



BACHELOROPPGAVE - SPL3903

Det engstelige barnet i akuttmottaket.

FORFATTERE:

STINE SKOGEN OG ANNE LENE PUTTEN

DATO: 11/05-15

VÅREN 2015

HØGSKOLEN I GJØVIK

SEKSJON FOR SYKEPLEIE

AVDELING HELSE, OMSORG OG SYKEPLEIE.

SAMMENDRAG

Tittel:	Det engstelige barnet i akuttmottaket	Dato:	11.05.15
Deltakere:	Stine Skogen		
	Anne Lene Putten		
Veileder:	Siri Gunn Simonsen		
Evt. oppdragsgiver:			
Stikkord:	Stress, angst, barn, akuttmottak, sykepleie		
Antall sider/ord: 56/12721	Antall vedlegg: 1	Tilgjengelighet: åpen	
<p>Bakgrunn: Sykepleiere er pålagt å ha nødvendig kunnskap for å ivareta barnets grunnleggende behov. Til tross for dette vises det at stress og angst hos barn er vanlig i møtet med sykehuset. Dette grunnet smerter, separasjon fra foreldre, ukjent og begrenset forståelse av miljø, undersøkelser og behandling, samt tap av kontroll.</p> <p>Hensikt: Opparbeide kunnskap om hvordan stress og angst påvirker det syke barnet i et akuttmottak. I tillegg til å undersøke hvilke sykepleietiltak som bidrar til å redusere stress og angst.</p> <p>Metode: Litteraturstudie. Det har blitt foretatt et systematisk litteratursøk etter vitenskapelige forskningsartikler rundt det valgte tema. 7 artikler har blitt inkludert. Anvendte søkeord: Akuttmottaket, velvære, angst, barn, smertevurdering, ikke-farmakologisk metoder, sykepleie</p> <p>Resultat: Sykepleiernes atferd og holdning, som smil, øyekontakt og beroligende samtaler, skaper tillit. Fysiologisk og psykologisk stressreaksjon har en tydelig sammenheng. Tidlig smertevurdering og -behandling reduserer barnas fysiske smerter. Bruk av ikke-farmakologisk behandlingsmetoder gir barna økt opplevelse av velvære.</p> <p>Konklusjon: Positiv atferd og holdning hos sykepleiere, rask smertevurdering, bruk av farmakologisk og ikke-farmakologisk behandling bidrar til å redusere stress og angst hos barnet i et akuttmottak.</p>			

ABSTRACT

Title:	The anxious child in the emergency department	Date:	11/05-15
Participants:	Stine Skogen		
	Anne Lene Putten		
Supervisor:	Siri Gunn Simonsen		
Employer:			
Keywords	Stress, anxiety, children, emergency department, nursing		
Number of pages/words: 56/12721	Number of appendix: 1	Availability: Open	
<p>Background: Nurses are required to have the knowledge necessary to safeguard the child's basic needs. Despite this, appearance of stress and anxiety in children is common at the first meeting with the hospital. This may come from the pain itself, separation from the parents, unknown surroundings or limited understanding of the environment, the research and treatment, as well as loss of self-control.</p> <p>Purpose: To obtain knowledge about how stress and anxiety can affect the sick child in an emergency department. Also examining how contributions from the nurses can help reduce stress and anxiety.</p> <p>Method: Literature study. It has been conducted a systematic literature search for scientific research papers around the theme. 7 articles have been included. Applied Keywords: emergency department, Comfort, anxiety, children, pain assessment, non-pharmacological methods, nursing.</p> <p>Results: Nurses behavior and attitude, like a smiling face, eye contact and calm conversations, creation of trust. Physiological and psychological stress reaction is a clear correlation. Early pain assessment and treatment reduces children's physical pain. Use of non-pharmacological treatment gives children increased sense of wellbeing.</p> <p>Conclusion: Positive behavior and attitude of the nurses, fast pain assessment, use of pharmacological and non-pharmacological treatment helps to reduce stress and anxiety in the children at the emergency department.</p>			

Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG	2
ABSTRACT	3
1.0 INNLEDNING	5
1.1 Introduksjon.....	5
1.2 Sykepleiefaglig relevans.....	5
1.3 Relasjon til seksjonens forskningsområder.....	6
2.0 BAKGRUNN	7
2.1 Når et sykt barn ankommer et akuttmottak.....	7
2.2 Smerteopplevelse.....	8
2.3 Stressreaksjon hos barnet.....	9
2.4 Barnets rettigheter.....	10
2.5 Hensikt med oppgaven.....	11
2.6 Avgrensning av problemstilling.....	11
2.7 Problemstilling.....	12
3.0 METODE	13
3.1 Litteraturstudie som metode.....	13
3.2 Metode for innhenting av relevant litteratur.....	14
3.3 Søkematrise over strukturerte søk.....	17
3.4 Forskningsetikk.....	18
3.5 Analyse av resultat.....	19
4.0 RESULTAT	21
4.1 Fremstilling av artikler i matrise.....	22
4.2 Analyse og kritisk vurdering av utvalgte artikler.....	26
4.3 Sammenfatning av resultater.....	31
4.3.1 Atferd og holdninger hos sykepleiere.....	31
4.3.2 Sykepleiers evne til kartlegging og behandling av smerte.....	32
4.3.3 Ikke-farmakologiske metoder som effektiv behandling.....	33
5.0 DRØFTING	34
5.1 Atferd og holdninger hos sykepleier i det første møtet med barnet.....	34
5.2 Sykepleiers evne til kartlegging og behandling av smerte.....	37
5.3 Ikke-farmakologiske metoder som effektiv behandling.....	40
5.3.1 Sykepleiers behandlingsalternativer når barnet sier «nei!».....	43
5.4 Metodiske overveielser.....	47
6.0 KONKLUSJON	49
7.0 LITTERATURLISTE	51
8.0 VEDLEGG	56
8.1 Vedlegg 1.....	56

1.0 Innledning

1.1 Introduksjon

Forskning viser at stress og angst er vanlig hos barn i møtet med sykehuset. Smerter, separasjon fra foreldre, ukjent og begrenset forståelse av miljø, undersøkelser og behandling, samt tap av kontroll, er alle faktorer assosiert med større risiko for utvikling av angst og stress. Stress i tidlig alder har også vist seg å ha en påvirkning på barnets atferd senere i livet (Coyne 2006). Med bakgrunn i dette har oppgaven som mål å undersøke hvordan smerter, stress og angst påvirker et barn, samt å innhente gunstige sykepleietiltak for å redusere angst og stress hos det syke barnet i akuttmottaket.

1.2 Sykepleiefaglig relevans

Når foreldre og barn oppsøker et sykehus, er det som regel fordi barnet er så sykt at behandling hjemme eller hjemmesykepleie ikke er tilstrekkelig (Tveiten 2012c). I 2013 oppsøkte 326 000 barn sykehuset (Statistisk sentralbyrå 2014). De fleste sykehus har et akuttmottak, som er inngangsporten for de fleste pasienter, også barn. Dette betyr at sykepleierne i et akuttmottak tar i mot barn. Denne oppgaven vil derfor være relevant for offentlig godkjente sykepleiere.

Tveiten (2012c) hevder at god sykepleie oppleves når barnets behov i varetas på en faglig, etisk og juridisk forsvarlig måte, som sykepleiere også er pålagt å utføre i følge yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere punkt 1.3. Sykepleien skal bidra til å fremme helse og forebygge sykdom. I tillegg til å gi pasientene håp, mestring og livsmot (Sneltvedt 2013). Tveiten (2012c) hevder at det er viktig at sykepleiere, som skal arbeide med barn, har kunnskap om barns vekst, samt fysisk og psykisk utvikling. I tillegg må de kunne forstå og vurdere barnets symptomer på best mulig måte. Sykepleiere er også i følge yrkesetiske retningslinjer pliktige til å ivareta pasienters autonomi ved å gi tilstrekkelig, samt tilpasset og forståelig informasjon til pasienten, samt deres pårørende (Sneltvedt 2013).

Det kreves at sykepleierne holder seg «oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget fagfelt» (Sneltvedt 2013, s 113). De skal aktivt ta i bruk etisk refleksjon i

hverdagen, samt håndtere etiske dilemmaer på en forsvarlig måte og eventuelt redegjøre for sine valg (Tveiten 2012c; Sneltvedt 2013).

Det kreves også at sykepleiere har kjennskap til aktuelle lover, som blant annet helsepersonelloven, pasient- og brukerrettighetsloven og spesialisthelseloven. I tillegg er helsepersonell, som skal arbeide med barn, pliktige til å kjenne innholdet i forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (Tveiten 2012c).

1.3 Relasjon til forskningsområdet

Klinisk sykepleieforskning retter seg mot forskning av sykepleierens funksjons- og ansvarsområder i dagliglivet sett fra et pasient-, pårørende-, eller et sykepleierperspektiv. Målet er å forbedre og utvikle klinisk sykepleie. Høgskolen i Gjøvik har tre fokusområder innenfor forskning i klinisk sykepleie. Disse forskningsområdene er kvalitet i sykepleie, helse i dagliglivet og utdanningskvalitet (Foss 2014a)

Denne oppgaven kan relateres til forskningsområdet «kvalitet i sykepleie». Dette fordi området har fokus på pasienters behov og sikkerhet, samt personalets funksjon og sikkerhet (Foss 2014b).

2.0 Bakgrunn

Dette avsnittet presenterer oppgavens bakgrunns litteratur. Denne litteraturen gir en fordykning innen oppgavens valgte tema og leder frem til problemstilling.

2.1 Når et sykt barn ankommer et akuttmottak

Barn opptrer svært forskjellig ut i fra hvilken utviklingsfase de befinner seg i, deres livshistorie og biologiske forutsetninger. Sykdom kan påvirke barn forskjellig (Gjørund og Huseby 2010). De fleste barn blir sårbare når sykdom inntreffer, og et møte med sykehuset kan oppleves som traumatisk (Tveiten 2012a). Barnets bekymringer rundt smerte, det fremmede miljø og hvitkledde helsepersonell, påtrengende prosedyrer, mulig atskillelse fra foreldre og tap av selvbestemmelse kan resultere i økt stress og angst, og kan forverre sykdomstilstanden (Coyne 2006; Pelander og Leino-kilpi 2010).

På de fleste sykehus i Norge blir pasientene tatt i mot og vurdert i akuttmottaket.

Akuttmottaket er en del av spesialisthelsetjenesten (Sykehuset innlandet HF 2015). I 2013 oppsøkte 1,8 millioner mennesker et somatisk sykehus i Norge. 68 % av de 600 000 som hadde et døgnopphold, mottok øyeblikkelig hjelp (Statistisk sentralbyrå 2014). Akuttmottaket tar i mot pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp eller har en planlagt behandling. Noen akuttmottak inneholder også en skadepoliklinikk, hvor det kommer pasienter med for eksempel brudd, kuttskader eller liknende. Skadene pasientene kommer med kan være kompliserte eller mindre kompliserte (Sykehuset innlandet HF 2015). I følge Støren (2013) hevder Haugen og Knudsen at en alvorlig tilstand oppstår når flere vitale parametere er truet, som for eksempel alt for høyt eller lavt blodtrykk.

Pasientene tas som regel i mot av et helsepersonell, som oftest en sykepleier. Vedkommende måler pasientens vitale parametere og danner seg et bilde av situasjonen. Pasienten blir videre hastegradsvurdert, altså triagert. En triagering gir en indikasjon på pasientens tilstand, slik at pasientene i akuttmottaket får rett omsorg i rett tid ved rett instans (Wennick 2012).

På de fleste sykehus i dag overbelastes akuttmottaket av pasienter. Tiden kan fort bli utilstrekkelig og dette kan resultere i flere alvorlige konsekvenser, som for eksempel redusert omsorg (Pines og Abualenain 2013). Sykepleierne i et akuttmottak må være kompetente og ta

raske avgjørelser (Støren 2013).

2.2 Smerteopplevelse

Barn oppsøker sykehuset som oftest på grunn av akutte og forbigående sykdommer eller skader. Dette kan være tilstander som infeksjoner eller frakturer. Andre tilfeller kan være på grunn av en langvarig eller kronisk sykdom, som for eksempel diabetes mellitus eller en kreftsykdom. Disse tilstandene fører som oftest til at barnet opplever smerte eller en form for ubehag (Tveiten 2012c).

I følge Grønseth og Markestad (2011) beskrives smerte som en subjektiv opplevelse, som består av sosiale, psykologiske og fysiologiske komponenter. Smerte defineres som «det pasienten sier det er». Pasientens egenformidling av smerteopplevelse er det sentrale utgangspunktet for all adekvat smertebehandling (Korteluo, Nikkonen og Serlo 2008). I følge Nordtvedt (2000) påvirkes smerteopplevelsen av pasientens tidligere erfaringer med smerte, mulighet til kontroll, samt pasientens opplevelse og mening med smerten. Videre viser han til Melzacks mening om at smerteopplevelsen består av en sammensatt helhet av både psykologiske, fysiologiske, kulturelle, sjelelige og sosiale faktorer. Disse komponentene gir uttrykk for et integrert samspill i et nervesystem under kontinuerlig forandring.

Barn i alderen 4-7 år er under stor utvikling. Barnet mottar en mengde nye inntrykk og erfaring, samt at deres ordforråd utvikles (Gjøsund og Huseby 2010). Derimot er ikke barnets kognitive tankegang ferdig utviklet, og mange helsepersonell kan oppleve det som utfordrende å kommunisere med barnet. Barnet mangler indre logikk og er opptatt av konkrete opplevelser. De har vanskeligheter med å lage sammenhengende historier, tenker egosentrisk og kan ha problemer med å samarbeide (Eide og Eide 2010; Gjøsund og Huseby 2010). De fleste barna kan i tillegg ha begrenset evne til å forstå spøk og ironi (Steen 2012).

Barn i denne alderen kan ofte ha problemer med å beskrive egne opplevelser rundt blant annet smerte. Dette kan gjøre smertelindring og smertebehandling hos barn svært utfordrende. I mange tilfeller gis det ikke tilstrekkelig smertebehandling hos barn, grunnet helsepersonellens mangel på kunnskap, observering og engstelse for bivirkninger (Grønseth og Markestad 2011).

I akuttmottaket kan det også være utfordrende å gi effektiv smertelindring, da tiden ofte er begrenset fordi sykepleierne ofte har ansvar for flere pasienter samtidig (Pines og Hollander 2008). Zempsky og Cravero (2004) mener at sykepleiere må være klar over at det finnes mange alternativer, både farmakologiske og ikke-farmakologiske for å redusere smerte og angst. Disse tiltakene må tas i bruk så tidlig som mulig. God smertelindring og behandling kan forebygge forverring av sykdom hos det redde barnet. Dette fordi smerte bidrar til samme fysiologiske reaksjoner som blant annet stress, og krever mye energi av pasienten (Grønseth og Markestad 2011).

