeylev2=5976>
- Norsk sykepleierforbund. (u.å.). *Yrkesetiske retningslinjer*. Hentet 22. april 2022, fra <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>
- Norsk Sykepleierforbund. (2021). *Norge mangler nesten 7000 sykepleiere* [Norsk Sykepleierforbund]. <https://www.nsf.no/artikkel/norge-mangler-nesten-7000-sykepleiere>
- Olmstead, D. L., Scott, S. D., Mayan, M., Koop, P. M., & Reid, K. (2014). Influences shaping nurses' use of distraction for children's procedural pain: Influences Shaping Nurses' Use of Distraction for Children's Procedural Pain. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, *19*(2), 162–171. <https://doi.org/10.1111/jspn.12067>
- Oslo Universitetssykehus. (2017). *Rasmus på sykehus*. Oslo universitetssykehus. <https://oslo-universitetssykehus.no/om-oss/barn-pa-sykehus/nar-du-er-pa-sykehuset/rasmus-pa-sykehus>
- Oslo Universitetssykehus. (2021). *Stoppskilt til barn på sykehus—Psykososialt tiltak for å ivareta barn og unge i forbindelse med krevende, smertefulle*. ehandboken.ous-hf.no. <https://ehandboken.ous-hf.no/document/142214>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (2001). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_7
- Raaheim, K., Teigen, K. H., & Mørch, W. T. (2020). Jean Piaget. I *Store norske leksikon*. http://snl.no/Jean_Piaget
- Statistisk sentralbyrå. (2019). *Barn og unges helse*. <https://www.ssb.no/a/barnogunge/2019/helse/>
- Stenberg, U., Haaland-Øverby, M., Kristoffersen, L.-G. R., Trollvik, A., Dybvig, S., Koricho, A. T., & Vågan, A. (2020). Mestringstilbud: Barn og unge lærer å håndtere helseutfordringer. *Sykepleien*, *79962*, e-79962. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2020.79962>
- Svendsen, E. J. (2018). Helsepersonell trenger å lære mer om bruk av tvang mot barn. *Sykepleien*, *71912*, e-71912. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2018.71912>
- Thorsen, R. (2014). Trygghet. I E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3* (2. utgave, s. 103–132). Gyldendal akademisk.

Travelbee, J. (2007a). Hva er sykepleie? I *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (1. utgave, s. 29–49). Gyldendal akademisk.

Travelbee, J. (2007b). Menneske-til-menneske-forholdet. I *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (1. utgave, s. 171–218). Gyldendal akademisk.

