



Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

Bacheloroppgave

Hvordan kan sykepleier fremme trygghet hos barn preoperativt?

Innleveringsdato: 05.06.2019

Emnekode: HSYK3003

Kandidatnummer: 10178

Antall ord: 8785

Sammendrag

Hvordan kan sykepleier fremme trygghet hos barn preoperativt?

Bacheloroppgaven diskuterer hvordan sykepleieren kan fremme trygghet hos barn i den preoperative fasen. Hensikten med oppgaven er å finne ulike faktorer og tiltak som bidrar til å fremme trygghet i sykepleien som blir gitt til barn i den preoperative fasen, og øke egen kunnskap om emnet. Besvarelsen er en litteraturstudie som baserer seg på forsknings-, litteratur- og erfaringsbasert kunnskap. Teori om det preoperative forløpet, barnets utvikling, trygghet, stress, mestring, kommunikasjon, informasjon og familiesentrert sykepleie er sentralt for å forstå hva som kan fremme trygghet. Katie Erikssons omsorgsteori vil også presenteres. De sentrale temaene som kommer frem i forskningsartiklenes resultater er kommunikasjon, informasjon, mestringsstrategier og foreldrenes rolle.

Diskusjonen konkluderer med at sykepleieren gjennom kommunikasjon og informasjon kan fremme trygghet hos barnet og foreldrene. Sykepleieren bør støtte barnets bruk av mestringsstrategier. Foreldrene er viktige for førskolebarnets trygghet, og sykepleieren må derfor også støtte foreldrene preoperativt.

Nøkkelord: sykepleie, barn, sykehus, preoperative forberedelser, trygghet

Innhold

Tabeller.....	iii
1. Innledning	4
1.1. Introduksjon av tema	4
1.2. Bakgrunn for valg av tema	4
1.3. Definisjon av problemstillingens sentrale begrep	5
1.4. Avgrensning og presisering av problemstillingen.....	5
1.5. Oppgavens kapitler	5
2. Metode	6
2.1. Metodebeskrivelse.....	6
2.2. Søkehistorikk med søketabell.....	6
2.3. Valg av litteratur.....	8
2.4. Kildekritikk.....	9
3. Empiri	10
3.1. Artikkelmatrise	10
3.2. Resultatpresentasjon	14
4. Teori	16
4.1. Det preoperative forløpet	16
4.2. Barnets utvikling.....	16
4.3. Trygghet, stress og mestring	17
4.4. Kommunikasjon og relasjoner.....	18
4.5. Informasjon	19
4.6. Familiesentrert sykepleie.....	20
4.7. Sykepleieteori.....	20
5. Diskusjon.....	22
5.1. Kommunikasjon med barnet.....	22
5.2. Trygghet gjennom informasjon	23
5.3. Barnets bruk av mestringsstrategier	25
5.4. Foreldrenes rolle i den preoperative fasen	27
6. Konklusjon.....	28
Referansliste.....	29

Tabeller

Tabell 1 Søketabell	6
Tabell 2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	8
Tabell 3 Artikkelmatrise.....	10

1. Innledning

Dette kapittelet inneholder introduksjon og bakgrunn for valg av tema. Problemstillingen og dens sentrale begrep, avgrensning og presisering vil bli presentert.

1.1. Introduksjon av tema

I 2018 ble 74 948 barn mellom null og ni år innlagt ved norske sykehus (Statistisk sentralbyrå, 2019), og en del av disse ble innlagt for å gjennomgå kirurgiske inngrep. Å skulle bli operert er en uforutsigbar og usikker situasjon for barnet, der det er vanskelig å vite hva man skal forvente (Finrud, 2017). Sykdom, kirurgiske inngrep og sykehusinnleggelse bringer med seg usikkerhet, uforutsigbarhet, frykt, engstelse, ubehag og ofte smerter, som medfører stress og engstelse hos både barnet og dets foreldre (Grønseth & Markestad, 2017). Preoperativt stress og engstelse kan påvirke innledningen til narkosen og gi økt uro, kvalme og smerter postoperativt, og kan medføre ettervirkninger som engstelse, mareritt, søvnforstyrrelser og separasjonsangst (Finrud, 2017; Kain, Mayes, Caldwell-Andrews, Karas, & McClain, 2006).

Å redusere engstelse og stress, samt øke barnets og familiens evne til å mestre opplevelsen, kan bidra til raskere rehabilitering og kortere sykehusopphold (Finrud, 2017). Videre tilpasser trygge barn seg situasjonen lettere, og er mer samarbeidsvillige. Helsepersonelloven (1999, § 4) fastslår at sykepleiere skal utøve yrket sitt faglig forsvarlig, og gi omsorgsfull hjelp. Sykepleierens opptreden og tiltakene som gjøres bør bygges på både sykepleiefaglig og barnefaglig kompetanse, noe som innebærer kunnskap om hva som bidrar til trygghet og mestring (Grønseth & Markestad, 2017). Sykepleieren må ha kunnskap om barns utvikling, og om hvordan barn og deres foreldre best kan forberedes på inngrepet. Videre må sykepleieren ha kunnskap om anestesiens og det kirurgiske inngrepets fysiske påvirkning på barnet, og om mulige komplikasjoner som kan oppstå (Finrud, 2017). Sykepleiere som møter pasienten preoperativt har ansvar for å støtte, informere og forberede pasienten på det som skal skje (Berntzen mfl., 2016). Sykepleien som gis må tilpasses både barnets fysiske, kognitive og følelsesmessige særtrekk på utviklingstrinnet det befinner seg i (Finrud, 2017).

Når barn legges inn på sykehus er foreldrene som oftest med under oppholdet. Tveiten (2012b) skriver at både foreldre og søsken har en naturlig plass i barneavdelingen, og at det stilles store krav til både familien og personalet når barn er innlagt i sykehus. Det har stor betydning at foreldrene er til stede og deltar i omsorgen for barnet sitt (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 6-2; Tveiten, 2012b). I forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (2000, § 6) presiseres det likevel at selv om foreldrene er til stede, skal sykepleier gi barnet pleie og omsorg.

1.2. Bakgrunn for valg av tema

Jeg har selv vært i praksis ved en barnekirurgisk avdeling, og er opptatt av at barnet skal få et så bra sykehusopphold som mulig. I praksisstudiene erfarte jeg at svært mange barn var engstelige preoperativt. Jeg ønsker derfor å undersøke hva slags tiltak som kan utføres for å redusere engstelse preoperativt, og undersøke ulike faktorer og forhold som bidrar til å fremme trygghet hos barn. Hensikten med oppgaven er å finne ulike faktorer som

bidrar til å fremme trygghet i sykepleien som blir gitt til barn i den preoperative fasen, samt øke egen kunnskap om emnet.

Problemstillingen er på bakgrunn av dette: *Hvordan kan sykepleier fremme trygghet hos barn preoperativt?*

1.3. Definisjon av problemstillingens sentrale begrep

Trygghet er et grunnleggende behov hos mennesket, og handler blant annet om kontroll, sikkerhet, å føle seg tillitsfull og at man er i gode hender (Eide & Eide, 2010; Segesten, 2016).