2. 3 Stressreaksjon hos barnet

Håkonsen (2009, s.248) hevder at stress er summen av psykiske og fysiske påkjenninger, som mennesket blir utsatt for. Videre hevder han at stress ofte kan forbindes med negative følelsesmessige reaksjoner, men i visse sammenhenger forbedre menneskets evne til konsentrasjon.

I følge Stubberud(2013) kan en fysiologisk stressreaksjon resultere i en katobolsk tilstand. Denne tilstanden kjennetegnes ved at pasientens oksygenforbruk øker og at muskulaturen brytes ned. En stressreaksjon bidrar til å redusere pasientens immunforsvar, noe som vil føre til at pasienten er spesielt utsatt for sykehusinfeksjoner.

Ved akutt sykdom kan pasienten oppleve en identitets- og overbelastningsangst, eller så kalt reaktiv angst. Svikt i vitale funksjoner, samtidig som pasienten befinner seg i en ukjent situasjon, kan utløse en følelse av utrygghet og angst hos pasienten (Stubberud 2013). Angst kan oppleves som en defensiv, ubehagelig og diffus følelse. Ofte kan en følelse av fare oppstå ved angst, og en kan derfor oppleve stort ubehag og uro. Angst er en følelsesmessig reaksjon på bakgrunn av ubehagelige følelser, spenninger og fysiologiske reaksjoner (Håkonsen 2009). I følge Stubberud (2013) kan en akutt sykdomsopplevelse være belastende og føre til et økt psykisk stress. Ved psykisk stress aktiveres det autonome nervesystemet og det endokrine systemet i kroppen, som resulterer i en fight- or flight reaksjon. Adrenalin, kortisol og noradrenalin er stresshormoner som utløser en fysiologisk prosess. Hos barn kan undersøkelser, behandling og egen opplevelse av sykdom medføre at stresshormoner utløses,

og barnets stressnivå øker. I følge Grønseth og Markestad (2011) kan dette resultere i at barnets mestringsfølelse utfordres, og at mestringsnivået kan reduseres betydelig.

I følge Stubberud (2013) er opplevelsen av hva som utløser stress subjektiv. Årsaker som skaper en økt belastning for menneskekroppen kalles stressfaktorer eller stressorer. En slik påkjenning vil ofte stimulere og tære på de psykologiske reservekreftene. En kan skille mellom positivt og negativt stress, der man vil fremme positivt stress og unngå negativt stress, også kalt kronisk stress.

2. 4 Barnets rettigheter

Til tross for at det finnes mange lover og offentlige dokumenter, som belyser pasienters rettigheter, viser undersøkelser at disse etterleves i varierende grad. Særlig gjelder dette forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (Nortvedt og Kase 2000).

Barnekonvensjonen er en traktat, som ble opprettet i 1989. Denne ble opprettet for å bidra til å bedre barns rettigheter. Konvensjonen inneholder ulike rettigheter, som barn under 18 år har krav på. Konvensjonen viser til barnets krav på nødvendig beskyttelse og omsorg for å oppnå trivsel. Barnet skal få den høyeste oppnåelige helsestandarden og best mulig behandlingstilbud. I tillegg skal de institusjonene, som har ansvar for barnet, ta spesielt hensyn til barnets utviklingsnivå, sikkerhet, personalets antall og kvalifikasjoner (Barnekonvensjonen 1989)

Vi har også flere lover som er gjeldende. Blant annet helsepersonelloven (1999), som utdyper helsepersonellens plikter i deres yrkesutøvelse. Spesialisthelsetjenesteloven (1999), som inneholder regler for virksomhet og spesialister som yter spesialisthelsetjenesten. I dette tilfellet - sykehuset. Pasient- og brukerrettighetsloven (1999), som inneholder pasientenes rettigheter i forbindelse med helse- og omsorgstjenester.

I de senere årene har det blitt opprettet en forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (2000). Forskriften sikrer også barns rettigheter, men går dypere inn på deres rettigheter i forbindelse med et opphold i en helseinstitusjon. Forskriften viser til barnets krav på kontinuitet i behandlingen, foreldrenes tilstedeværelse, dekning av foreldrenes reise og oppholdsutgifter,

samt aktivisering. Helsepersonell, som skal arbeide med barn, er pliktige til å kjenne til, samt utlevere denne forskriften til foreldre når det er klart at barnet skal innlegges.

Staten er ansvarlig for at disse rettighetene blir fulgt (Barnekonvensjonen 1989). I følge Nortvedt og Kase (2000) har forskning vist at barnets og deres pårørendes rettigheter ikke kommer frem på en tilfredsstillende måte. Dette grunnet mangel på foreldrenes og personalets kunnskap om innholdet i forskriften. Videre mener de at forskriften må revideres, for å redusere antall brudd på forskriften, i tillegg til å styrke barns rettigheter. De hevder det kan være effektivt å utarbeide et dokumentasjonssystem, som skal utføres når et barn blir innlagt. Dette dokumentasjonssystemet vil gi en oversikt over og i vareta alle barns rettigheter under et sykehusopphold. I tillegg må sykepleiere tilegne seg økt kompetanse på hvordan de skal arbeide med barn.

2.5 Hensikt med oppgaven

Det er vesentlig at sykepleiere som jobber i akuttmottaket har kunnskap om barns mulige reaksjoner ved og under et sykehusopphold, samt at de har kunnskap om hvilke tiltak som skaper trygghet og kontroll hos barnet. Hvis barnet ikke føler seg trygg, så kan det bli en utfordring å undersøke og behandle barnet effektivt på en forsvarlig måte. Hensikten med denne oppgaven er å opparbeide kunnskap om hvordan stress og angst påvirker barnet i et akuttmottak. I tillegg til å undersøke hvilke sykepleietiltak som bidrar til å redusere stress og angst. Selv om oppgaven er avgrenset til akuttmottaket, vil den være like relevant for alle offentlige godkjente sykepleiere, som skal arbeide med barn. Det er ønskelig at oppgaven bidrar til en bredere forståelse, samtidig som den gir ny og spennende kunnskap.

2.6 Avgrensning av problemstilling

Oppgaven har fokus på et tidligere friskt barn mellom 4-7 år, som kommer til akuttmottaket. Barnet er preget av redsel og angst, og opplever akutt sykdom. Oppgaven avgrenses ikke innen en spesifikk diagnose, da den skal ha fokus på tiltak for å redusere angst og stress hos barnet. Imidlertid må artiklene kritisk vurderes ut fra om pasientene har en kronisk sykdom. Pasienter med en kronisk sykdom har sannsynligvis vært flere ganger på sykehuset og har

kjennskap til rutinene. Dette kan gjøre at de føler seg tryggere i situasjonen og kan håndtere den bedre, enn de som ikke har kjennskap til dette. Oppgaven krever at barnet må kunne klare å kommunisere på egenhånd.

I hovedsak vil oppgaven fokusere på sykepleiernes holdning og atferd. Miljømessige forhold, som for eksempel uniform og arkitektur på rom, blir i liten grad inkludert.

Av hensyn til oppgavens omfang blir ikke betydningen av foreldrenes tilstedeværelse fordypet. Likevel er det ikke til å unngå å nevne dem, da de har en spesiell tilknytning og påvirkningskraft ovenfor barnet. I tillegg har barnet, i følge forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, krav på å ha minst en av foreldrene til stedet (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon 2000)

2.7 Problemstilling

Hvordan kan sykepleier bidra til å redusere barnets opplevelse av stress og angst i et akuttmottak?

3.0 Metode

Dette avsnittet presenterer litteraturstudie som metode, fremgangsmåte for innhenting av litteratur, søkeprosess, forskningsetikk og analyse av resultat.

3.1 Litteraturstudie som metode

Det har blitt benyttet litteraturstudie som metode for å besvare problemstillingen i oppgaven. I følge Støren (2013) handler litteraturstudie om å søke systematisk etter relevant forskning og litteratur innenfor et avgrenset problemområde, samt inneha en kritisk vurdering av fagstoffet. Videre tilføyer hun at det systematiske søket etter relevant kunnskap skjer i faser. En må søke kunnskapen kritisk, vurdere den, sammenfatte og analysere den litteraturen som er relevant for å besvare problemstillingen. Det kan være nyttig å benytte seg av originallitteratur i størst mulig grad. Ved litteraturstudier anvendes som oftest vitenskapelige original- og primærartikler, ettersom validiteten på disse kan være sterkere enn ved sekundære artikler (Polit og Beck 2010). I søk etter relevant forskning og litteratur må det avdekkes spesifikke søkeord for å finne frem til det aktuelle temaet. Enhver artikkel kan identifisere problemstillingen, og bidra til et bredere perspektiv (Aveyard 2014). Litteraturstudien skaper ingen ny kunnskap, selv om nye erkjennelser kan komme fram når man sammenstiller kunnskap fra flere undersøkelser. Den relevante innsamlede litteraturen rundt problemområdet skal videre tolkes og benyttes i oppgaven. Den skal drøftes sammen med det teoretiske perspektivet, som det er valgt at oppgaven skal baseres på (Støren 2013).

En litteraturstudie samler all relevant litteratur som er tilgjengelig for ethvert emne. Studien samler individuell forskning innenfor ett tema og gjør dette lettere tilgjengelig for leseren. Helsepersonell har en profesjonell plikt å holde seg oppdatert på nyere forskning eller utvikling som angår deres praksis. Uten nyere kunnskap kan de risikere å utføre praksis som er utdatert. Det kan være utfordrende for enhver å vurdere all litteratur som finnes tilgjengelig for ett emne. Litteraturstudie er derfor nyttig fordi metoden fletter sammen relevant forskning. Grundig og kritisk søk er viktig når en leter etter artikler som er relevante. Dersom en leser kun en individuell forskningsrapport innenfor et emne, så kan en risikere å få misledende oversikt ettersom artikkelen kun er en av mange. Litteraturstudie har som hensikt å fremme

oversikt over disse individuelle artiklene, og skape et større perspektiv. En bør legge til grunn flere artikler, da dette gir bedre innsikt i det aktuelle temaet. En del forskning blir ofte nevnt i media. I visse tilfeller kan media gi en ukritisk vurdering av artikkelen, som kan tolkes feilaktig. I slike tilfeller er det viktig å søke tilbake til primærartikkelen (Aveyard 2014). I tillegg kan det være en fordel å anvende kunnskap fra fag- og pensumbøker for ytterligere å begrunne og underbygge forskernes funn (Polit og Beck 2010).

3.2 Metode for innhenting av relevant litteratur.

For å finne relevant fag- og pensumlitteratur ble bokkatalogen BIBSYS anvendt. Denne bokkatalogen er felles for alle høgskoler og universiteter i Norge. Det ble benyttet søkeord som barn, akuttmottak, akutt sykdom, stress, angst og smerte for å finne relevante bøker til oppgavens tema. Søket resulterte i et stort antall bøker om barn og sykehus fra 1970-1980. Søket ble derfor begrenset med litteratur fra 2005. Litteratur og artikler publisert tidligere, som er relevante og viser pålitelighet, kan ha blitt benyttet. I følge Støren (2013) gjengir ofte pensumlitteratur resultater fra forskningsartikler, samt faglige argumenter. Dette kan gjøre det vanskelig å se hvor grundig argumentene er underbygd. På grunnlag av dette ble den anvendte litteratur hentet ved grundig å se på litteraturlisten i bøkens kapitler og i de relevante artiklene. Dette for å finne primærartiklene. Disse ble videre søkt opp og funnet i Google Scholar.

Som en forberedelse, før det systematiske søket etter vitenskapelige artikler, ble det utarbeidet et PICO-skjema (vedlegg 1). PICO står for Patient/problem, intervention, comparison, outcome. Dette skjemaet hjalp til med å systematisere søket. Herav i forhold til å finne oppgavens inklusjons- og eksklusjonskriterier, samt aktuelle søkeord.

Oppgavens inklusjons- og eksklusjonskriterier ble følgende:

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none">-Forskningsartikkel, hvor tidsskriftet viser til et vitenskapelig nivå og er fagfellevurdert-Språk: Engelsk og nordisk språk-Barn på sykehus-Akuttmottak-Aspekter innen stress og angst-Tidsrom: Helst innenfor år 2005-2015. Artikler publisert tidligere, som er relevante og viser pålitelighet, kan bli benyttet.	<ul style="list-style-type: none">-Tidsskrift som ikke oppfyller et vitenskapelig nivå og ikke er fagfellevurdert-Artikler uten et engelsk eller nordisk språk-Voksne, som ikke har en relasjon til et akuttmottak eller barn.-Barn som har vanskeligheter med å kommunisere og kan trenge økt omsorgsbehov-Artikler eldre enn 2000-Artikler fra Asia.

I tillegg til PICO-skjema ble nettsiden MeSH (medical subject headings) også aktivt benyttet for å finne ulike og aktuelle forslag til medisinske søkeord (U.S National Library of Medicine 2013). Siden oppgaven tar utgangspunkt i å se på ulike aspekter som kan påvirke det syke barnet, så ble en del av søkeordene valgt på grunnlag av dette. De anvendte søkeordene ble som følgende: Emergency department, child (children), pain assessment, anxiety, pediatric nursing, non-pharmacological og comfort.

Støren (2013) utdyper at en ofte må søke i flere databaser for å finne de artiklene som besvarer problemstillingen. I denne oppgaven ble det derfor benyttet forskjellige databaser, som Cinahl Complete, Ovid Nursing Database og SveMed+. Disse databasene var aktuelle å anvende, da disse belyser forskning innenfor blant annet helse. Dette for å finne relevante vitenskapelige artikler. Søket forløp seg fra januar til april.

I databasene ble søkeordene benyttet alene og i kombinasjon ved å benytte “AND” i mellom. Det første søket ga som oftest mange treff. For å minimalisere antall artikler ble publiseringsåret snevret inn fra 2005-2015, med unntak av en artikkel som er fra 2000. Søket ble ytterligere redusert ved å kreve artiklene i fulltekst. Dette var viktig for å kunne umiddelbart ha muligheten til å lese dem som ble ansett som interessante. Artikler ble inkludert og ekskludert ved å lese overskrift, abstrakt og/eller hele studiet. Grunnen til at flere artikler ble lest var for å få et større sammenligningsgrunnlag, større perspektiv og kritisk kunne velge ut de artiklene hvor validiteten var mest gyldig. Det var viktig at tidsskriftet, som artikkelen er publisert i, holdt et vitenskapelig nivå, da dette sier noe om kvaliteten og prestisjen på artikkelen. Artikkelens ISSN-nummer ble derfor lagt inn på nettsiden, database for statistikk om høgre utdanning (u.å). Tidsskriftet må ha et nivå 1 eller 2 for å være vitenskapelig. Det var også viktig at artiklene var fagfellevurdert, da dette viser til at artikkelen er kritisk vurdert av eksperter før publisering (Svartdal, 2014).

3.3 Søkematrix over strukturerte søk

Etter å ha fulgt metode for innhenting av litteratur, er det blitt inkludert syv artikler.

Søkeprosessen presenteres i matrise nedenfor.

Søkeord	Database	Avgrensning av søk i forhold til tidsrom	Kombinasjoner	Antall treff	Antall leste Abstract	Antall leste artikler	Inkludert artikkel
1. Emergency Department. 2. Nursing. 3. Comfort.	Cinahl Complete	2000-2015	1 AND 2 (3045 treff) 1 AND 2 AND 3 (25 treff)	25	3	2	1. Nurse Comforting strategies – Perceptions of Emergency Department Patients
1. Hospitalized child 2. Nursing care 3. Perception 4. Nurse-Patient relations.	Ovid nursing database	2005-2015	1 AND 2 (1307 treff) 1 AND 2 AND 3 (60 treff) 1 AND 2 AND 3 AND 4 (6 treff)	6	3	2	1. Hospitalized children's perceptions of nurses and nurse behaviors

Søkeord	Database	Avgrensning av søk i forhold til tidsrom	Kombinasjoner	Antall treff	Antall leste Abstract	Antall leste artikler	Inkludert artikkel
1. Children. 2. Pain. 3. Emergency Department.	SveMed+	Ingen	1 AND 2 (387 treff) 1 AND 2 AND 3 (4 treff)	4	1	1	1. Bøms smerter underbehandles i skadestuen. (Children's pain undertreated in a accident and emergency department).
1. Hospitalized children 2. Attitudes 3. Pediatric Nursing	Cinahl Complete	2005-2015	1 AND 2 (48 treff) 1 AND 2 AND 3 (17 treff)	17	4	2	1. Nurse Characteristics And Inferences about Children's Pain

Søkeord	Database	Avgrensning av søk i forhold til tidsrom	Kombinasjoner	Antall treff	Antall leste Abstract	Antall leste artikler	Inkludert artikkel
1. Nurse 2. Non-pharmacological 3. Pediatric	Cinahl Complete	2005-2015	1 AND 2 (81 treff) 1 AND 2 AND 3 (11 treff)	11	2	1	1. Experienced Nurses' Use of Non-pharmacological Approaches Comprise More Than Relief From Pain.
1. Interventions 2. needle procedures	Cinahl Complete	2005-2013	1 AND 2 (3 treff)	3	1	1	1. Randomized interventions for needle procedures in children with cancer.
1. Restraint 2. Pediatric care	Cinahl Complete	2005-2015	1 AND 2 (2 treff)	2	2	1	1. Nurses' perception of the restraint in pediatric somatic care.

3.4 Forskningsetikk

Gilje og Grimen (2013, s 242) skriver at «Forskningsetikk springer ut av et ønske om etisk regulering av forskning».

Etter andre verdenskrig avslørte Nürnbergprosessene at tyske vitenskapsmenn hadde utført umenneskelige eksperimenter på personer for å anskaffe kunnskap. Dette resulterte i at en del forskere følte et behov for en etisk overveielse ved utførelse av medisinsk forskning, som kunne møte slike utfordringer. Gilje og Grimen (2013) skriver videre at Helsinki-deklarasjonen ble utformet i 1960 og beskrev forskningsetiske regler for helsepersonell som driver medisinsk forskning. Innholdet har blitt revurdert og oppdatert i nyere tid. Respekt for det enkelte individ og menneskeverdet er vektlagt i stor grad i Helsinki-Deklarasjonen. En forsker skal ikke utsette personer for eksperimenter, som fører til ubehag hos personene.

I følge Gilje og Grimen (2013) baserer ikke vitenskapen seg på hvordan verden bør være, men hvordan verden fremstår og er. Vitenskapens formål er å bringe frem ny og godt dokumentert empirisk kunnskap til leserne.

De inkluderte forskningsartiklene har blitt tolket. Forfatterne av artiklene har blitt henvist som kilde i løpende tekst, samt i kildehenvisning. Dette er en bevisst handling for at tolkningen ikke skal resultere i plagiering eller kopiering av deres verk (Gilje og Grimen 2013).

3.5 Analyse av resultat

Oppgavens bakgrunn fører frem til problemstillingen: «Hvordan kan sykepleier bidra til å redusere barnets opplevelse av stress og angst i et akuttinntak?». Bakgrunnen nevner kort teoriens hovedelementer, mens en mer utdyping fremstilles i drøftingen sammen med de 7 utvalgte vitenskapelige forskningsartiklene.

Denne oppgaven består ikke av å utføre eksperimenter eller undersøkelser, som ved empirisk forskning. Imidlertid består den av et systematisk søk etter relevante vitenskapelige artikler hvor empirisk forskning er blitt utført. Ved gransking av disse funnene har det blitt foretatt en organisert skeptisisme, som bygger på å vurdere og analysere artiklene kritisk. Det ble satt spørsmålsteget ved artikkelens teorier, forskningsresultater, autoriteter, samt hvorvidt artiklenes forfatter har tatt hensyn til forsøkspersonenes helse og integritet (Gilje og Grimen 2013). I tillegg var det viktig at oppgavens funn var preget av problemløsning, nøytrale forfattere og at tekstene var preget av god dokumentasjon og diskusjon. Ved å studere argumenterende tekster i vitenskapelige artikler, så vil en lettere lære å argumentere påstander og synspunkter i forbindelse med yrket en befinner seg i (Støren 2013).

I de undersøkelser hvor det kreves deltakelse fra personer, fastslår Helsinki-Deklarasjonen at personene kun kan benyttes der det foreligger et frivillig samtykke fra vedkommende.

Deltakerne må også være informert, og forskeren skal sikre seg at personene har forstått informasjonens innhold (Gilje og Grimen 2013). Barn og voksne kan føle seg presset til å gi sitt samtykke i enkelte situasjoner, og frivillighet har derfor vært et av mange aspekter som har blitt vektlagt i oppgaven. Norge og en rekke andre land har opprettet såkalte forskningsetiske komiteer. Komiteenes oppgave handler om å vurdere om undersøkelsene er av etisk forsvarlighet. Gilje og Grimen (2013) skriver at i enkelte tilfeller kan det oppstå forskningsetiske konflikter mellom forskerne og samfunnets moral og rettssystem. Derfor ble

det også vektlagt en godkjenning fra en forskningsetisk komité i analyse av vitenskapelige artikler.

Nyere forskning er foretrukket, da dette kan bidra til å skape innovasjon i sykepleiefaget. I tillegg er det en fordel å anvende primærartikler, da dette er artikler som forskerne selv har skrevet. En vet da med sikkerhet at innholdet er riktig. De vitenskapelige artiklene kan enten være bygget opp med et kvalitativt eller kvantitativt design. En kvalitativ metode undersøker og beskriver menneskers opplevelse og erfaringer. Data blir innhentet gjennom intervju eller observasjon. Forskningen inneholder et lite utvalg av deltakere (Fangen, 2010). En kvantitativ metode er en studie som er bygget opp av tall. Ulike temaer analyseres og måles. De plasseres i grafer, tabeller eller i andre statistiske fremstillinger. Det kan være et stort utvalg deltakere inkludert i slike studier (Befring, 2010). Begge metodene har sine særpreg og det er en fordel å inkludere artikler med begge metodene i oppgaven.

4.0 Resultat

I dette avsnittet presenteres de syv artiklene, som utgjør oppgavens resultat. De ulike artiklene vil først bli fremstilt i matrise, videre analysert og sammenfattet.

4.1 Fremstilling av artikler i matrise

Referanse	Hensikt	Metode	Resultat	Egne kommentarer
<p>Forfattere: Schmidt, C., L. Bernaix, A. Koski, J. Weese, M. Chiappetta og K. Sandrik, 2007</p> <p>Tittel: <i>Hospitalized Children's Perceptions of Nurses and Nurse Behaviors</i></p> <p>Tidsskrift: MCN: The American Journal of maternal child nursing, USA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Anerkjenne og vurdere barns oppfatning på god og dårlig sykepleie • Vurdere om barnas forskjellige forutsetninger gir forskjellig oppfatning. 	<p>Design: Kvalitativ metode</p> <p>Deltakere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 65 barn • 5-18 år 	<p>Studien belyser barns oppfatning på god og dårlig sykepleie. Den viser også at det foreligger forskjellig oppfatning på hva som er viktigst i god sykepleie, hos barn med ulike forutsetninger.</p>	<p>-Studien baser seg på barn</p> <p>-Viser tydelig skille mellom ulike alderstrinn</p> <p>-Siterer barnas meninger</p> <p>-Fin skjematisk oppsummering</p>
<p>Forfattere: Knistensen, A.P., A.L. Andersen og L. Nikolajsen, 2009.</p> <p>Tittel: <i>Children's pain undertreated in accident and emergency department</i></p> <p>Tidsskrift: Sygeplejersken, Danmark</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Øke sykepleieres kunnskap om smerte og smertelindring til barn ved bruk av metoder som kartlegger nivået av smerte. 	<p>Design: Kvalitativ metode og kvantitativ metode.</p> <p>Deltakere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 92 barn • 4-12 år 	<p>Studien belyser viktigheten av å ta barns smerter på alvor.</p> <p>Smerteratingsskjema burde bli utlevert som rutine ved innkomst. Dette på lik linje som at vitale parametre blir målt.</p>	<p>-Nordisk artikkel</p> <p>-Gode illustrasjoner, samt bra beskrivelse av deres metode</p> <p>-Belyser barns egen vurdering av smerte</p>

Referanse	Hensikt	Metode	Resultat	Egne kommentarer
<p>Forfattere: Griffin, R.A., D.F. Polit og M.W. Byrne, 2008</p> <p>Tittel: <i>Nurse characteristics and inferences about children's pain</i></p> <p>Tidsskrift: Pediatric nursing, USA</p>	<ul style="list-style-type: none"> Belyse helsepersonalets oppfatning og behandling av barns smerte. Identifisere om det eksisterer noe forskjell i oppfatning og behandling av barns smerte i forhold til helsepersonalets ulike forutsetninger 	<p>Design: Kvantitativ studie</p> <p>Deltakere:</p> <ul style="list-style-type: none"> 334 helsepersonell 	<p>Det var store variasjoner i helsepersonalets oppfattelse og behandling av barns smerte, men gjennomsnittet samsvarte med barnas egne opplevelser og følelser.</p> <p>Helsepersonalets ulike forutsetninger har liten betydning når det gjelder å oppfatte og behandle barns smerte.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Både farmakologiske og ikke farmakologiske metoder anvendt Tydelige tabeller Studien baserer seg på barn
<p>Forfatter: Hawley, M.P., 2000</p> <p>Tittel: <i>Nurse comforting strategies. Perceptions of Emergency Department patients</i></p> <p>Tidsskrift: Clinical nursing Research, Utgiverland: USA</p>	<ul style="list-style-type: none"> Undersøke pasienters oppfatning på hva som opplever som beroligende sykepleie i et akuttmottak Videre belyse hva pasientene mener disse beroligende tiltakene kan bidra til. 	<p>Design: Kvalitativ studie</p> <p>Deltakere:</p> <ul style="list-style-type: none"> 14 pasienter 	<p>Studiet trekker frem flere beroligende tiltak, som pasientene satte pris på. Tiltakene reduserte både fysisk og psykisk ubehag. Pasientene følte trygghet.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Fra et akuttmottak Pasientperspektiv Ulempe: voksne pasienter

Referanse	Hensikt	Metode	Resultat	Egne kommentarer
<p>Forfattere: Svendsen, E.J. og I.T. Bjørk. 2014</p> <p>Tittel: <i>Experienced Nurses' Use of Non-Pharmacological Approaches Comprise More Than Relief From Pain</i></p> <p>Tidsskrift: Journal of Pediatric Nursing, Norge</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Undersøke erfaringer sykepleieres bruk av ikke-farmakologiske tilnærminger hos barn • gi en ny innsikt i mindre kjente aspekter av ikke-farmakologisk smertehåndtering hos barn. 	<p>Metode: Kvalitativ</p> <p>Deltakere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 14 sykepleiere 	<p>Studien viste at ikke-farmakologiske behandlingsmetoder ga reduksjon av smerter, samt at metodene forbedret samspillet mellom barnet og sykepleier.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Nordisk artikkel -Nyere forskning -Metodene kan brukes til mer enn bare smertebehandling
<p>Forfattere: Hedén, L., L. Von Essen og G. Ljungman 2008</p> <p>Tittel: <i>Randomized Interventions For Needle Procedures In Children With Cancer.</i></p> <p>Tidsskrift: Journal Compilation, Blackwell Publishing, Sverige</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Undersøke om avledningsmetoder, som såpebobler og oppvarmede puter, hadde effekt i å redusere angst og frykt hos barnet, og om dette bidro til redusert påfølgende stress. 	<p>Metode: Kvantitativ</p> <p>Deltakere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 28 barn • 2-7 år 	<p>I følge foreldrene opplevde barna mindre frykt når intervensjoner, som såpebobler og varme puter, ble anvendt.</p> <p>Sykepleierne rapporterte ingen vesentlige forskjeller.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Nordisk artikkel -Presenterer vår aldersgruppe -Metodene er aktuelle i et akuttromtak

Referanse	Hensikt	Metode	Resultat	Egne kommentarer
<p>Forfattere: Kangasniemi, M., O. Papinaho, og A. Korhonen, 2014</p> <p>Tittel: <i>Nurses' Perceptions of the use of Restraint in Pediatric somatic care.</i></p> <p>Tidsskrift: Nursing Ethics, Finland</p>	<ul style="list-style-type: none"> Beskrive sykepleiernes oppfatning ved bruk av tvangi sykepleie til bam. 	<p>Metode: Kvalitativ</p> <p>Deltakere:</p> <ul style="list-style-type: none"> 8 sykepleiere 	<p>Tvang oppstod når sykepleiere ikke mestret å planlegge og samarbeide med bamet.</p> <p>Tvang ble sett på som en del av sykepleie, som oppstod daglig på avdelingene.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Tydelig og bra oppsett -Nyere forskning -Nordisk artikkel -Ulempe: finske lover

4.2 Analyse og kritisk vurdering av utvalgte artikler

I dette kapittelet blir artikkelens metode analysert og fremstilt. I tillegg fremstilles det en kritisk vurdering av artiklene.