Den preoperative fasen er perioden fra det blir bestemt at pasienten skal opereres, til pasienten er ankommet operasjonsstuen (Berntzen mfl., 2016).

Å *fremme* kan defineres som å føre til, legge vilkårene til rette for, eller stimulere (Wiktionary, 2017).

1.4. Avgrensning og presisering av problemstillingen

Oppgaven avgrenses til barn som skal gjennomgå elektive kirurgiske inngrep. Oppgaven omhandler barn i førskolealder, aldersgruppen tre til seks år. Oppgaven er rettet mot barn som ikke er vant med sykehus fra tidligere, og som opplever sykehusmiljøet som nytt og ukjent. Oppgaven skiller ikke mellom om pasienten befinner seg ved sengeposter, poliklinikker eller andre kirurgiske enheter, da dette ikke har vesentlig betydning for sykepleien som gis. Hovedfokuset i denne oppgaven vil være tidsbegrenset til perioden fra pasienten kommer til avdelingen til pasienten blir tatt hånd om av operasjonspersonellet.

Oppgaven vil kun omtale ikke-medikamentelle tiltak. Berntzen mfl. (2016) påpeker at bruk av medikamenter for å redusere preoperativ engstelse kan være nødvendig, men at dette burde komme i tillegg til andre ikke-medikamentelle tiltak. Tiltak utført av andre yrkesgrupper enn sykepleiere vil ikke bli omtalt, som for eksempel sykehusklovner, som har vist god effekt i å redusere engstelse hos barn (Fernandes & Arriaga, 2010). Tveiten (2012b) påpeker at kulturforskjeller og manglende språkferdigheter kan utgjøre et problem i sykehussituasjon, der behov for informasjon, forståelse og samarbeid vil være stort. Slike temaer er viktig for sykepleieren å reflektere over og ta hensyn til, men vil ikke bli belyst i oppgaven.

Pasienten blir i oppgaven omtalt som «barnet», og foreldre eller andre foresatte vil bli omtalt som «foreldre».

1.5. Oppgavens kapitler

Oppgaven er inndelt i seks kapitler. I andre kapittel beskrives valg av metode og litteratur, i tillegg til at søkehistorikk og kildekritikk presenteres. Det tredje kapittelet omhandler empiri. Her presenteres en artikkelmatrise med relevant forskningslitteratur og tilhørende resultater. I det fjerde kapittelet, teoridelen, vil aktuelle begreper, fenomener og sykepleieteori beskrives. Dette danner grunnlaget for den videre drøftingen. I diskusjonen i kapittel fem, vil problemstillingen drøftes opp mot teori og forskningsresultater. Avslutningsvis vil denne litteraturstudien bli konkludert i kapittel seks.

2. Metode

I dette kapittelet skal jeg redegjøre for datainnsamlingen og analysen av kildene som er brukt i oppgaven. Metoden forteller en noe om hvordan man kan gå frem for å finne frem til kunnskap (Dalland, 2012, s. 111).

2.1. Metodebeskrivelse

Metoden som er benyttet for å finne svar på problemstillingen er en litteraturstudie. Aveyard (2014) definerer en litteraturstudie som en omfattende studie og tolkning av litteratur som relaterer seg til et bestemt emne. Hensikten er å besvare et tydelig definert spørsmål, og dette gjør man gjennom å søke etter og analysere relevant litteratur ved å bruke en systematisk tilnærming. Litteraturstudier er viktige fordi de gir oversikt og søker å oppsummere litteraturen som er tilgjengelig i et bestemt område, og kan gi en ny innsikt (Aveyard, 2014).

2.2. Søkehistorikk med søketabell

Det er utført søk i databasene Oria og Cinahl. Oria er universitetsbibliotekets database, mens Cinahl er en anerkjent database som er spesialisert på sykepleieforskning (Forsberg & Wengström, 2015). Jeg har benyttet meg av kun engelske søkeord for å få et bredere utvalg av forskning. Søkeord som ble brukt i ulike kombinasjoner er: preoperative, anxiety, children, nurse/nursing, stress, information, education, coping strategies, hospital og interaction. Søketabellen gir en oversikt over hvordan søkene ble utført.

Tabell 1 Søketabell

Database	Søk	Søkeord	Avgrenset til	Antall treff	Leste overskrifter	Leste abstracts	Leste artikler	Artikkel inkludert
Oria 15.03.19	S1	Preoperative anxiety		36 012				
	S2	Preoperative nursing		81 382				
	S3	Children		10 833 562				
	S4	S1 AND S2 AND S3	Fra fagfelleverdert tidsskrift, årstall: 2009-2019, engelsk, emne: preoperative care	102	102	57	8	4 (A, B, C, D)
Cinahl 05.04.19	S1	Children		600 808				
	S2	Preoperative anxiety		555				

	S3	Nurse OR nursing		758 552				
	S4	S1 AND S2 AND S3		26				
	S5	S1 AND S2 AND S3	Årstall: 2009-2019, Academic Journals	11	11	8	3	1 (E)
Cinahl 08.04.19	S1	Preoperative		50 228				
	S2	Information OR education		926 532				
	S3	Children		601 130				
	S4	Nurse OR nursing		758 664				
	S5	S1 AND S2 AND S3 AND S4		73				
	S6	S1 AND S2 AND S3 AND S4	Årstall: 2009-2019, Age - child, preschool: 2-5 years, Academic Journals	18	18	7	2	1 (F)
Oria 08.04.19	S1	Anxiety or stress		661 241				
	S2	Preoperative care		328 202				
	S3	Children		10 940 823				
	S4	S1 AND S2 AND S3	Årstall: 2009-2019, Fagfelleverderte tidsskrift, Engelsk, tem: children, preoperative care	22	22	5	4	1 (G)
Cinahl 08.04.19	S1	Coping strategies		8964				
	S2	Children		601 130				
	S3	Hospital		289 555				
	S4	S1 AND S2 AND S3	Årstall: 2009-2019, Age - child, preschool: 2-5	14	14	3	2	1 (H)

			years, Academic Journals,					
Cinahl 29.04.19	S1	Interaction between nurse and child		37				
	S2	S1	Årstall: 2009-2019, Age - child, preschool. 2-5 years	7	7	2	1	1 (I)

2.3. Valg av litteratur

Litteraturen som er brukt i oppgaven er valgt på bakgrunn av tema som kan belyse problemstillingen. Det er først og fremst benyttet relevant pensumlitteratur og forskningsartikler. Grønseth og Markestad (2017) og Eide og Eide (2010) er eksempler på pensumlitteratur som er mye brukt i oppgaven. Annen litteratur er brukt når det har vært behov for å utdype, i tillegg til aktuelt lovverk.

Inklusjons- og eksklusjonskriteriene viser hva som er relevant, og ikke, for å svare på oppgavens problemstilling. De gjør det lettere å finne frem til forskningsartikler. For å sikre kvalitet ble studiene inkludert dersom de var fagfellevurdert, ble publisert de siste ti årene og hadde IMRaD-struktur. IMRaD-strukturen er en velkjent norm for oppbygging og struktur av artikler, og står for introduksjon, metode, resultat og (and) diskusjon (Dalland & Tygstad, 2012, s. 79). Forskningsartiklene måtte omhandle elementer som kan fremme trygghet hos barn mellom tre og seks år på sykehus eller i den preoperative fasen. Studier med overførbarhet til norsk sykepleiepraksis, og som hadde sykepleieperspektiv, ble vektlagt. Studier som kun omhandler barn med langvarig eller tilbakevendende sykdom, eller psykiske lidelser, har blitt ekskludert.