Artikkel 1: Hospitalized Children's Perceptions of Nurses and Nurse Behaviors

Schmidt mfl. (2007) utførte et studie i USA, hvor de forsket på barnas oppfatning av god og dårlig sykepleie. Forskningen er bygd opp ved hjelp av et kvalitativt design.

Det var frivillig å delta i undersøkelsen, men et samtykkeskjema for de som skulle delta måtte underskrives. Utvalget bestod av 65 barn, som hadde tilbrakt minst to døgn på sykehuset. 12 av barna var mellom 5-7 år, 15 mellom 8-10 år, 12 mellom 11-13 år og 26 mellom 14-18 år. Studien bestod av 34 gutter og 31 jenter. 36 av barna hadde en kronisk sykdom. 57 hadde med seg foreldre eller annen pårørende.

Undersøkelsen gikk ut på at barna skulle svare på 8 spørsmål. Dette uten påvirkning fra foreldrene. Spørsmålene hadde som hensikt å fremstille både positive og negative holdninger hos sykepleiere. Resultatet av undersøkelsen ble sortert hver for seg ut i fra barnas ulike forutsetninger som akutt eller kronisk tilstand, alder, kjønn, etnisitet, liggetid, tidligere sykehusinnleggelse og foreldrenes tilstedeværelse.

Innholdet i artikkelen er relevant i denne litteraturstudien, siden forfatterne hevder at funnene kan bidra til å forbedre kvaliteten på sykepleie til barn. Deltakerne viser til flere foretrekkende holdninger og atferd hos sykepleierne. I tillegg til å belyse hva de oppfatter som minst foretrekkende og mest skremmende. Artikkelen belyser barns oppfatninger på flere alderstrinn, noe som er nyttig da vi i utgangspunktet ønsker barns oppfatninger i alderen 4-7 år. Studiet sorterer også svarene ut i fra andre forutsetninger, som akutt eller kronisk tilstand og tidligere sykehusinnleggelse. Denne artikkelen ble derfor kritisk vurdert, da oppgaven tar utgangspunkt i akutt syke barn. Barn med en kronisk tilstand kan ofte ha vært på sykehuset flere ganger, noe som kan resultere i at de føler seg tryggere i situasjonen.

Studien er støttet av Shaw faculty collaborative research grant gjennom children's memorial medical center. Artikkelen er publisert i et tidsskrift som oppnår et vitenskapelig nivå 1, og som i tillegg er fagfellevurdert.

Artikkel 2: Children's Pain Undertreated In Accident and Emergency Department

Kristensen, Andersen og Nikolajsen (2009) baserer sin primærartikkel på vurderingsmetoder for barns smerte. Undersøkelsen ble gjennomført i en periode fra august til desember 2008 med barn i alder fra 4-12 år. Sykepleier i skranken foretok vurdering av hvilke barn som egnet seg for undersøkelsen, og delte videre ut spørreskjemaer til de utvalgte. Totalt ble 92/107 spørreskjemaer analysert.

Spørreskjema bestod av en avkryssningstabell, hvor barnet skulle krysse av tre ganger i løpet av oppholdet på skadestuen. Avkryssningen skulle representere de situasjoner hvor barnet opplevde høyest smerte. I tillegg til avkryssningsskjema var det vedlagt spørsmål, som barnet og foreldrene skulle besvare.

Statistikken i undersøkelsen viser at det er 10 000 barn som årlig oppsøker denne skadestuen, og det kan derfor vurderes om antallet deltakere i undersøkelsen er representativt.

Undersøkelsen baserer seg kun på resultater fra spørreskjemaene som ble utdelt, og en kan ikke med sikkerhet konkludere med at barn eller foreldre var fullstendig fortrolige med metoden. Imidlertid er det usikkert om et muntlig intervju hadde endret resultatet betydelig.

Fordelen med denne undersøkelsen er at den er utført i Danmark, og kan dermed relateres til forholdene i Norge. Artikkelen er relevant, da den viser nødvendigheten av god smertelindring hos barn i akuttmottak. Kildehenvisningen viser i størst grad til kilder primært etter 2000, og gjør derfor artikkelen ytterligere pålitelig. Tidsskriftet artikkelen er publisert i oppnår et vitenskapelig nivå 1, og er fagfelleverdert.

Artikkel 3: Nurse Characteristics and Inferences About Children's Pain

Studiet av Griffin, Polit og Byrne (2008) er utført i USA og inkluderer 334 deltakere fra 39 ulike stater. Deltakerne jobbet med pediatriske pasienter og hadde ulike forutsetninger, som etnisitet, utdanning, ansiennitet, personlig erfaring med smerte, samt kurs innen smertebehandling hos barn.

Deltakerne i studien fikk utlevert tre ulike dokumenter. Hvert dokument inneholdt et fotografi av et smertepåvirket barn og nødvendig fakta om barnets alder, vekt, medisinsk tilstand, foreløpig behandling, medisinsliste og barnets egen vurdering av smerte. I tillegg var det

vedlagt et vurderingsskjema, hvor deltakerne skulle fremstille deres oppfatning av barnets smertenivå, samt anbefalt behandling. Dette enten farmakologisk eller ikke-farmakologisk behandling. Resultatet ble systematisk tolket ut i fra deltakernes ulike forutsetninger og sammenlignet med barnets subjektive smerteopplevelse.

Denne artikkelen inneholder kun smertevurdering og behandling hos skolebarn. Forfatterne mener det derfor trengs ytterligere forskning av sykepleiernes vurdering og behandling hos yngre og eldre barn. Forfatterne hevder at forskningens metode er gyldig og omfattende for å måle kvaliteten i klinisk praksis. Artikkelen belyser holdninger og gjør deltakerne bevisste på deres egen atferd. Forfatterne har mye fokus på helsepersonalets ulike forutsetninger i studien. De har laget oversiktlige tabeller, som viser deltakernes svar ut i fra for eksempel ansiennitet. Vi vektlegger ikke dette i vår oppgave. Likevel synes vi artikkelen er veldig aktuell, da den belyser kvaliteten på deltakernes smertevurdering og behandling til barn. Tidsskriftet artikkelen er publisert i holder et vitenskapelig nivå 1 og er fagfellevurdert.

Artikkel 4: Nurse Comforting Strategies - Perception of Emergency Department Patients

Studiet til Hawley (2000) ble utført på et akuttmottak i Canada. For å finne pasienter som oppfylte alle inklusjonskriteriene, ble det foretatt en nøye vurdering av ulike pasienter som for kort tid tilbake hadde fått behandling i akuttmottaket. Pasientene ble ikke kontaktet før 48t etter innleggelse. Det var frivillig å delta i undersøkelsen. 14 voksne pasienter ble tilslutt inkludert. De hadde følgende diagnoser: ustabil angina pectoris, hjerteinfarkt, magesmerter, ulykke, dyp venetrombose, abort og hypertensjon.

Pasientene ble intervjuet 2 ganger. Første intervju bestod av å få pasientens anamnese. I tillegg til deres erfaringer fra akuttmottaket. Andre intervju ble utført hvis noen av pasientene ville tilføye, rette eller slette noe av det de tidligere hadde skrevet ned.

Studien er godkjent av The Canadian nurses foundation research grants program. Tidsskriftet artikkelen er publisert i holder et vitenskapelig nivå 1 og er fagvellevurdert. Studien har en klar svakhet, da antall deltakere er få og den fremstiller oppfatningene til voksne pasienter. En kan derfor ikke med sikkerhet vite om artikkelen er relevant. Artikkelen må derfor sammenlignes med en annen artikkel, hvor barns oppfatninger kommer frem. Likevel blir

artikkelen inkludert fordi forskningen er utført i et akuttmottak og belyser mange ulike beroligende tiltak fra denne avdelingen. Forfatteren av studiet hevder at forskningen vil bevisstgjøre sykepleiere på hvilke beroligende tiltak som har best effekt. Hun mener at dette vil resultere i økt bruk av disse tiltakene og bedre kvaliteten på sykepleien.

Artikkel 5: Experienced Nurses' Use of Non-Pharmacologica Approaches Comprise More Than Relief From Pain

Svendsen og Bjørk (2014) undersøkte sykepleiernes erfaringer ved bruk av ikke-farmakologiske tilnærminger hos barn. 14 sykepleiere på tre ulike pediatrike avdelinger ved et sykehus deltok. Alle sykepleierne, foruten to, hadde mer enn 4 års erfaring i arbeid med barn på sykehus. De to sykepleierne med mindre enn 4 år, hadde enten lang erfaring i bruk av ikke-farmakologiske metoder eller hatt en interesse innenfor feltet. Sykepleierne var mellom 25-62 år. Alle sykepleierne var norske med unntak av to som var svenske.

Sykepleierne ble intervjuet hver for seg. De registrerte intervjuene ble transkribert og analysert i tre sammenhenger. I tillegg til å bli lest igjennom gjentatte ganger for å få en generell og god forståelse av teksten. Dette viser at forfatterne av studien har vurdert og analysert intervjuene nøye. Metoden er nyttig for å kunne utforske sykepleiernes kunnskap og erfaring ved bruk av ikke-farmakologisk tilnærming. Forskningen gir god informasjon og innsikt gjennom sitater og eksemplifiseringer fra sykepleierne som ble intervjuet.

Studien er godkjent av The National Social Science Services. Skriftlig samtykke ble innhentet fra alle deltakerne hvis konfidensialitet var garantert, samt frivillig deltakelse ble understreket. De lokale etikkomiteer ved alle tre avdelingene godkjente studiet. Det er blitt anvendt mange referanser i studien, og dette bidrar til at studien antakeligvis er av god validitet.

Undersøkelsen er utført i Norge og er fra 2014, noe som bidrar til at denne har en overføringsverdi og at den representerer nyere forskning. Tidsskriftet studien er publisert i holder et vitenskapelig nivå 1, og er fagfellevurdert.

Artikkel 6: Randomized Interventions For Needle Procedures In Children With Cancer.

Hedén, Von Essen og Ljungman (2009) utførte en kvantitativ studie, hvor de så på effekten av avledningsteknikker, som såpebobler og oppvarmete puter, under en prosedyre. 28 barn i alderen 2-7 år deltok.

Studien ble utført når det skulle legges en perifer venekanyale. Alle barna fikk først EMLA-krem, altså en bedøvelseskrem, på innstikkstedet. Videre fikk barna to stikk hver seg, hvor det ene stikket baserte seg på standard prosedyre uten avledningsteknikk, mens det andre stikket baserte seg på standard prosedyre og bruk av avledningsteknikk. Under utførelsen av denne prosedyren skulle både sykepleiere og foreldre kartlegge og vurdere barnets opplevelse av angst og stress. Dette på en skala fra 1-100.

I forbindelse med at dette er en kvantitativ studie er det en klar svakhet at antall deltakere var få, men den belyser og beviser allikevel at det eksisterer forskjell på intervensjon versus standard prosedyre uten avledning. Studien baserer seg på barn med en kreftdiagnose, noe som tilsier at de neppe var på sykehus for første gang. Dette bidrar sannsynligvis til at barnet allerede er kjent med de ulike prosedyrene. Et barn som er på et akuttmottak for første gang vil mest sannsynlig få en annen type reaksjon. Studien beskriver enkle og billige metoder, som kan gjennomføres uten å vesentlig øke arbeidsmengden hos sykepleiere. Studien tar utgangspunkt i den aldersgruppen oppgaven baseres på. Den er utført i Sverige, og har derfor god overføringsverdi til Norge. Tidsskriftet studien er publisert i holder et vitenskapelig nivå 1, og er fagfelleurdert. Regional Etiske Komité ved Det medisinske fakultet ved Uppsala Universitet har godkjent studien. Foreldrenes samtykkeerklæring for å delta i studien ble også samlet inn.

Artikkel 7: Nurses' perceptions of the use of restraint in pediatric somatic care.

Kangasniemi, Papinaho og Korhonens (2014) sin undersøkelse baserte seg på sykepleiers holdninger og meninger rundt anvendelse av tvang i pediatrike avdelinger. 8 sykepleiere med 5-16 års erfaring deltok i studien, og ble intervjuet i etterkant. De ble kun intervjuet en gang, grunnet det sensitive temaet. Det er mulig at gjentatte intervju kunne ha utforsket fenomenet i større grad, og gitt enda mer utfyllende svar. Forskningsetiske prinsipper ble observert gjennom hele studien. Forskingen ble godkjent av universitetssykehuset. I følge finsk

forskning trenger ikke intervju typer, som involverer intervju med ansatte, å bli godkjent fra en offisiell forskningsetisk komité. Muntlig og skriftlig samtykke av deltakerne ble samlet inn før intervjuene, og konfidensialitet ble sikret. Studien er utført i Finland, noe som gjør at den har stor overføringsverdi til Norge. Tidsskriftet artikkelen er publisert i holder et vitenskapelig nivå 2 og er fagfellevurdert. Undersøkelsen har tatt utgangspunkt i finske lover, og nevner at Finland har egen lov om barn på sykehus og barns rettigheter. Denne oppgaven har vektlagt norske lover, barnekonvensjonen og forskrift om barn opphold i helseinstitusjon ved analyse av artikkelen, og ut fra denne vurderingen er artikkelen aktuell.

4.3 Sammenfatning av resultater

Resultatet av de utvalgte artiklene har flere likhetstrekk, som blir sammenfattet i dette kapitlet.

4.3.1 Atferd og holdninger hos sykepleiere

Både forskningen til Hawley (2000) og Schmidt m.fl. (2007) viser samsvar mellom hvilke holdninger og atferd som er ønskelig hos sykepleierne. Dette uavhengig av alder. Grunnet dette fremstilles bare Schmidt m.fl. (2007) sin forskning, for at det ikke skal bli mye repetisjon.

Forskningen til Schmidt m.fl. (2007) belyser barns oppfatning av god og dårlig sykepleie. Funnet viste at barna mislikte ulike prosedyrer fordi de var skremmende og ubehagelige. De satt ikke pris på sykepleiere som var travelt opptatt, holdt lite øyekontakt og ikke hadde tid til å lytte.

Forskningen til Schmidt m.fl. (2007) viser at sykepleiere, som var hyggelige, omsorgsfulle, smilte og hadde god øyekontakt, skapte tillit og trygghet hos barna. De verdsatte sykepleiere som var underholdende og morsomme, fordi det førte til distraksjon. Barna følte trygghet og beskyttelse, da sykepleierne tok seg tid og var til stede. De satt også pris på at sykepleierne snakket til dem, forberedte dem, samt ga nøye og forståelig informasjon. Trøstende ord og berøring ble verdsatt. De mente det var viktig at sykepleierne raskt reduserte smerte.

Belønning etter for eksempel smertefulle prosedyrer ble satt pris på. Smertevurdering og -håndtering belyses ytterligere i forskningen til Kristensen, Andersen og Nikolajsen (2009)

Forskningen til Schmidt m.fl. (2007) viste i tillegg at det foreligger forskjellig oppfatning på hva som er viktigst i god sykepleie hos barn med ulike forutsetninger. De yngste barna foretrakk helst humor og at sykepleierne ivaretok deres grunnleggende behov, som matservering og hygiene. De eldste derimot mente det var viktigst med informasjon, trygghet, samt omsorgsfulle og hyggelige sykepleiere.

4.3.2 Sykepleiers evne til kartlegging og behandling av smerter hos barnet

Griffin, Polit og Byrne (2008) forsket på helsepersonalets oppfatning av barns smertenivå, samt deres ønskede behandlingsmetode. I tillegg ønsket forfatterne å se på om helsepersonalets ulike forutsetninger påvirket deres oppfatning og behandling.

Funnene viste at helsepersonalets oppfatning av smertenivå var varierende. Likevel svarte gjennomsnittet korrekt på hva barnet virkelig følte og opplevde av smerte. Studiet viste også et stort sprik i ønsket farmakologisk behandling av barns smerte, men gjennomsnittet ville behandlet barnets smerte farmakologisk korrekt. Helsepersonell med høyere ansiennitet benyttet mer ikke- farmakologisk behandling hos barn med smerte. De mest anvendte metodene var dyp langsom pust, leker, musikk, tv/video, elektronisk spill, bli lest for, se på bilder, trøste, varme/kalde omslag, massasje og være tilstede hos barnet.

Kristensen, Andersen og Nikolajsen (2009) belyser viktigheten av å ta barns smerter på alvor. Det å ta i bruk smertescoringsskjema ved innkomst i et akuttrom, kan bidra til at sykepleiere vurderer smerten korrekt og videre kan gi god smertelindring til barnet. Bieris ansiktsskala ble i størst grad anvendt. Ved ankomst på skadestuen viste smertescoren gjennomsnittlig 4,8 på ansiktsskalaen. Da smerten ble opplevd som verst var gjennomsnittlig score 5,7. Denne smerten tolkes som moderat til høy, og viser at barnet antakeligvis ikke var blitt godt nok smertelindret i forkant av undersøkelsen. En ny måling ble foretatt like før utskrivelsen om smerten ble målt til gjennomsnittlig 2,9 på ansiktsskalaen. Studien viste at 21 av 92 foreldre hadde gitt barna smertestillende før ankomsten til skadestuen. 67 foreldre påsto at de visste hvilken smertestillende medisin barna måtte få ved ankomst.

4.3.3 Ikke farmakologiske metode som effektiv behandling

Svendsen og Bjørk (2014) viser i sin studie at anvendelse av ikke-farmakologiske tilnæringsmetoder hadde en positiv effekt ovenfor barna på sykehuset. I tillegg bidro bruk av ikke-farmakologiske metoder til å opprettholde et godt samarbeid mellom barnet og sykepleier. Sykepleierne hevdet at de ulike metodene hjalp til å etablere en god relasjon. I denne studien kom det også frem at barna verdsatte humor og positiv energi. Dette skapte en god og varm atmosfære. Forfatterne mener at det er viktig å tilpasse de ikke-farmakologiske metodene til hvert enkelt barn. Å skape kontroll i situasjonen, slik at barnets mestringsevne ble ivaretatt, viste seg å være den metoden sykepleiere og barn tilsynelatende opplevde som mest effektiv. Å flytte fokuset til barnet vekk fra situasjonen, altså anvende avledning, ble ikke verdsatt i like stor grad, fordi barna kunne føle at sykepleierne forsøkte å lure dem. Dette kunne resultere i at relasjonen og fremtidig samarbeid ble negativt påvirket.

Hedén, Von Essen og Ljungman (2008) brukte såpebobler og oppvarmede puter i sin studie. Dette for å undersøke om disse avledningsmetodene hadde noe effekt i reduksjon av barnets følelse av angst i forbindelse med sprøyter. I følge foreldrene opplevde barna mindre angst og stress når en intervensjon grep inn i prosedyren. Derimot rapporterte sykepleierne ingen vesentlige forskjeller fra standard prosedyre uten eller med avledningsmetode. Resultatet viste at det ikke var selve smerten av nålesticket som var problemet, men derimot frykten og angsten for perforasjon av huden.

I studien til Kangasniemi, Papinaho og Korhonen 2014 ble tvang sett på som en del av sykepleien og som oppstod daglig på avdelingene. Funn viser at dersom sykepleierne ikke klarer å etablere et godt samarbeid med barnet, så må de anvende tvang for å få utført nødvendige prosedyrer (Hedén, Von Essen og Ljungmann 2008; Kangasniemi, Papinaho og Korhonen 2014)

5.0 Drøfting

Hvordan kan sykepleier bidra til at barnets opplevelse av stress og angst reduseres i akuttmottaket?

I drøftingen er forskningsresultatene drøftet, sammenfattet og tolket. Faktorene, som bidrar til å besvare oppgavens problemstilling, har blitt vektlagt. Kapittelet er bygd opp systematisk. Først drøftes sykepleiernes atferd og holdninger i første møtet med barnet, og deretter sykepleiers evne til kartlegging og vurdering av barnets tilstand. Videre drøftes sykepleiers valg av behandlingsmetoder. Til slutt presenteres en kritisk overveielse av anvendt litteratur.

5.1 Atferd og holdninger hos sykepleier i første møte med barnet

Mye tyder på at sykepleiernes atferd og holdninger har en betydning for barnets opplevelse av sykdom og stress. Ut i fra forskningsresultater kan det argumenteres for at sykepleiers bevisstgjørelse rundt væremåte og holdning kan ha en innvirkning på reduksjon av barnets opplevelse av angst og stress (Hawley 2000; Schmidt m.fl. 2007; Griffin, Polit og Byrne 2008)

Umiddelbar teknisk og fysisk omsorg var viktig for pasientene i studien til Hawley (2000). Ved at sykepleierne stod og ventet på dem før de ankom akuttmottaket ga pasientene en følelse av å bli umiddelbart ivaretatt. De fysiske plagene til pasientene ble behandlet av sykepleier, i form av smertestillende medisin, hvis effekt ble nøye observert videre. De yngste barna verdsatte at sykepleierne hjalp til med å dekke deres grunnleggende behov når foreldrene ikke var til stede, slik som å få mat, stell og pleie. Berøring, som massasje av rygg, var også komponenter som pasientene satte pris på (Schmidt m.fl. 2007; Hawley 2000). Forskningsresultater viser at barna ble skremt av ukjente omgivelser i form av fremmede og hvitkledde mennesker (Schmidt m.fl. 2007). Det har tidligere blitt undersøkt om bruk av flerfargete arbeidsuniformer til sykepleiere kunne bidra til at barnet opplevde situasjonen mindre skremmende. Endring av farge på uniform viste seg imidlertid å ha lite eller ingen effekt på barnets frykt (Festini m.fl. 2009).

Forskningsresultater viser at sykepleiernes tilstedeværelse hadde betydning for barna. Tilsyn ble også rapportert som en viktig faktor i studien til Schmidt m.fl. (2007). Sykepleierne var til stede og hjalp pasientene med å mestre situasjonen, også når de ikke målte vitale parametre. Pasienten spurte om hjelp, og sykepleierne var da alltid i nærheten for å besvare spørsmål og bekymringer (Hawley 2000). En 9 år gammel gutt rapporterte at det var betryggende at sykepleier kom med en gang han trykket på knappen for å få assistanse. Dette ga han en opplevelse av at sykepleierne var i nærheten. Barnet følte trygghet når han visste sykepleierne kom for å se om alt var bra. I et akuttmottak kan tilstedeværelse imidlertid være en utfordring for sykepleierne. I travle perioder, hvor mange pasienter er innom akuttmottaket samtidig, kan sykepleier bli nødt til å gå mellom pasientene. Spesielt de pasientene, som har stabile vitale parametre, kan da bli værende uten tilsyn i kortere perioder (Pines og Abualenain 2013). Barna i studien til Schmidt m.fl. (2007) uttrykte at når sykepleierne hadde det travelt, så opplevde barna dem som upersonlige. I tillegg til å føle redusert omsorg. Til tross for dette hadde barnet som regel foreldre til stede hos seg, slik at det uansett ville ha en omsorgsperson hos seg. I tillegg ønsket barna i studien til Schmidt m.fl. (2007) at foreldrene skulle være hos dem, da dette bidro til en økt trygghetsfølelse. Deres største frykt var at foreldrene skulle forlate dem, slik at de ble alene på sykehuset. Grønseth og Markestad (2011) understreker at barn i stressede situasjoner har behov for at foreldrene er til stede hos dem.

I situasjoner hvor sykepleieren mislyktes i å opparbeide en god relasjon i forkant av undersøkelser, så førte dette til å opprettholde eller øke barnets opplevelse av stress og angst. (Svendsen og Bjørk 2014). Tillit viste seg å være en viktig faktor for at barnet skal kunne mestre sykdomssituasjonen. Videre beskrev barna i studien til Schmidt m.fl. (2007) og pasientene i studien til Hawley (2000) at de satte pris på at sykepleierne hadde en positiv holdning, i form av oppmuntrende og vennlige samtaler. Barna i studien til Schmidt m.fl. (2007) følte seg trygge når sykepleier smilte, og de hadde øyekontakt. De rapporterte at når en sykepleier hadde det travelt, og ikke anerkjente dem med øyekontakt og smil idet de entret pasientrommet, så kunne de føle seg lite verdsatt. Mye tyder derfor på at sykepleier bør gi barnet anerkjennelse i form av smil, positiv berøring og øyekontakt. Resultatene i studien til Hawley (2000) viste også at pasientene ønsket at sykepleiere lyttet og viste forståelse for deres situasjon. En slik lyttende holdning bidro blant annet til et godt samarbeid mellom pasienten og sykepleieren, samt at pasientens velbehag økte. Det var spesielt viktig at

samarbeid ble vedlikeholdt eller opprettet under nødvendige prosedyrer barnet måtte gjennom (Svendsen og Bjørk 2014). På den andre siden hevder Hedén, Von Essen og Ljungman (2009) at det kan være utfordrende for sykepleier å være bevisst på egen væremåte, i form av smil og øyekontakt, når de er konsentrert om en prosedyre.

Resultatet i studien til Svendsen og Bjørk (2014) viser at humor kan ha en positiv innvirkning på barna og deres oppfatning av miljøet. I studien til Schmidt m.fl. (2007) var også humor en faktor som barna verdsatte. En 5 år gammel jente i studien rapporterte at sykepleierne fikk henne til å le, noe som fjernet alvorligheten av å være innlagt på sykehus. På en annen side hevder Tveiten (2012b) at barn frem til 6-7 årsalderen har begrenset evne til å oppfatte spøk og ironi. Selv om forskningsresultater i studier viser at barn har gode erfaringer med at sykepleier anvender humor, så bør kanskje sykepleier vurdere i hvilke situasjoner det kan være nyttig å bruke slike metoder. Samtidig som at sykepleierne skal smile og være positive til barnet, så bør de også vise at de tar barnets opplevelse på alvor og respekterer at barnet føler smerte (Schmidt m.fl. 2007)

Verbal kommunikasjon ble ansett som betryggende hos pasientene i studien til både Hawley (2000) og Schmidt m.fl. (2007). En slik kommunikativ metode var viktig for at pasientene skulle føle forutsigbarhet. Pasientene satte pris på å få vite hva som foregikk ved å få informasjon. Én deltaker hadde derimot ikke en like god opplevelse. I dette tilfellet ble informasjonen formidlet på en vanskelig måte, med medisinske begrep, som pasienten ikke forstod (Hawley 2000). Schmidt m.fl. (2007) understreker at informasjon til et barn er viktig, men at informasjonen bør være tilpasset barnets kognitive sykdomsforståelse. Som pasient, har dessuten barn krav på informasjon om egen sykdomstilstand og det som skal skje under sykehusoppholdet (Pasient- og brukerrettighetsloven 1999). Informasjonen bør være tilpasset barnets modenhet og tilstand, samt gis i samråd med foreldrene. Helsepersonell kan imidlertid, i følge § 3-2, unnlate å gi informasjon dersom dette bidrar til å hindre alvorlig helseskade for pasienten. Sykepleier bør derfor vurdere for og i mot om barnet skal få informasjon om sin helsetilstand.

I ytterligere studier ble empati vektlagt som en viktig faktor når sykepleierne kommuniserte med pasientene. Det var viktig for pasientene at sykepleier anerkjente at de hadde smerter og var preget av situasjonen (Hawley 2000; Schmidt m.fl. 2007). Trøstende ord, fysisk

tilstedeværelse og berøring viste seg å være viktig for barna. Et barn uttalte at det var trygt å få klemme hånda til en sykepleier dersom en medisinsk undersøkelse gjorde vondt. Noen barn rapporterte at de synes det var godt at sykepleierne sa at det var greit å føle redsel. Med dette anerkjente sykepleierne barnets følelser. Sykepleierne var oppmuntrende og ga barnet ros, noe som hadde en beroligende effekt på barna (Schmidt m.fl. 2007)

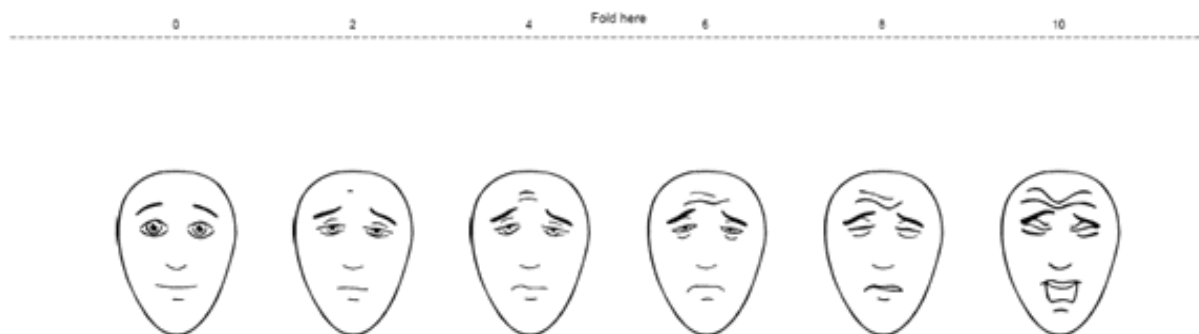
Kort oppsummert virker det som om at sykepleiere som er til stede, har evnen til å vise empati, er positive og personlige, viser omsorg, anerkjenner, respekterer, informerer og ivaretar pasienten er av en viktig betydning for barnet i møtet med sykehuset. Mye tyder på at adferden og gode holdninger hos sykepleier har en betydning for å oppnå et godt samarbeid med barnet, slik at barnet skal føle trygghet og tillit. Resultater fra studier viser at det er viktig å arbeide tidlig med å styrke og å fremme gode relasjoner, hvor empati og respekt trekkes fram som grunnlaget for tillit (Hawley 2000; Schmidt m.fl. 2007; Eide og Eide 2010).