Tabell 2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Fagfellevurdert	Barn med langvarig eller tilbakevendende sykdom
Artikler publisert etter 2009	Barn med psykiske lidelser
Barn mellom tre og seks år	Lege- eller behandlingsperspektiv
Sykepleieperspektiv	Behandling utenfor sykehus
IMRaD-struktur	Artikler publisert før 2009
Studier med overførbarhet til norsk praksis	
Artikler med elementer som kan fremme trygghet preoperativt	
Følger etiske retningslinjer	
Språk: engelsk, norsk, svensk og dansk	

2.4. Kildekritikk

Dalland & Tygstad (2012) skriver at kildekritikk handler om å vurdere og karakterisere kildene som anvendes.

Litteraturen som er brukt i oppgaven baserer seg hovedsakelig på andre studier, noe som gjør de til sekundærkilder (Dalland, 2012). Bruk av sekundærkilder kan være en svakhet, men har også en styrke i at de er vurdert og sammenlignet med annen litteratur. Alle forskningsartiklene, og det meste av litteraturen som er brukt, er publisert de siste ti årene. Erikssons bok (1997) er litteratur av eldre årgang, og kan derfor være mindre pålitelig. Erikssons omsorgsteori er likevel anerkjent innen sykepleien, og er relevant for å besvare problemstillingen.

Forskningsartiklene omhandler barn mellom null og tolv år, med hovedtyngde på aldersgruppen tre til seks år. Det kan være en svakhet at ikke kun den valgte aldersgruppen er inkludert i studiene, men samtidig kan resultatene være overførbare. De fleste forskningsartiklene er fra land som kan sammenlignes med Norge. Dette inkluderer studier fra Sverige, Finland, Nord-Irland og USA. To av studiene er utført i De forente arabiske emirater, Jordan og Tyrkia. Den preoperative sykepleien som blir gitt i de sistnevnte landene kan være annerledes fra Norge. Disse er inkludert likevel, på grunn av at de handler om lek, noe som er relativt universalt og kan relateres til alle barn.

I litteraturstudier er det viktig å velge studier som har blitt godkjent av en etisk komité, eller der etiske hensyn har blitt gjort (Forsberg & Wengström, 2015). Alle de inkluderte studiene er godkjent av etiske komitéer. Forsberg & Wengström (2015) påpeker at det er vesentlig å inkludere alle studier, og at det er uetisk å ekskludere de som ikke støtter ens egen hypotese. Alle relevante studier er inkludert.

Ettersom jeg har erfaringer med temaet fra tidligere, kan en feilkilde være at jeg har tolket litteraturen i relasjon til egne erfaringer. Forsberg & Wengström (2015) påpeker at graden av objektivitet kan være en svakhet ved alle studier. En annen svakhet med litteraturstudier kan være at man har tilgang til en begrenset mengde relevant forskning (Forsberg & Wengström, 2015). I denne oppgaven er det utført søk i to databaser, grunnet tidsbegrensning, og dette kan ha påvirkning på hvilke forskningsartikler som inkluderes. I tillegg er oppgaven etter universitetets retningslinjer begrenset i omfang. En større studie bør utføres for å evaluere flere tiltak enn de omtalt i oppgaven, og for å gå mer i dybden på de omtalte tiltakene og aspektene ved den preoperative sykepleien som gis til den barnekirurgiske pasienten.

3. Empiri

Empiri er fakta som understøttes av erfaring, og brukes i forskning om kunnskap som er hentet inn ved hjelp av undersøkelser og systematiske observasjoner (Malt & Tranøy, 2018). I dette kapitlet vil jeg presentere en artikkelmatrise med forskningsartiklene jeg har funnet. Artikkelmatrisen inkluderer studienes hensikt, metode og resultat, samt relevans for denne oppgaven. Deretter vil forskningens resultater presenteres.

3.1. Artikkelmatrise

Tabell 3 Artikkelmatrise

Referanse Artikkel A	Al-Yateem, N., Brenner, M., Shorrab, A. A., & Docherty, C. (2016). Play distraction versus pharmacological treatment to reduce anxiety levels in children undergoing day surgery: a randomized controlled non-inferiority trial. <i>Child: Care, Health and Development</i>, 42(4), 572–581.
Hensikt	Å undersøke effekten av distraksjon gjennom lek sammenlignet med tradisjonell premedikasjon for å redusere angst hos barn som skulle gjennomgå kirurgiske inngrep.
Metode	Randomisert kvantitativ studie som ble utført i De forente arabiske emirater og Jordan. Inkluderer 168 barn mellom tre og åtte år som skulle gjennomgå ulike kirurgiske inngrep, hvor alle var elektiv dagkirurgi under generell anestesi. Barn med signifikante syns- eller hørselsnedsettelse ble ekskludert. Effekten av historiefortelling, bilder og fargekartlegging i den ene gruppen, og premedikasjon hos den andre gruppen, ble målt av anestesipersonell og foreldre. I tillegg ble det tatt blodtrykk, puls og respirasjonsfrekvens. Dette ble gjort preoperativt, ved anestesistart og på recovery-avdeling.
Resultat	Studien viste at leking og historiefortelling som distraksjon fungerte like godt som tradisjonell premedikasjon med Midazolam for å redusere engstelse hos barna preoperativt. Bruk av lek som distraksjon inkluderer foreldrene, og fremmer familiesentrert pleie. Studien peker på at helsepersonell må omfavne lek og aktiviteter, og bruke dette for å forbedre barns opplevelse av sykehusoppholdet.
Relevans	Denne oppgaven har fokus på ikke-medikamentelle sykepleietiltak, noe som gjør denne studien relevant. Studien er utført i De forente arabiske emirater og Jordan, som kan være en svakhet. Lek er derimot relativt universelt, og premedikasjonen som ble brukt i studien er den samme som brukes ved norske sykehus.
Referanse Artikkel B	Fincher, W., Shaw, J., & Ramelet, A.-S. (2012). The effectiveness of a standardised preoperative preparation in reducing child and parent anxiety: a single-blind randomised controlled trial. <i>Journal of Clinical Nursing</i>, 21(7–8), 946–955.
Hensikt	Å evaluere effekten av strukturerte preoperative forberedelser på barn og foreldres engstelse, endringer i barnets oppførsel og foreldres tilfredshet.