5.2 Sykepleiers evne til kartlegging og behandling av smerter

Det belyses i studien til Hedén, Von Essen og Ljungman (2009) at det er pasienten selv som best kan beskrive egne følelser av smerte og ubehag, men at barn i alder 2-7 år kan ha vanskeligheter med dette. Dette underbygger Eide og Eide (2010) som hevder barn innenfor dette utviklingstrinnet mangler indre logikk og er opptatt av konkrete opplevelser. Barn kan ofte ha vanskeligheter med å gradere smerte når vurderingen uttrykkes i tall, for eksempel på en skala fra 0-10. Man antar at det er lettere for barna å vurdere smerten ut fra aktuelle ansiktsskalaer (Kristensen, Andersen og Nikolajsen 2009).

I følge Kristensen, Andersen og Nikolajsen (2009) opplevde barna verst tenkelig smerte i forbindelse med medisinske undersøkelser. Kun et fåtall av barna hadde fått smertestillende av foreldrene i forkant av den medisinske prosedyren. Ut fra resultatene i denne studien antas det at barns opplevelse av smerter blir undervurdert av sykepleierne, og at barna ikke får tilstrekkelig med smertestillende medisin i forkant av undersøkelser. Forfatterne hevder videre at barna hadde vanskelig for å gi uttrykk for graden av smerte, og at ansiktsskalaene for smertevurdering kanskje ikke var barnevennlige nok. Dette til tross for at de var forsøkt tilpasset barna. Ved ubehag gråter oftest barn, og tårer kan være et vanlig uttrykk for smerte.

Imidlertid kom det frem i studien til Kristensen, Andersen og Nikolajsen (2009) at barn ikke nødvendigvis tenker at gråt er forårsaket av smerte. Redsel kan også være en faktor som forårsaker tårer. På bakgrunn av dette kan det tolkes at det er vanskelig for barnet å forklare årsaken til smerten. Det viste seg at de fleste barna valgte Bieris ansiktsskala, som ikke illustrerer et ansikt med tårer. Det kan tenkes at dette hadde sammenheng med hva barn forbinder med gråt, og bør inkluderes i sykepleiers vurdering av smerte hos barn.



Bieris ansiktsskala (Kristensen, Andersen og Nikolajsen 2009, s.57)

Foreldrene og barna samarbeidet om å besvare spørsmålene i undersøkelsen, men enkelte av spørsmålene var kun rettet mot foreldrene (Kristensen, Andersen og Nikolajsen 2009). Studien viser at sykepleier undervurderer barnets uttrykk for smerte, og som en konsekvens av dette er det blitt foreslått at foreldre bør bli med og vurdere sitt barns smertenivå. Dette for å sikre at barnets smerte ikke blir undervurdert. Grønseth og Markestad (2011) bekrefter dette og hevder at samarbeid med foreldre er hensiktsmessig for en vurdering av barnets smerte, da foreldre kjenner barnet sitt best. Imidlertid viser forskningsresultater i studien til Hedén, Von Essen og Ljungman (2009) at foreldrene i enkelte tilfeller kunne bli følelsesmessig påvirket i den grad at de overdrev smertevurderingen. Foreldrenes vurdering er derfor ikke alltid av pålitelighet.

Det kan stilles spørsmål om barnas og foreldrenes smertevurdering alene er godt nok for å sikre tilstrekkelig smertelindring av barnet. Ved at sykepleierne også anvender skjema på lik linje som foreldrene og barna kan føre til en bedre kvalitetssikring av smertevurdering, som vist i Griffin, Polit og Byrnes (2008) studie. Studien viser at sykepleiernes gjennomsnittlige vurdering av smerte var nærmest lik barnas opplevelse, noe som kom frem i de forskjellige

skjemaene både sykepleier og barna anvendte. Sykepleierne i studien til Griffin, Polit og Byrne (2008) tok videre utgangspunkt i vurderingsskjema av barnets smertenivå, for å indikere hvor mye smertestillende de ville anbefale. I motsetning til studien til Kristensen, Andersen og Nikolajsen (2009) meldte sykepleierne i studien til Griffin, Polit og Byrne (2008) at når barna hadde store smerter, så ble det administrerte doser av analgetika opp mot maksimum, som foreskrevet av lege. I undersøkelsen til Griffin, Polit og Byrne (2008) var det derfor et bevisst fokus fra helsepersonellet å gi gunstig dose med smertestillende, tilpasset barnet. Resultatet i undersøkelsen viser også at den medisindosen som ble gitt hadde, i de fleste tilfeller, en smertelindrende effekt på barnet. I studien til Schmidt m.fl. (2007) var det også spesielt viktig for barna at sykepleierne klarte å redusere smerte, eller minske smerter ved undersøkelser. En 7 år gammel gutt uttalte at hodepinen hans forsvant etter inntak av smertestillende medisin. Dette kan tolkes som at barnet ble tilstrekkelig smertelindret. Imidlertid påpeker Fein, Zempsky og Cravero (2012) at en nødvendigvis ikke alltid trenger å gi smertestillende medisin intravenøst, og at det er viktig at sykepleier har kunnskap om smertestillende medikamenter som kan inntas oralt. Denne administrasjonsformen er ikke smertefull, slik som for eksempel innleggelse av en perifer venekanyle. Barnet slipper derfor økt opplevelse av stress og angst.

På bakgrunn av forskningsresultater, kan det argumenteres for at sykepleier også burde anvende et skjema for vurdering av smerte. Dette for å sikre at resultatene er samstemte med barnets og foreldrenes opplevelse. Hedén, Von Essen og Ljungman (2009) konstaterer imidlertid i sin studie, at det ikke alltid er like lett for sykepleiere å observere barnets atferd, da de ofte kan være konsentrerte om å gjennomføre en prosedyre som for eksempel innleggelse av perifer venekanyle. Til tross for at sykepleierne i studien til Griffin, Polit og Byrne (2008) mente deres smertevurdering alene kunne være god nok, så kan det på en annen side være nyttig at barnet, i samarbeid med foreldrene, også deltar i kartleggingen, slik som i studien til Kristensen, Andersen og Nikolajsen (2009).

Til tross for at maksimal dose av smertestillende medisin ble gitt av sykepleierne i studien til Griffin, Polit og Byrne (2008), var det fremdeles barn som ikke var tilstrekkelig smertelindret. Mye kan tyde på at det finnes en sammenheng mellom stress og smerte hos barn. I studien til Fein, Zempsky, Cravero (2012) kommer det frem at det er viktig at smerte og stress behandles

tidlig, for å redusere skadeomfanget barnet opplever. Fein, Zempsky og Cravero (2012) konstaterer at det er viktig at barnets smerter blir ivaretatt og fulgt opp, siden det kan få konsekvenser for barnets og familiens reaksjon på nåværende og fremtidig medisinsk behandling. Sykepleierne i Griffin, Polit og Byrne (2008) sin studie anvendte derfor en rekke ulike ikke-farmakologiske metoder, i tillegg til maksimal dose analgetika, for å behandle smertene.

5.3 Ikke-farmakologiske metoder som effektiv behandling

I forkant av behandling, viser forskningsresultater fra forrige kapittel, at det er viktig at sykepleier tilbyr tilstrekkelig smertelindring. De fleste sykepleierne i studien til Svendsen og Bjørk (2014) rapporterte at barnets forventning av smerte og nivå av stress påvirket deres evne til å samarbeide, uavhengig av nivå av smerte i prosedyren. Hedén, Von Essen og Ljungman (2009) beskriver i sin undersøkelse at barnas frykt for sprøyter økte stressnivået hos barnet. Barna i studien til Schmidt m.fl. (2007) hevdet også at blant annet innleggelse av perifer venekanyler ble sett på som en smertefull prosedyre, og barna satte pris på at innleggelse av venekanyler ble vellykket på første forsøk. I noen tilfeller kan EMLA-krem bedøve området, slik at smerten ikke oppfattes. EMLA-krem har imidlertid en virkningstid på en time før effekt oppnås, noe som kan bli en utfordring i akuttmottaket dersom barnet trenger intravenøs væske tidlig (Koller og Goldman 2012).

Avledningsmetoder kan, i tilfeller hvor smertefulle prosedyrer skal gjennomføres, være aktuelt som et psykologisk tiltak. I studiene til Svendsen og Bjørk (2014) og Griffin, Polit og Byrne (2008), understrekes det at barnas alder og utvikling var av betydning for hvor vellykket avledningsmetodene var. Resultatene viser derfor at en bør behandle barnet som et individ med individuelle behov.

Med distraksjon menes det å fjerne barnets oppmerksomhet fra en eventuelt smertefull og engstelig situasjon. Avledningsmetoder kan bidra til å hjelpe barn til å håndtere ubehag og smerte (Hedén, Von Essen og Ljungman 2009). Distraksjonsmetoder er undersøkt i flere studier. I studien til Hedén, Von Essen og Ljungman (2009) viser det seg at blåsing av såpebobler eller anvendelse av en oppvarmet pute kan hjelpe barnet å mestre situasjoner hvor det er utsatt for påfølgende stress som følge av frykt for sprøyter. Å blåse såpebobler er

hensiktsmessig til å distrahere, men bidrar også til at barna anvender en pusteteknikk som kan føre til økt avslapning. Blåsing av såpebobler krever en aktiv deltakelse fra barnet dersom barnet skal blåse selv. Derimot kan også foreldre bistå barnet i å blåse boblene. Barna ble oppfordret til å se på såpeboblene sveve rundt i lufta, mens sykepleier utførte prosedyren. Dette var en aktuell metode for de barna som hadde mulighet til å være aktive. I metoden hvor barna fikk en oppvarmet pute, kunne barna plassere denne hvor de selv ville. De ble videre bedt om å føle på en hyggelig og koselig varme (Hedén, Von Essen og Ljungman 2009).

For å redusere barnas opplevelse av angst i forbindelse med prosedyrer, som inneholder sprøyter, viser resultatet i forskningen at slike avledningsmetoder er mer effektive enn standard prosedyre alene. Videre tilføyer Hedén, Von Essen og Ljungman (2009) at smerten i seg selv ikke er problemet, men frykten og angsten for stikket. En utelukker derfor ikke at angst og smerte har en sammenheng. Smerte kan føre til angst, og angst kan føre til økt opplevelse av smerte. På lik linje som Griffin, Polit og Byrne (2008) påpeker Svendsen og Bjørk (2014) i sine resultater at analgetika ikke alene er tilstrekkelig nok til å redusere frykt, ubehag eller smerte under prosedyrer. På bakgrunn av dette anbefaler de en kombinasjon av farmakologiske og ikke-farmakologiske metoder. Undersøkelsen til Hedén, Von Essen og Ljungman (2009) viser også at det er gunstig å bruke avledningsmetoder i forkant, men også under gjennomføringen av prosedyren. Videre hevder de at dette kan være enkle metoder, som ikke vil øke arbeidsmengden hos personalet. Studien til Griffin, Polit og Byrne (2008) viser at noen av de ikke-farmakologiske metodene sykepleierne anvendte mest var TV, og det å være til stede med barnet og trøste. Resultatene viser at sykepleierne mente disse metodene var mest vellykket som beroligende og smertelindrende hos barna. TV kan være en aktuell avledningsmetode for barnet når det er hektisk i akuttmottaket, og sykepleier må prioritere andre arbeidsoppgaver.

I undersøkelsen til Svendsen og Bjørk (2014) anvendte sykepleiere blant annet to ikke-farmakologiske tilnæringsmetoder. Den ene metoden baserte seg på «å gi kontroll over situasjonen» og den andre metoden fungerte som en avledning. Hensikten med å gi barnet kontroll over situasjonen, var for at barnet skulle få forståelse av hvorfor prosedyren måtte utføres, og at den kunne skape smerte. Noen sykepleiere anvendte metoden i form av å la barnet bestemme selv når det ville ha pauser under en prosedyre. Sykepleierne forberedte

barna og ga dem kontroll, samtidig som de formidlet informasjon. En stadig gjenvinnelse av kontroll, bidrog til at sykepleier kunne fortsette undersøkelsen (Svendsen og Bjørk 2014). Hensikten med avledning var å få barnas oppmerksomhet vekk fra den smertefulle situasjonen. I studien til Svendsen og Bjørk (2014) gikk sykepleiere rundt med såpebobler i lommene sine, mens på en annen avdeling var det små vindmøller i alle rom. Andre metoder som ble anvendt var pusteteknikk, bildevisualisering, eller å tilby barna nye interessante leker, videospill og sang. Sykepleierne forklarte imidlertid at disse metodene bare måtte brukes når barnets behov var godt forstått. Forskningsresultater fra studien til Svendsen og Bjørk (2014) viser at sykepleierne mener det var en forutsetning at barnet opplevde kontroll og trygghet før de anvendte avledning som metode. Dette for at barnet ikke skulle føle seg lurt når sykepleier forsøkte å flytte oppmerksomheten deres bort fra hva som foregikk. En forutsigbar situasjon ble beskrevet i studien, der sykepleier lot barnet bruke fem minutter på å fjerne bandasjen selv. I et slikt tilfelle ville sykepleieren vanligvis brukt 10 sekunder, men ved at barnet fikk gjøre dette selv ble det mindre bekymret. Dette kunne føre til at skift av bandasje ble en prosedyre, som lot seg lettere utføre i fremtiden.

I studien til Svendsen og Bjørk (2014) erfarte sykepleierne at ved tap av kontroll og anvendelse av avledningsmetode, så førte det til et høyere stressnivå hos barnet. På den andre siden viser studien til Hedén, Von Essen og Ljungman (2009) at når de kun anvendte avledningsmetoder, så hadde dette en effekt uavhengig av om barnet følte kontroll i forkant av prosedyren.