Metode	Randomisert, kontrollert kvantitativ studie fra Australia. Inkluderte 73 barn mellom tre og tolv år, samt en av deres foreldre. Ekskluderte barn med kroniske sykdommer eller forsinket utvikling. Barna skulle gjennom ulike elektive kirurgiske inngrep under generell anestesi. Inkluderte en kontrollgruppe med standard forberedelser, og en eksperimentgruppe som fikk strukturerte forberedelser som inkluderte en bildeserie, demonstrasjon av utstyr ved bruk av rollemodellering og omvisning på sykehuset.
Resultat	De preoperative forberedelsene reduserte foreldrenes engstelse signifikant, og hadde noe effekt også på barnas engstelse. Barna i eksperimentgruppen hadde mindre smerter postoperativt. Det var ingen statistisk signifikant forskjell på endringer i oppførsel eller foreldrenes tilfredshet. 35% av familiene i eksperimentgruppen besøkte sykehuset utenfor den ideelle tidsperioden for besøk, noe som kan ha påvirket resultatet.
Relevans	Studien viser hvordan sykehusbesøk på forhånd kan ha innvirkning på preoperativ engstelse, noe som kan være aktuelt også i Norge.
Referanse Artikkel C	Millett, C. R., & Gooding, L. F. (2017). Comparing Active and Passive Distraction-Based Music Therapy Interventions on Preoperative Anxiety in Pediatric Patients and Their Caregivers. <i>Journal of Music Therapy</i>, 54(4), 460–478.
Hensikt	Å sammenligne effekten av to distraksjonsbaserte musikkterapiøktet for å redusere angst hos barnekirurgiske pasienter og deres foreldre.
Metode	Kvantitativ studie med 40 barn mellom null og fem år som skulle gjennomgå forskjellige typer dagkirurgi i USA. Preoperativ angst hos barnet og forelderen ble målt før og etter musikkterapiøktene. Deltakerne ble randomisert til enten en aktiv eller passiv gruppe. I den passive gruppen ble musikk spilt, men deltakerne ble ikke oppfordret til å synge eller danse med. I den aktive gruppen fikk deltakerne spille instrumenter selv, og ble oppmuntret til sang og deltakelse.
Resultat	Musikkterapi reduserte angst hos både barn og foreldre, uavhengig av gruppen de var i. Passiv og aktiv musikkterapi ga like mye effekt.
Relevans	Studien brukte en musikkterapeut, og ikke sykepleier, under gjennomførelsen. Studien er likevel relevant, da bruk av musikk, sang og lek også kan utføres av sykepleiere. Svakheter i at det ikke var noen kontrollgruppe som ikke fikk intervensjon.
Referanse Artikkel D	Nilsson, E., Svensson, G., & Frisman, G. H. (2016). Picture book support for preparing children ahead of and during day surgery. <i>Nursing Children and Young People (2014+); London</i>, 28(8).
Hensikt/ problemstilling	Å utvikle og evaluere bruken av en spesifikk bildebok laget for å forberede barn for anestesi og operasjon.
Metode	Kvalitativ studie fra Sverige som sammenlignet to forskjellige informasjonsmetoder før elektiv dagkirurgi hos 53 barn. Barna var mellom to og tolv år, og skulle gjennomgå øre-, nese- eller halskirurgi. Intervensjonen inkluderte bruk av et informasjonshefte med bilder og en bildebok. Deltakerne ble inndelt i to grupper, hvor den ene fikk

	standard rutineinformasjon og den andre fikk intervensjonen i tillegg. Foreldrene svarte på åpne spørsmål.
Resultat	Informasjonsheftet og bildeboka var verdifulle hjelpemidler for å forberede barn på anestesi og operasjon, ved å forklare det som skulle skje. Foreldrene uttrykket at kunnskap om prosedyren gjorde både dem og barnet trygge.
Relevans	At studien er svensk gjør den svært relaterbar til norske sykehus.
Referanse Artikkel E	Tunney, A. M., & Boore, J. (2013). The effectiveness of a storybook in lessening anxiety in children undergoing tonsillectomy and adenoidectomy in northern ireland. <i>Issues in Comprehensive Pediatric Nursing, 36(4), 319–335.</i>
Hensikt	Å undersøke effekten av historiefortelling for å redusere engstelse hos barnekirurgiske pasienter.
Metode	Kvantitativ studie som inkluderte 80 barn mellom fem og elleve år som skulle gjennomgå tonsillektomi eller adenoidektomi ved et universitetssykehus i Nord-Irland. Barna ble inndelt i to grupper: en eksperimentgruppe som fikk en bok med historiefortelling en kontrollgruppe som ikke fikk dette. Engstelse ble målt før og etter intervensjonen gjennom et selvrapporterings skjema som inkluderte tegninger.
Resultat	Historiefortelling var effektivt i å redusere angst preoperativt. Studien identifiserte to hovedkategorier av redsel knyttet til sykehusopphold hos barna: følelse av å miste kontroll og redsel for fysisk skade. I etterkant av studien var barna i kontrollgruppen mindre redde for ulike elementer knyttet til sykehus og helsevesenet.
Relevans	En svakhet ved studien er at den inkluderer barn mellom fem og elleve år. Den har likevel med fem- og seksåringer, som er inkludert i denne oppgaven.
Referanse Artikkel F	Wennström, B., Törnhage, C.-J., Nasic, S., Hedelin, H., & Bergh, I. (2011). The perioperative dialogue reduces postoperative stress in children undergoing day surgery as confirmed by salivary cortisol. <i>Pediatric Anesthesia, 21(10), 1058–1065.</i>
Hensikt	Å evaluere effekten av «perioperativ dialog», en spesifikk modell for kommunikasjon, gjennom å analysere kortisol i spyttet hos fem til elleve år gamle barn som skal gjennomgå dagkirurgi.
Metode	Kvantitativ studie med 93 barn, på et mellomstort sentralt sykehus i Sverige, som skulle gjennomgå forskjellige former for elektiv dagkirurgi under generell anestesi. De ble delt inn i tre grupper: 1) standard preoperativ pleie, 2) standard pleie inkludert preoperativ informasjon, og 3) standard pleie, preoperativ informasjon og perioperativ dialog. Spyttprøver ble tatt ved spesifikke tidspunkt i løpet av operasjonsdagen, for å måle stressreaksjonen i form av kortisol. Kommunikasjonsmodellen deles inn i preoperativ-, intraoperativ- og postoperativ dialog.
Resultat	Barn i perioperativ dialog-gruppen hadde signifikant lavere kortisol i spyttet postoperativt, og konsentrasjonen sank kontinuerlig i løpet av operasjonsdagen sammenlignet med de to andre gruppene. De fikk også mindre morfin postoperativt, sammenlignet med de andre gruppene. Det var ingen signifikant forskjell på de andre to gruppene.

Relevans	En svakhet er at den ikke inkluderer barn i den nederste aldersgruppen som denne oppgaven omhandler. Resultatene kan likevel være overførbare også for yngre barn. Sykepleierne i studien var anestesisykepleiere, men tiltakene i modellen kan også praktiseres av vanlige sykepleiere.
Referanse Artikkel G	Aydin, G. B., Yüksel, S., Ergil, J., Polat, R., Akelma, F. K., Ekici, M., & Odabaş, Ö. (2017). The effect of play distraction on anxiety before premedication administration: a randomized trial. <i>Journal of Clinical Anesthesia; Philadelphia, 36, 27–31.</i>
Hensikt	Å undersøke rollen til bruk av distraksjon gjennom lek med modelleire for å redusere engstelse før administrasjon av premedikasjon til barn.
Metode	Kvantitativ studie fra Tyrkia som inkluderte 104 barn mellom tre og syv år som skulle gjennomgå elektiv urogenital operasjon under generell anestesi. Barn som fått anestesi tidligere, og barn med kroniske sykdommer, forsinket utvikling eller signifikante syns- eller hørselsnedsettelse ble ekskludert. Barna fikk Midazolam som premedikasjon før anestesi, og ble delt inn i eksperimentgruppe og kontrollgruppe. Eksperimentgruppen fikk leke med modelleire før administrasjon av premedikasjon, mens kontrollgruppen ikke fikk leke med modelleire.
Resultat	Distraksjon gjennom lek med modelleire redusere engstelse hos barn preoperativt og gjorde det lettere å administrere premedikasjon.
Relevans	Studien er relevant da den viser hvordan lek kan redusere engstelse. En svakhet ved studien er at den er fra Tyrkia. Studien har hovedfokus på engstelse før administrering av premedikasjon, men ettersom dette er en del av den preoperative fasen vil den fortsatt være relevant.
Referanse Artikkel H	Salmela, M., Salanterä, S., Ruotsalainen, T., & Aronen, E. T. (2010). Coping strategies for hospital-related fears in pre-school-aged children. <i>Journal of Paediatrics and Child Health, 46(3), 108–114.</i>
Hensikt	Å beskrive barn mellom fire og seks år gamle sine selvrapporterte mestringsstrategier for sykehus-relatert frykt.
Metode	Kvalitativ studie med 82 barn i Finland hvor barn mellom fire og seks år ble intervjuet om deres mestringsstrategier for sykehus-relatert frykt. 34 barn var innlagt ved sykehus og ble intervjuet der, og 48 ble intervjuet i barnehage. Barn med forsinket utvikling ble ekskludert. Data i studien ble analysert med både kvalitative og kvantitative metoder.
Resultat	De vanligste mestringsstrategiene som ble rapportert fra barna var tilstedeværelse av foreldre og andre familiemedlemmer, hjelp av sykehuspersonell, positiv tenkning, humor og barnets eget leketøy eller kosedyr. Barna som ble intervjuet på sykehuset nevnte oftere lek som mestringsstrategi enn de som ble intervjuet i barnehage. Barna som ble intervjuet i barnehage nevnte oftere tilstedeværelse av foreldre og hjelp fra legen.
Relevans	Studien er fra Finland, noe som gjør den svært relaterbar til norske sykehus. At den har et perspektiv som få andre studier har for denne aldersgruppen, altså barnets egen mening om mestringsstrategier, er fordelaktig.

Referanse Artikkel I	Grahn, M., Olsson, E., & Mansson, M. E. (2016). Interactions Between Children and Pediatric Nurses at the Emergency Department: A Swedish Interview Study. <i>Journal of Pediatric Nursing, 31(3), 284–292.</i>
Hensikt	Å beskrive metoder sykepleiere bruker når de samhandler med barn på tre til seks år i barneakutt-mottak, og å identifisere aspekter som må undersøkes videre.
Metode	Kvalitativ studie som baserte seg på semi-strukturelle intervju av syv sykepleiere som jobber med barn ved et svensk barneakutt-mottak.
Resultat	Studien resulterte i tre hovedtema; 1) grunnlag for å kunne skape et godt møte, 2) sykepleiers tilpasninger når de møter barn og 3) begrensninger knyttet til å gi barn pleie og utøve familiesentrert pleie i barneakutt-mottaket. Studien peker på viktigheten av tilstrekkelig tid til å kunne kommunisere, slik at barnet og familien kan føle seg trygge under sykehusoppholdet. Å undervise sykepleierne i kommunikasjon med barn er også viktig.
Relevans	Studien omhandler barn ved akutt-mottak, og ikke barn som skal gjennomgå elektive kirurgiske inngrep, noe som kan være en svakhet. Sykepleiers interaksjon med barn kan likevel være overførbart.

3.2. Resultatpresentasjon

Kommunikasjon mellom barn og sykepleiere blir undersøkt i to av studiene. Wennström, Törnåge, Nasic, Hedelin, & Bergh (2011) vurderte effekten ved bruk av kommunikasjonsmodellen «perioperativ dialog», som har til hensikt å skape kontinuitet i pleien og dialogen i det perioperative forløpet. Studien til Grahn, Olsson, & Mansson (2016) omhandler blant annet å skape et godt møte, og ulike tilpasninger sykepleiere gjør i møte med barn.

Flere av studiene baserer seg på det å gi informasjon for å fremme trygghet og redusere engstelse. Tunney & Boore (2013) undersøkte effekten av historiefortelling med bilder for å redusere engstelse. Nilsson, Svensson og Frisman (2016) brukte en bildebok og et informasjonshefte i de preoperative forberedelsene. Al-Yateem, Brenner, Shorrah & Docherty sin studie fra 2016 brukte også en bildebok i forberedelsene. I studien til Fincher, Shaw og Ramelet (2012) kom barna og deres foreldre på besøk til sykehuset i forkant av sykehusinnleggelsen, og bilder, demonstrasjon på dukker og omvisning på sykehuset ble brukt i forberedelsene. Wennström mfl. (2011) undersøkte også effekten av preoperativ informasjon. Informantene i studien til Grahn mfl. (2016) vektla betydningen informasjon for å fremme trygghet.

Salmela, Salanterä, Ruotsalainen og Aronen (2010) undersøkte hva slags mestringsstrategier barn mellom fire og seks år bruker for å mestre sykehus-relatert frykt. Al-Yateem mfl. (2016) sin studie omhandler lek sammenlignet med tradisjonell premedikasjon for å redusere engstelse. Aydin mfl. (2017) undersøkte effekten av distraksjon gjennom lek med modelleire før administrering av premedikasjon. Studien utført av Millett & Gooding (2017) omhandlet bruk av musikkterapi for å redusere engstelse hos barnekirurgiske pasienter og deres foreldre.

Flere av studiene tar for seg foreldre og familiesentrert sykepleie. I studien til Salmela mfl. (2010) nevnte 70% av barna tilstedeværelse av foreldrene som mestringsstrategi. Al-

Yateem mfl. (2016) fremhever inkludering av foreldre og familiesentrert pleie som viktig, og mener bruk av lek som distraksjon er hensiktsmessig for å oppnå dette. Fincher mfl. (2012) trekker frem det å redusere foreldres angstelse som vesentlig, ettersom foreldrene har stor påvirkning på barnet. Et av temaene i studien til Grahn mfl. (2016) er begrensninger knyttet til familiesentrert pleie.

4. Teori

I dette kapitlet vil relevant litteratur som belyser problemstillingen presenteres. Temaene som vil bli presentert er det preoperative forløpet, barnets utvikling, trygghet, stress og mestring, kommunikasjon og relasjoner, informasjon, samt familiesentrert sykepleie. I tillegg vil sykepleieteori presenteres, herunder Katie Erikssons omsorgsteori.