Sykepleierne vurderte aktuelle ikke-farmakologiske metoder ved å samle inn et bredt spekter av uttrykk og reaksjoner fra barna. Herunder kroppsspråk og øyekontakt. Metodene skulle tilpasses barnets interesser, alder og evne. Det å gi barnet kontroll over situasjonen ble ansett som en tryggere metode, enn bruk av avledning. Dette fordi barnets følelse av kontroll og makt viste til grunnlaget for en vellykket anvendelse av forskjellige typer distraksjon (Svendsen og Bjørk 2014).

Studier viser at samarbeid mellom barnet og sykepleier er essensielt under den smertefulle og utfordrende konteksten i en medisinsk prosedyre. I tillegg til farmakologisk behandling, tyder mye på at anvendelse av ikke-farmakologisk metoder også er viktige verktøy for sykepleierne (Svendsen og Bjørk 2014). Samarbeid tilsvarer det motsatte av tvang, som sykepleier ønsker å

unngå når det utføres medisinske prosedyrer. I studien til Svendsen og Bjørk (2014) følte sykepleier at barna samarbeidet bedre under prosedyrer, da det ble anvendt aktuelle ikke-farmakologiske metoder. På bakgrunn av denne studiens synspunkter, kan bruk av distraksjon være et usikkert element grunnet risikoen for å svekke fremtidig samarbeid. Det kan derfor tolkes slik at det er nødvendig for sykepleier å sette av tid for å etablere og skape et positivt forhold til barnet. Herunder videre å vurdere om det er behov for å anvende ikke-farmakologiske metoder for å oppnå trygghet. I forskningsresultater kommer det også frem at sykepleier bør vurdere barnas individuelle behov, før en anvender en ikke-farmakologisk metode (Hedén, Von Essen, Ljungman 2009; Svendsen og Bjørk 2014).

I de anvendte studiene kommer det frem at det eksisterer ulike ikke-farmakologiske metoder. Bruk av distraksjon og kontroll hos barnet er de metodene som er gjennomgående i de fleste studier, og som viser å ha effekt. Allikevel kommer det frem at avledning bør være individuelt tilpasset barnets alder, utvikling og stressnivå. På grunn av dette blir det en utfordring å konkludere med hvilke ikke-farmakologiske metoder som er mest effektive for å skape ro og trygghet når en behandler et barn som opplever stress og angst. Det kan imidlertid, i akuttmottak, være begrenset tid til å anvende ikke-farmakologiske metoder når barnet motstrider seg behandling. Det vil da være en utfordring for sykepleier å vite hvordan han eller hun skal gå frem for at barnet skal føle seg trygg og oppleve mening med nødvendige prosedyrer. Forskningsresultater i studien til Svendsen og Bjørk (2014) viser at sykepleier kan risikere at barnet motsetter seg nødvendig behandling, dersom et godt samarbeid ikke er tilrettelagt i forkant eller under prosedyrer.

5.3.1 Sykepleiers behandlingalternativer når barnet sier «nei!»

I følge Svendsen og Bjørk (2014) er barnets helbredden avhengig av at nødvendige undersøkelser blir gjort. Sykepleiere rapporterte om situasjoner hvor de ikke klarte å etablere en god relasjon, og det resulterte ofte i at de måtte holde barnet fast under prosedyrer. Dette kunne oppleves som vanskelig, kaotisk og stressfylt for barnet, foreldrene og sykepleierne. En sykepleier i studien til Svendsen og Bjørk (2014) rapporterte om en hendelse hvor to eller tre sykepleiere måtte holde barnet fast for å få skiftet bandasje på et sentralt venekateter. Barnet gråt og løp ut av avdelingen. Moren gråt også, og sykepleieren opplevde denne situasjonen som vanskelig å håndtere.

Kangasniemi, Papinaho, Korhonen (2014) forsket på sykepleiers anvendelse av tvang innenfor en pediatrik avdeling. Forskningsresultatet viser at det eksisterer ulike typer tvang, som kjemiske, fysiske og psykologiske. Kjemisk tvang forekommer i form av bedøvelse i forkant av en prosedyre, som for eksempel ved CT. Fysisk tvang går ut på å begrense barnets bevegelser, eller holde barnet i sengen. Psykologisk tvang omhandler bestikkelser, overtalelser og trusler, der konsekvenser av å unnlate nødvendige behandling blir bragt frem. Når sykepleierne ble spurt om å utdype anvendelse av tvang, understreket de fleste at det til tider kunne være nødvendig for å sikre at barnet får den behandlingen det trenger for å bli frisk. Dette til tross for at det kunne påvirke det fremtidige samarbeidet med barnet i negativ retning. I følge § 3-1 (Pasient- og brukerrettighetsloven 1999) har barnet, som pasient, rett til medvirkning og selvbestemmelse, så sant barnets utvikling, modenhet og sakens omfang tilsier det. Fra 4-7 års alder kan barnet gi verbale uttrykk som er av pålitelighet, og disse utsagnene bør tas med i vurdering når en skal vurdere behandling. Barnets kognitive tankegang er derimot ikke ferdig utviklet, og barnet kan ha vanskeligheter med å se sammenheng mellom sykdom og behandling. Dette kan føre til utfordringer i forhold til å få barnet til å samarbeide (Eide og Eide 2010). Det kan derfor tolkes som at sykepleierne står ovenfor et etisk dilemma, hvor de må vurdere hva som skal vektlegges mest i forhold til barnets autonomi eller anvendelse av tvang. Dette for å få gjennomført nødvendig behandling. Mange av sykepleierne i studien til Kangasniemi, Papinaho og Korhonen (2014) nevnte at i enkelte tilfeller var bruk av tvang uunngåelig. For begrense bruken av tvang under prosedyrer, så vurderte sykepleierne bruk av ikke-farmakologiske tilnærminger, avhengig av tid og rom, som tidligere beskrevet i oppgaven (Svendsen og Bjørk 2014).

Resultater i studien til Kangasniemi, Papinaho og Korhonen (2014) viser at tvang kunne oppstå når sykepleierne skulle gi behandling og utføre prosedyrer, som for eksempel intramuskulære injeksjoner, sårbehandling og i varetakelse av hygiene. Sykepleiere beskrev behandlingen som nødvendig, men utførelsen kaotisk. tenåringer som deltok i studien til Schmidt m.fl. (2007) forstod at smerte til tider var uunngåelig, og at sykepleierne måtte utføre prosedyren. Dette fordi den var av nødvendighet og at han eller hun ønsket pasienten vel. Med andre ord forstår kanskje barn i tenårene at dersom sykepleiere påfører dem smerte, ved for eksempel en injeksjon, så er det ikke deres hensikt at pasienten skal lide, men tvert imot. For barn i 4-7 års alder kan dette være utfordrende siden de, på grunn av kognitiv utvikling, ikke

alltid forstår slike sammenhenger hvor sykepleier påfører smerte fordi det er nødvendig (Eide og Eide 2010).

En sykepleier uttrykte at hun ikke følte det var riktig å legge inn et urinkateter når barnet var våkent og motsatte seg prosedyren (Kangasniemi, Papinaho og Korhonen 2014). En slik opplevelse for barnet kan i verste fall være traumatiserende og forbindes med overgrep. I forbindelse med dette, er det blitt utført forskning på psykologiske stressreaksjoner hos rotter. Rottene ble påført stress i tidlig alder for å kartlegge om dette hadde noen konsekvenser for deres mentale helse når de ble eldre. Resultatene viser at rottene som var blitt påført stress i ung alder, viste tydelige tegn til depresjon og angst når de ble eldre (Pohl m.fl. 2007). Forskerne av studien belyser at resultatene kan ha overføringsverdi til mennesker, til tross for at det er forsket på dyrs atferd. Det kan derfor se ut til at disse forskningsresultatene også kan ha en betydning for hvordan sykepleiere håndterer situasjoner hvor barnet ikke vil samarbeide under behandling, eller hvordan de kan fremme metoder som forhindrer bruk av tvang. En stor andel av sykepleierne i studien til Kangasniemi, Papinaho og Korhonen (2014) mente at diskusjon og forhandling med barnet var viktig. Sykepleiers informasjon til både barn og foreldre var nødvendig for å belyse viktigheten av at livsviktige prosedyrer må gjennomføres. Risikoen for at barnet ble hysterisk eller oppkavet var størst hos yngre barn eller ved situasjoner hvor det var lite tid til å anvende ikke-farmakologiske metoder. Ved å velge riktig metode og avsette litt ekstra tid kan dette bidra til å redusere eventuell belastning som sykepleier og familie vil kunne oppleve (Svendsen og Bjørk 2014).

Til tross for at det til tider kanskje ikke vil være tid til bruk av distraksjon under behandling, anvendte flere sykepleiere i studien til Svendsen og Bjørk (2014) ikke-farmakologiske metoder. De ønsket å etablere et samarbeid med barnet for blant annet å unngå bruk av tvang. Én strategi som ble brukt var å iverksette flere metoder samtidig. Å synge en sang mens foreldrene blåste såpebobler kunne være nyttig for barnet (Svendsen og Bjørk 2014). En annen ikke-farmakologisk metode som sykepleierne anvendte var å ha en oppmuntrende, kontaktsøkende og positiv tilnærming til barnet, både under og mellom prosedyrene. Denne tilnærmingen baserte seg på å bruke et positivt språk og være lekende med barna og deres familier, også når de møttes i gangen utenom prosedyrene. Sykepleierne hevdet at denne

positive atmosfæren resulterte i at prosedyrene ble mindre skremmende og negative, og deretter lettere for barnet å takle.

Sykepleierne i Svendsen og Bjørk (2014) sin studie hevdet at dersom en bruker fem minutter ekstra på å forberede et barn på en prosedyre, kan dette resultere i at en får utført prosedyren uten bruk av tvang, og på den måten spare tid. I tillegg vil dette kunne føre til at barnet ikke får en økt opplevelse av stress og angst. I situasjoner som er akutte eller livstruende tilstander kan det være utfordrende å bruke tid på å forhandle med barnet, da sekunder og minutter er avgjørende for barnets helbredelse. Det kan derfor være en risiko for at sykepleiere blir nødt til å anvende tvang under undersøkelser eller behandling i et akuttmottak. Imidlertid fremgår det i studien til Kangasniemi, Papinaho og Korhonen (2014) at samarbeid med foreldrene i løpet av prosedyren ble ansett som vellykket. Dette var avhengig av at foreldrene forstod situasjonen og betydningen av at de samarbeidet for å kunne gi nødvendig behandling. I følge sykepleierne i denne studien er den viktigste rollen til foreldre å trøste og roe ned barnet, samt distrahere barnets oppmerksomhet vekk fra situasjonen. Kagnasniemi, Papinaho og Korhonen (2014) mener at det er sykepleiernes jobb å utføre prosedyrene. Dersom foreldrene er de som holder fast barnet kan barnet føle at deres viktigste relasjon svikter. Dette kan tolkes som at det er sykepleiers rolle å utføre tvangshandlingen og foreldrenes rolle å trøste og oppmuntre. I forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (2000) kommer det frem at det er viktig at sykepleierne avklarer rollefordeling med foreldrene.

Det kommer imidlertid frem i studien til Kagnasniemi, Papinaho og Korhonen (2014) at det i etterkant av en tvangsepisode er viktig at sykepleier tar seg tid til å snakke med barnet og foreldrene om hva som har hendt. Dette kan tolkes som at selv om barnet muligens ikke forstår hvorfor sykepleier har påført barnet smerte, er det allikevel viktig at sykepleier forsøker å forklare barnet nødvendigheten av behandlingen. Sykepleier bør også lytte til hva barnet sier om opplevelsen, slik at barnets stemme ikke blir ignorert. Forskningsresultater i studien utført av Kangasniemi, Papinaho og Korhonen (2014) viser at premie eller belønning ble sett på som positivt for de yngste barna, dette i form av blant annet trøst, ros eller et diplom.

Det rapporteres i studien til Kangasniemi, Papinaho og Korhonen (2014) at dokumentasjon er viktig for å kartlegge, forhindre og redusere hendelser med anvendt tvang. Resultater av

studier viser at sykepleiere stadig forsøker å finne tiltak eller metoder for å opparbeide et godt samarbeid med barnet, slik at barnets stressnivå reduseres (Kangasniemi, Papinaho, Korhonen 2014; Svendsen og Bjørk 2014). Imidlertid viser forskningsresultater at sykepleiere i blant anvender tvang for å sikre nødvendig behandling. Det er da viktig at barnet får trøst og oppmuntring, både under og etter prosedyren. Dette for å redusere barnets ytterligere opplevelse av angst (Kangasniemi, Papinaho og Korhonen 2014).

5.4 Metodiske overveielser

Det var en utfordring å finne studier som forsket kun på barn i aldersgruppen 4-7 år. På bakgrunn av dette ble artikler med et bredere aldersspekter inkludert, som for eksempel i undersøkelsen til Schmidt m.fl. hvor barn i alder 0-18 år deltok. Imidlertid er artiklene blitt analysert kritisk. Forfatterne har i de fleste tilfeller notert barnets alder før en eventuell subjektiv opplevelse er beskrevet.

Noe eldre litteratur er anvendt, og dette kan være en svakhet i forbindelse med at deler av oppgaven ikke er oppdatert i relasjon til nyere forskning. Til tross dette, ble det allikevel inkludert forskning- og faglitteratur, fordi ble ansett som relevant i forbindelse med å besvare problemstillingen i oppgaven. På en annen side er det inkludert studier fra år 2014, som skaper innovasjon og ny innsikt.

Artiklene som er inkludert i oppgaven, viser til forskning med kvantitative eller kvalitative metoder. Ved kvalitative studier er det begrenset antall deltakere, og det fokuseres på den enkeltes subjektive oppfatninger (Polit og Beck 2010). Dette var viktig for å vurdere om tiltakene sykepleiere utførte i studiene hadde effekt, og om pasientene hadde innvendinger om eventuelle andre tiltak som hadde bedre effekt. I kvantitative studier tar forskningen for seg utfallet av intervensjon på en større populasjon (Polit og Beck 2010). Dette var en fordel for å skaffe bred innsikt på forskningsområdet. I analyse og søk etter studier er Helsinkideklarasjonens etiske prinsipper forsøkt vektlagt (World Medical Association 2015). Alle artiklene er primærartikler, noe som medfører at validiteten til artiklene er av god kvalitet, samt at en unngår feiltolkning av resultat (Polit og Beck 2010).

Det har blitt satt av mye tid til oversettelse og analyse av de utvalgte artiklene. Imidlertid kan det ha forekommet feil i tolkninger og oversettelse, da de fleste studiene er skrevet på engelsk, med unntak av en dansk studie. Tolkninger av forskningsresultat bør derfor leses kritisk.

6.0 Konklusjon:

Hvordan kan sykepleier bidra til å redusere barnets opplevelse av stress og angst i et akuttmottak?