4.1. Det preoperative forløpet

Operasjonsforløpet, den perioperative fasen, innebærer perioden fra det blir bestemt at en pasient skal gjennomgå et kirurgisk inngrep, til pasienten er ferdig overvåket ved sykehuset etter inngrepet (Berntzen mfl., 2016). Den perioperative fasen deles inn tre faser. Den preoperative fasen innebærer tiden fra beslutningen om kirurgisk inngrep blir tatt, til pasienten blir operert. Den perioperative fasen omfatter tiden pasienten blir operert, og den postoperative fasen er tiden rett etter det kirurgiske inngrepet (Berntzen mfl., 2016). Det kirurgiske forløpet kan være elektivt, som vil si planlagt, eller øyeblikkelig hjelp, og pasienten kan bli innlagt i flere døgn eller gjennomgå dagkirurgi (Berntzen mfl., 2016).

Det å skulle gjennomgå et kirurgisk inngrep er en ny situasjon for de fleste, og pasientenes opplevelse av situasjonen vil arte seg forskjellig (Berntzen mfl., 2016). At både barnet og foreldrene blir stresset og engstelige er ikke uvanlig (Finrud, 2017). Et av målene når man møter barn på sykehus er at de ikke skal bli reddet for å komme tilbake (Mörelius, 2014). Risikoen for komplikasjoner er høyere hos små barn enn hos voksne, og for å unngå komplikasjoner og sørge for sikker gjennomføring av barneanestesi kreves det kunnskap og erfaring, samt god planlegging (Østgaard & Ulvik, 2010). Sykepleierens rolle i den preoperative fasen er å forberede barnet til det kirurgiske inngrepet, både fysisk og psykososialt (Berntzen mfl., 2016).

4.2. Barnets utvikling

Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (2016, § 5) fastslår at helsepersonell må ha kunnskap om barns utvikling og behov. Barn leker interaktivt med andre barn fra treårsalderen, og fra denne alderen kan de lage setninger med minst tre ord (Grønseth & Markestad, 2017). Kort oppmerksomhetstid, mangelfullt utviklet tidsbegrep, konkret tankegang, stor fantasi, separasjonsangst og begrenset evne til å se sammenhenger er særtrekk ved barn i alderen tre-seks år (Grønseth & Markestad, 2017). Videre har førskolebarnet vansker med å skille mellom konkurrerende stimuli, og å skille mellom fantasi og virkelighet. Førskolebarnet preges av magisk tenkning og animisme. Dette vil si at tenkningen ikke følger fysiske lover og årsakstenkning, og at ting som for eksempel møbler eller trær oppleves som levende. Førskolebarnet har ofte skyldfølelse ved sykdom eller skade, og kobler sammen ting som skjer i nær tid. Dette resulterer i at de kan se på sykdom og prosedyrer som straff (Grønseth & Markestad, 2017).

Jean Piaget deler barnets utvikling inn i fire stadier; det senmotoriske, preoperasjonelle, konkret operasjonelle og formelt operasjonelle stadiet (Eide & Eide, 2010). Det preoperasjonelle stadiet inkluderer barn mellom 1½ og 7 år (Håkonsen, 2014). Håkonsen (2014) skriver at stadiet preges av at barnet får bedret språkutvikling, og tilegner seg en viss evne til logisk tenkning. Videre beveger tankeprosessene til barnet etter hvert vekk

fra kun det en kan se, høre og berøre, og til symbolske fenomener. Barnet er i denne perioden preget av en egosentrisk tankegang, som innebærer at barnet har problemer med å se og oppfatte andre menneskers perspektiver (Håkonsen, 2014). Piaget vektlegger barnets eget initiativ og handling (Hundeide & Gulbrandsen, 2017). En annen kjent utviklingsteori er Erik H. Eriksons teori om menneskers psykososiale utvikling, som deler menneskelivet inn i åtte utviklingstrinn (Nielsen & Binder, 2017). Det tredje utviklingstrinnet omhandler barn mellom tre og fem år, og er dominert av initiativ versus skyldfølelse (Nielsen & Binder, 2017).

4.3. Trygghet, stress og mestring

Trygghet er noe alle mennesker erfarer, og er viktig for alle (Segesten, 2016). Sykepleiere må en forståelse for hva det innebærer å være trygg eller utrygg, i tillegg til å ha kompetanse om hva som kan gjøre at en pasient og dens nærmeste kan føle trygghet. Trygghet er et begrep med mange betydninger, og kan være vanskelig å definere klart. Psykologen Abraham Maslow beskriver at trygghet er et grunnleggende behov hos mennesket, og beskriver trygghet med ord som sikkerhet, stabilitet, avhengighet, beskyttelse og frihet fra angst (Segesten, 2016). Utover dette er beroligelse, fred, sikring, selvtillit og selvsikkerhet synonyme til trygghet, mens sikker, rolig, tillitsfull, ubekymret og i gode hender er synonyme til ordet trygg (Segesten, 2016). Segesten (2016, s. 156) skriver at «adekvat medisinsk omsorg og god sykepleie ut fra pasientens behov og ønsker» er noe av det viktigste for at pasienten skal føle seg trygg. Å forstå, ha kontroll, samt kjente og normale ting, bidrar til trygghet (Eide & Eide, 2010; Grønseth & Markestad, 2017; Tveiten, 2012a).

Å forhindre stress og forekomsten av sykehus-redsel hos barn er et av målene i helsevesenet (Möreljus, 2014). Möreljus (2014) påpeker at barn har behov for å kjenne seg trygge for å ikke oppleve situasjonen de befinner seg i som en stresssituasjon. Stress kan defineres som en virkelig eller potensiell trussel mot fysiologisk og psykologisk personlig integritet, noe som resulterer i fysiologiske og oppførselsmessige svar (Möreljus, 2014, s. 23). Stress gir blant annet utrygghetsfølelse, forsterker smerteopplevelse og andre symptomer, og kan forverre barnets medisinske tilstand (Grønseth & Markestad, 2017). Utrygghetsfølelsen og opplevelsen av uforutsigbarhet på sykehuset forsterkes av følelsesmessig og intellektuell umodenhet (Grønseth & Markestad, 2017). Barn mellom seks måneder og fire-fem år, engstelige barn og barn med engstelige foreldre er spesielt utsatt for uheldige ettervirkninger (Grønseth & Markestad, 2017).

Å bli forlatt av foreldrene sine, å bli redde, å skade seg, misforståelser i kommunikasjonen eller å ikke bli forstått er stressende for førskolebarnet (Möreljus, 2014). Å bli tvunget eller holdt fast mot sin vilje, samt kirurgiske inngrep, kan være særlig stressende for barn (Möreljus, 2014; Tveiten, 2012a). Regresjon, at barnet går tilbake til et tidligere utviklingsstadium, er en forsvarsmekanisme som brukes ved kraftig stress (Grønseth & Markestad, 2017; Möreljus, 2014). Ved regresjon reduseres den kognitive kapasiteten, noe som medfører at tidsbegrepet blir dårligere, og at barnet har vanskeligere for å forstå og huske informasjon (Grønseth & Markestad, 2017). Når stressnivået stiger, synker barnets toleranse for stress dramatisk. Stress i et omfang barnet håndterer representerer derimot en mulighet til utvikling og mestring (Grønseth & Markestad, 2017).