Forskning på området viser at positiv atferd og holdning hos sykepleiere, som berøring, smil, øyekontakt og anerkjennelse ved navn, har en innvirkning på barnets velvære i møte med sykehuset og helsepersonell. Resultater fra studier viser at barn verdsetter humor, og kan forstå humoristiske innspill dersom de befinner seg i en situasjon hvor de føler kontroll og trygghet. Det er viktig at sykepleier starter tidlig med å styrke og fremme gode relasjoner, da dette bidrar til økt trygghet og kontroll hos barnet.

Smerten til barnet bør behandles så tidlig som mulig, da smerte påvirker stress og angst. Forskningsresultater viser at smertevurdering bør foretas av alle inkluderte parter som barnet selv, foreldre og sykepleier. Barn i alderen 4-7 år kan gi pålitelig uttrykk for egen smerte. Ved at barnet får delta i egen smertevurdering, så vil dette bidra til å styrke barnets autonomi, samt barnets kontroll over sykdomssituasjonen. Skjema for vurdering av smerte bør være tilpasset barnets alder og kognitiv utvikling. Bieris ansiktsskala kan være aktuell å anvende, men smertevurderingen bør ikke basere seg på denne alene. Smertevurdering fra foreldrene er nyttig, da de kjenner sitt eget barn best. Ved at sykepleier kan sammenligne sin oppfatning av smerte med barnets og deres foreldre, vil dette øke kvaliteten på vurderingen og barnet vil mest sannsynlig få korrekt medikamentdose. På bakgrunn av dette bør det leveres ut skjema for smertevurdering som fast rutine i akuttmottaket, spesielt når barn er involvert. En tidlig smertevurdering resulterer i at barnet får nødvendig smertelindring også i forkant av smertefulle prosedyrer. Tilpasset dose smertestillende medisin, kan sannsynligvis føre til at fysisk ubehag hos barnet lindres, og at stress og angst hos barnet reduseres deretter.

Resultater viser at en reduksjon av fysiologisk smerte ikke er tilstrekkelig nok for å redusere barnets stress. Deres psykologiske stress må også behandles, da dette påvirker barnets opplevelse av velvære. Bruk av ikke-farmakologiske behandlingsmetoder er hensiktsmessig for å skape en trygg atmosfære. Dette kan bidra til å skape en god relasjon og et godt samarbeid med barnet. Metoder som bidrar til at barnet opplever kontroll i en stressende situasjon, eller metoder som bidrar til å avlede barnet vekk fra situasjonen, er aktuelle. Barna opplever økt forutsigbarhet og kontroll når sykepleierne tar seg tid til aktivt å lytte og lar

barna få alternativer til ulike behandlinger, slik at de kan være med og bestemme.

Avledningsmetoder, som såpebobler, varmepute og TV ga også gode resultater. Dette er enkle metoder, som bør være tilgjengelig også i akuttmottaket. Sykepleier bør allikevel ha hyppige tilsyn med barnet, slik at barnet opplever at sykepleier er i nærheten.

Mye kan tyde på at bruk av avledningsmetoder kun bør brukes dersom barnet har opplevd forutsigbarhet og oppnådd en viss kontroll før undersøkelsen. Det er viktig at sykepleier har kunnskap om metoder som skaper kontroll hos barnet, siden forskningsresultater viser at distraksjon alene kan føre til at barnets stressnivå øker ytterligere. Avledning bør tilpasses barnets utvikling, alder og stressnivå før det anvendes. Kunnskap om barns utviklingstrinn er derfor grunnleggende for sykepleier når han eller hun skal behandle barn som opplever stress og angst.

Når barnet kommer til akuttmottaket er det viktig at sykepleier informerer foreldrene om nødvendig behandling, slik at sykepleierne kan oppnå et godt samarbeid med barnet. I enkelte tilfeller kan sykepleier være nødt til å anvende tvang, dersom barnet ikke samarbeider. Barnet har krav til selvbestemmelsesrett, men har på grunn av alder redusert evne til å forstå sykdom og behandling. Sykepleier kan derfor komme i situasjoner hvor de opplever etiske dilemmaer i forbindelse med dette, og de må forsøke å se hvilke valgmuligheter de har. Videre å veie for og imot i forhold til hva som er mest etisk riktig i situasjonen. Til tross for en akutt situasjon, kan det allikevel være et alternativ å anvende ikke-farmakologiske metoder, slik at en ikke behøver å anvende tvang. Hvis tvang må anvendes er det viktig at situasjonen dokumenteres og at barnet opplever trøst i ettertid.

7.0 Litteraturliste:

- Aveyard, H. (2014) *Doing a literature review in health and social care, 3rd edition*. Berkshire: Open University Press.
- Barnekonvensjonen (1989) *Fns konvensjon om barnets rettigheter* [online]. Regjeringen.no. URL:
https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/bfd/bro/2004/0004/ddd/pdfv/178931-fns_barnekonvensjon.pdf (04.05.15)
- Baxter, A.L., P.H. Ewing, G.B. Young, A. Ware og N. Evans (2013) EMLA application exceeding two hours improves pediatric emergency department venipuncture success. I: *Advanced emergency nursing journal*, 35 (1), Januar-Mars, s. 67-75.
- Befring, E.(2010) *Kvantitativ metode*. [online] URL:
<https://www.etikkom.no/FBIB/Introduksjon/Metoder-og-tilnarminger/Kvantitativ-metode/> (10.05.15)
- Coyne, I. (2006) Children's experiences of hospitalization. I: *Journal of child health care*. 10(4), Mars, s. 326-336
- Database for statistikk om høgre utdanning (u.å) *Publiseringskanaler* [online] URL:
<https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside> (06.05.15)
- Eide H. og T. Eide (2010) *Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning, etikk*, 2utg. Oslo: Gyldendal akademisk
- Fangen, K.(2010) *Kvalitativ metode*. [online]. URL:
<https://www.etikkom.no/FBIB/Introduksjon/Metoder-og-tilnarminger/Kvalitativ-metode/> (10.05.15)
- Fein, J.A., W.T Zempsky og J.P Cravero (2012) Relief of pain and anxiety in pediatric patients in emergency medical systems. I: *American academy of pediatrics*, 130 (5), November, s. 1391-1405.

- Festini F., V. Occhipinti, M. Cocco, K. Biermann, S. Neri, C. Giannini, V. Galici, M. de Martino og S. Caprilli(2009) Use of non-conventional nurses' attire in a paediatric hospital: a quasi-experimental study. I: *Journal of clinical nursing*, 18(7), Mars, s. 1018-1026
- Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (2000) *Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon. Fastsatt ved kgl.res 07.september 1988 nr. 746 med hjemmel i lov 02.juli 1999 nr.61 om barns opphold i helseinstitusjon* [online] URL: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1217> (08.04.15)
- Foss, M. (2014a) *Forskningsområde klinisk sykepleie* [online] Høgskolen i Gjøvik. URL: <http://www.hig.no/forskning/helse/sykepleie/forskning> (18.04.15)
- Foss, M. (2014b) *Kvalitet i sykepleie* [online] Høgskolen i Gjøvik. URL: <http://www.hig.no/forskning/helse/sykepleie/forskning/kvalitet> (18.04.15)
- Gilje, N. og H. Grimen (2013) *Samfunnsvitenskapenes forutsetninger – innføring i samfunnsvitenskapernes vitenskapsfilosofi*. Oslo: Universitetsforlaget AS
- Gjørund P. og R. Huseby (2010) *Psykologi 1*. Oslo: Cappelen damm
- Griffin, R.A., D.F. Polit, M.W Byrne (2008) Nurse characteristics and inferences about children's pain. I: *Pediatric Nursing*, 34 (4), Juli-August, s. 297-305.
- Grønseth R. og T. Markestad (2011) *Pediatri og pediatrik sykepleie. 3 utg.* Bergen: fagbokforlaget.
- Hawley, M.P. (2000) Nurse comforting strategies. I: *Clinical nursing research*, 9(4), November, s. 441-459.
- Hedén, L., L. Von Essen og G. Ljungman (2008) Randomized interventions for needle procedures in children with cancer. I: *European journal of cancer care*, 18(4), s. 358-363.
- Helsepersonelloven (1999) *Lov om helsepersonell* [online] Lovdata. URL: <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64> (20.04.15)

- Håkonsen, K.M. (2009) *Innføring i psykologi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kangasniemi, M., O. Papinaho og A. Korhonen (2014) Nurses' perceptions of the use of restraint in pediatric somatic care. I: *Nursing ethics*, 21(5), s. 608-620.
- Koller, D. og R.D Goldman (2012) Distraction techniques for children undergoing procedures: A critical review of pediatric research. I: *Journal of pediatric nursing*, 27(6), s. 652-681.
- Kortessluoma R.L., M. Nikkonen og W. Serlo (2008) You must have to make the pain go away – childrens experiences of pain management. I: *Pain management nursing*, 9(4), s.143-149
- Kristensen, A.D., A.L Andersen og L. Nikolajsen (2009) Børns smerter underbehandles i skadestuen. I: *Sygeplejersken*, 19, s 56-60.
- Nortvedt, F (2000) Smertelindring – ny kunnskap gir nye muligheter. I: *Vård i nord*. 20(1), mars, s. 32-35
- Nortvedt, L og B.F Kase (2000) Barns rettigheter i norske sykehus- er barn og foreldre fornøyde?. I: *Tidsskrift for den norske legeforening*, 120(4) februar, s. 469-471
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) *Lov om pasient- og brukerrettigheter* [online] Lovdata. URL: <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> (20.04.15)
- Pelander, T og H. Leino-Kilpi(2010) Children's best and worst experiences during hospitalization. I: *Scandinavian journal of caring science*, 24(4), Desember, s. 726-733
- Pines J. M og J. Abualenain (2013) Emergency department crowding. I: *Notfall & Rettungsmedizin*, 16(2), Januar, s 93-94
- Pines J.M og J.E Hollander (2008) Emergency department crowding is associated with poor care for patients with severe pain. I: *annals of emergency medicine*. 51(1), Januar, s. 1-5

- Pohl, J., M.C. Olmstead, K.E. Wynne Edwards, K. Harkness og J.L. Menard (2007) Repeated exposure to stress across the childhood-adolescent period alters rats' anxiety – and depression-like behaviors in adulthood: The importance of stressor type and gender. I: *Behavioral neuroscience*, 121(3), s. 462-474
- Polit, D.F og C. T Beck (2010) *Essentials of nursing research. Appraising evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins
- Schmidt, C., L. Bernaix, A. Koski, J. Weese, M. Chiappetta og K. Sandrik (2007) Hospitalized children's perceptions of nurses and nurse behaviors. I: *MCN: The american journal of maternal child nursing*, 32(6), November-desember, s. 336-342.
- Sneltvedt, T. (2013) Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. I: Brinchmann B.S(red.). *Etikk i sykepleien, 3 utg*, s. 97-116
- Spesialisthelsetjenesteloven (1999) *Lov om spesialisthelsetjenesten* [online]. Lovdata. URL: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=spesialisthelsetjenesteloven> (04.05.15)
- Statistisk sentralbyrå (2014) *Pasienter på somatiske sykehus, 2013*. [online] URL: <https://www.ssb.no/pasient> (04.04.15)
- Steen H.F. (2012) Utviklingspsykologi. I: Tveiten, S., A. Wennick og H.F. Steen. *Sykepleie til barn- familiesentrert sykepleie*. Oslo: Gyldendal, s. 83-108
- Strand, V.B. (2014) *Menneskerettighetene*. [online] store norske leksikon. URL: <https://snl.no/menneskerettigheter> (03.05.15)
- Stubberud, D.G. (2013) Psykososiale konsekvenser av å være akutt og kritisk syk. I: Stubberud, D.G(red.) *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. s, 13-37
- Støren, I. (2013) *Bare søk! Praktisk veiledning i å skrive litteraturstudier*. Oslo: Cappelen Damm AS
- Svartdal, F. (2014) *Fagfelle vurdering*. [online] Store norske leksikon. URL: <https://snl.no/fagfelle vurdering> (13.03.15)

- Svendsen, E.J. og I.T. Bjørk (2014) Experienced nurses' use of non-pharmacological approaches comprise more than relief from pain. I: *Journal of pediatric nursing*, 29(4), s. 19-28.
- Sykehuset innlandet HF (2015) *Akuttmottak Gjøvik*. [online] Helse sør-øst: Sykehuset innlandet HF. URL: [http://www.sykehuset-innlandet.no/omoss_/avdelinger_/divisjon-gjovik_/akuttmottak-gjovik_\(04.04.15\)](http://www.sykehuset-innlandet.no/omoss_/avdelinger_/divisjon-gjovik_/akuttmottak-gjovik_(04.04.15))
- Tveiten, S. (2012a) Barns helse og livskvalitet. I: Tveiten, S., A. Wennick, H. F. Steen. *Sykepleie til barn - Familiesentrert sykepleie, 1 utg.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 42-82
- Tveiten, S. (2012b) Helsepedagogikk og helsekommunikasjon i forhold til barn og foreldre. I: Tveiten, S., A. Wennick og H.F Steen. *Sykepleie til barn – familiesentrert sykepleie, 1 utg.* Oslo: Gyldendal, s. 157-204
- Tveiten, S. (2012c) Hva er spesielt ved sykepleie til barn og familiesentrert sykepleie? I: Tveiten, S., A. Wennick og H.F Steen. *Sykepleie til barn – familiesentrert sykepleie.* Oslo: Gyldendal, s. 11-41
- U.S National Library of Medicine (2013) *Medical subject headings* [online] URL: <https://www.nlm.nih.gov/pubs/factsheets/mesh.html> (20.04.15)
- Wennick,A (2012) Sykepleie til barn. I: Tveiten, S., A. Wennick og H.F Steen. *Sykepleie til barn – familiesentrert sykepleie, 1 utg.* Oslo: Gyldendal, s. 110-156
- World Medical Association (2015) *Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. [online]. URL: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html> (04.05.15)
- Zempsky, W.T og Cravero J.P (2004) Relief of pain and anxiety in pediatric patients in emergency medical systems. I: *Pediatrics*. 114(5), November, s. 1348-1356

8.0 Vedlegg:

8.1 Vedlegg 1:

PICO-skjema:

Patient/Problem	Intervention	Comparison	Outcome
Barn i akuttmottak, som opplever stress og angst.	Tiltak som kan iverksettes, for å redusere stress og angst hos barnet.	Ulike tiltak drøftes og sammenfattes.	Redusere stress og angst hos barnet, og hjelpe barnet til å ivareta kontroll ved akutt sykdom.