Lazarus og Folkman definerer mestring som å bruke kognitive og oppførselsmessige strategier for å håndtere høye indre eller ytre krav satt til individet (Möreljus, 2014). Mestring handler om individuelle ressurser, kunnskap, holdninger og tilgang på nødvendige hjelpemidler, men også om evnen til å bruke ressursene (Tveiten, 2012a). Barnet og dets

foreldre bruker ulike mestringsstrategier i hverdagen, for å kontrollere følelsesmessige og atferdsmessige reaksjoner ved smerter og ubehag (Grønseth & Markestad, 2017). Lazarus og Folkman skiller mellom følelsesfokustert og problemfokustert mestring (Mörelius, 2014). Følelsesfokustert mestring omhandler å fjerne tankene eller tenke på noe annet, mens problemfokustert mestring er å løse eller bli kvitt problemet. Førskolebarn har begrensede verktøy for å håndtere stress, og benytter seg for det meste av følelsesfokustert mestring, som å søke beskyttelse og sosial støtte hos voksne, samt distrahere og berolige seg selv (Mörelius, 2014). Tveiten (2012a) skriver at barn benytter seg av problemfokustert mestring fra femårsalderen, og at det eksempelvis kan være å spørre om smertestillende.

Bandura (referert i Tveiten, 2012a, s. 61) viser til fire kilder til mestringstillit: å oppleve å klare noe selv eller å mestre, å se at andre klarer, å bli muntlig overbevist, og å tolke kroppslige tilstander. Barn som er i stand til å danne seg egne synspunkter skal høres, og barnets mening skal vektlegges (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1; Barnekonvensjonen, 2003). Barnet har rett til medvirkning, i den grad det er mulig og forsvarlig (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1). Medvirkning kan gi en opplevelse av å bli anerkjent og respektert, og kan for et barn i førskolealder eksempelvis være å hjelpe til eller være med på å bestemme der det er forsvarlig (Tveiten, 2012a).

Lek er en spontan, frivillig og lystbetont aktivitet som er viktig for barnets utvikling (Grønseth & Markestad, 2017, s. 81). Barn har rett til å delta i lek og aktiviteter som passer barnets alder og utvikling (Barnekonvensjonen, 2003; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 6-3, Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2000, § 12). Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (2000, § 4) fastslår at barnet kan ta med egne leker. Lek er en arena der barnet kan mestre, gjenvinne kontroll, samt bearbeide følelser og opplevelser (Tveiten, 2012a). Videre kan lek være avledning fra smerter og ubehag, og kan skape avstand til og ufarliggjøre hendelser som er skremmende å forholde seg til. Musikk er også en mestringsstrategi som kan berolige og distrahere barn i førskolealder (Berntzen mfl., 2016; Eide & Eide, 2010; Mörelius, 2014).

4.4. Kommunikasjon og relasjoner

«I alle relasjonene vi inngår i, foregår det kommunikasjon. Vi ser på hverandre, smiler, lytter, snakker, ler, gråter, diskuterer eller klemmer» (Jensen & Ulleberg, 2011, s. 20). Parallelt med den verbale kommunikasjonen, altså ordene som sies, kommuniserer vi også på andre måter. Den non-verbale kommunikasjonen foregår gjennom blant annet kroppsspråk, bevegelser, hulk, latter, stillhet, tempo, styrke, trykk og rytme (Jensen & Ulleberg, 2011). Det er ofte det nonverbale som best formidler hva man føler (Eide & Eide, 2010). Noe av det viktigste i kommunikasjon er å anerkjenne den andre, å være aktivt lyttende, åpen og samtidig direkte (Eide & Eide, 2010). Alle barn er unike, og sykepleieren må tilpasse kommunikasjonen og forventningene en har til det enkelte barn (Eide & Eide, 2010).

At sykepleieren virker kompetent og trygg i rollen sin demper stress hos barnet og foreldrene (Grønseth & Markestad, 2017). Å vise at man ser og forstår, og gi gode og enkle forklaringer, kan øke følelsen av kontroll (Eide & Eide, 2010). Å få barnets tillit er avgjørende for å skape en god relasjon. En god begynnelse er å lytte etter hvor oppmerksomheten til barnet er, og hva det er opptatt av. Dersom barnet holder tankene og følelsene sine for seg selv, kan det være til hjelp å rette oppmerksomheten mot noe barnet har naturlig interesse for (Eide & Eide, 2010). Lek og ulike kreative aktiviteter kan være en trygg basis, og kan hjelpe sykepleieren å møte barnet på barnets nivå (Grønseth & Markestad, 2017; Jensen & Ulleberg, 2011). Også sang og musikk kan brukes som

hjelpemidler i samtale med barn (Grønseth & Markestad, 2017). Gjennom bruk av musikk kan man utvikle fellesskap og samspill, dele opplevelser, uttrykke følelser og få kontakt (Jensen & Ulleberg, 2011).

Tilknytningsteori omhandler hvordan tidlige relasjoner mellom foreldre og barn oppstår, og deres betydning videre i livet (Smith, 2017). Tilknytningsteori tar utgangspunkt i at det å ha trygge og sterke bånd til andre er et grunnleggende behov gjennom hele barndommen (Eide & Eide, 2010). Foreldrene er barnets primære tilknytningspersoner, og kan gi barnet trygghet når det står overfor utfordringer eller er utsatt for stress, og kan gi støtte for selvregulering i vanskelige situasjoner (Smith, 2017). I følge Bowlby tilegner barnet seg trygghet ved at tilknytningspersonen er tilgjengelig og ser, forstår og reagerer adekvat (Smith, 2017). Tryggheten blir bekreftet ved at tilknytningspersonene gir beskyttelse, støtte, trøst og omsorg i vanskelige situasjoner (Eide & Eide, 2010).

Daniel Sterns utviklingsmodell dreier seg blant annet om barnets medfødte og førspråklige evne til kommunikasjon (Eide & Eide, 2010). Stern mener nonverbal kommunikasjon er vesentlig for utvikling av kontakt, selvfølelse og identitet (Eide & Eide, 2010). Stern var opptatt av at felles oppmerksomhet er avgjørende for å formidle og dele kunnskap og opplevelser, i tillegg til at det er et utgangspunkt for å forstå seg selv og andre (Hansen, 2017, s. 208).

4.5. Informasjon

En del av forberedelsene før kirurgiske inngrep er formidling av informasjon. Pasienten har rett til informasjon for å få innsikt i egen helsetilstand, innholdet i helsehjelpen som gis, og mulige risikoer og bivirkninger av behandlingen (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2). Som hovedregel skal både pasienten og foreldrene informeres dersom pasienten er under 16 år (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-4). Informasjon innebærer formidling av fakta eller opplysninger, og er en del av sykepleierens pedagogiske funksjon (Tveiten, 2016). «Mangel på informasjon kan gi utrygghet, usikkerhet og øke lidelse» (Tveiten, 2016, s. 122). Hensikten med preoperativ informasjon å skape trygghet og forutsigbarhet, samt forebygge engstelse, for både barnet og dets foreldre (Finrud, 2017; Østgaard & Ulvik, 2010).

Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-5 (1999) presiserer at informasjonen som gis skal være individuelt tilpasset pasientens forutsetninger, som eksempelvis alder og modenhet. Preoperativ informasjon innebærer informasjon om forberedelser, selve inngrepet og det postoperative forløpet (Finrud, 2017). Videre bør informasjonen gi et realistisk bilde av hva barnet kommer til å erfare, og hva som er viktig for det enkelte barnet bør vektlegges. Pasienten skal få mulighet til å stille spørsmål (Berntzen mfl., 2016). Det kan gi større kontroll og gjøre det lettere å bearbeide følelsene rundt situasjonen (Finrud, 2017). Informasjon som er tilpasset barnet kan også oppleves som god for foreldrene, som kanskje gruer seg like mye som barnet (Tveiten, 2012a). At foreldrene er velinformerte og forberedte er viktig for at de skal kunne hjelpe barnet gjennom sykehusbesøket (Mörelis, 2014). Dersom foreldrene opplever uro eller redsel, kan disse følelsene overføres til barnet (Tveiten, 2012a). Sykepleieren må informere og veilede foreldrene om barnets mulige reaksjoner i forbindelse med sykdommen og institusjonsoppholdet (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2016, § 5).

Defokusert informasjon, det å snakke i tredjeperson eller fortelle generelt, kan noen ganger være lettere for barn å forholde seg til (Tveiten, 2012a). Informasjon til barn må gis i passe mengde, og burde gis når barnet virker mest interessert, omgivelsene er rolige

og barnet er uthvilt (Tveiten, 2012a). Jo yngre barnet er, desto tettere opp mot det kirurgiske inngrepet bør informasjonen gis (Finrud, 2017). Informasjonen bør være både skriftlig og muntlig, og bør stimulere flere sanser, som for eksempel demonstrasjon av prosedyrer på dukker eller kosedyr (Grønseth & Markestad). Dette hjelper barnet til å danne seg et bilde av hva som skal skje. Ved elektive inngrep kan skriftlig informasjon sendes ut på forhånd, eller familien kan besøke sykehuset (Tveiten, 2012a). Flere norske sykehus har brosjyrer og internett-basert informasjon beregnet for barnet og foreldrene (Østgaard & Ulvik, 2010). Sykepleieren må vite hva som står i ulike informasjonsskriv barnet og foreldrene får, og hva det vanligvis informeres om forskjellig helsepersonell (Berntzen mfl., 2016). Sykepleieren må også forsikre seg om at pasienten har forstått innholdet og betydningen av informasjonen (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-5).

4.6. Familiesentrert sykepleie

Familiesentrert sykepleie handler om at sykepleieren må være bevisst hvordan familien påvirkes av sykehusinnleggelsen, og at mål for sykepleien innebærer at balansen i familien og familiens funksjon opprettholdes, og at familiens behov møtes (Tveiten, 2012b). Barn mellom tre og seks år er fortsatt svært avhengige av foreldrene sine, og særlig i stressede situasjoner har barn behov for å ha foreldrene hos seg (Grønseth & Markestad, 2017). Foreldrenes tilstedeværelse skaper trygghet, forebygger engstelse og øker barnets toleranse for stress (Grønseth & Markestad, 2017; Mörelius, 2014; Tveiten, 2012a). Barn har rett til å ha minst en forelder hos seg under hele oppholdet på sykehuset (Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 6-2). Også barnekonvensjonen (2003) fastslår at barn ikke skal bli skilt fra foreldrene sine mot sin vilje, unntatt hvis det er nødvendig for barnets beste. Foreldrene har ofte mye kunnskap om barnets helsetilstand, og er de som kjenner barnet sitt best (Tveiten, 2012b). Under sykehusoppholdet må sykepleieren avklare med foreldrene om hva slags oppgaver de ønsker og kan gjøre på egenhånd (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2000, § 6). Det presiseres også at søsken bør gis god anledning til samvær.

4.7. Sykepleieteori

I denne oppgaven er Katie Erikssons omsorgsteori valgt som relevant sykepleieteori. Omsorgsteorien passer barn så vel som voksne, og er relevant fordi den tar for seg forholdet mellom pasient og omsorgsgiver. Erikssons omsorgsteori handler om å «ansa, leka och lära», altså å pleie, leke og lære (1997). Hun er opptatt av holistisk omsorg, og mener helsepersonell kan skape tillit, tilfredshet, velvære og utvikling gjennom pleie, lek og læring. Pleie, lek og læring har først en helsefremmende funksjon, men er også helbredende og styrkende (Eriksson, 1997).

Eriksson (1997) hevder pleie kjennetegnes av varme, nærhet og berøring, gir kroppslig velbehag, og bekrefter individets individualitet og identitet. Pleie bekrefter den andres eksistens, og er et uttrykk for vennskap og at man vil den andre vel. Pleie kan være å eksempelvis holde en hånd eller å klemme. Berøring inngår som et viktig element i pleie, og kan ha en positiv effekt på uro, angst og smerte (Eriksson, 1997). Leken gir tillit og tilfredsstillelse, og man uttrykker initiativ (Eriksson, 1997). I lek finnes både øvelse, prøving, kreativitet og alvor. Eriksson mener leken utgjør en viktig del av omsorg til barn. Lek kan bidra til opplevelse av mestring, og kan hjelpe barnet med å beherske situasjonen det befinner seg i. I leken har pasienten alltid kontrollen, og sykepleieren må la seg lede av vedkommende (Eriksson, 1997). Eriksson (1997) skriver at læring innebærer utvikling

og forandring, og kan ha ulike formål, mål og innhold. Gjennom læring oppnår man nye veier og muligheter. Den naturlige læringen henger sammen med lek, og Eriksson mener at det er viktig at læringen får mer innslag av lek. Videre skriver hun at læring skal innebære glede, og at miljøet og sykepleierens oppgave er å muliggjøre og legge til rette for læring (Eriksson, 1997).

5. Diskusjon

I dette kapitlet vil problemstillingen, hvordan sykepleier kan fremme trygghet hos barn i den preoperative fasen, bli drøftet. Funn fra forskning og teori vil drøftes opp mot hverandre. I tillegg vil egne erfaringer fra praksisstudier ved barnekirurgisk avdeling bli trukket inn. Temaene som vil bli drøftet er hvordan sykepleier kan danne en relasjon og kommunisere med barnet, hvordan informasjon kan skape trygghet, barnets bruk av mestringsstrategier og foreldres rolle i den preoperative fasen.

5.1. Kommunikasjon med barnet

God omsorg og sykepleie ut fra barnets behov bidrar til trygghet (Segesten, 2016). Ifølge Grønseth og Markestad (2017, s. 97) er god kommunikasjon nøkkelen til å bli kjent med og skape et tillitsforhold med barn, og en forutsetning for å forberede, informere og hjelpe både barnet og foreldrene på sykehus. Å bygge et tillitsforhold med små barn kan være tidkrevende, ettersom de er redde for det ukjente og for fremmede. Informantene i studien til Grahn mfl. (2016) trakk frem barnets redsel som en kommunikasjonsbarriere.

Wennström mfl. (2011) vektlegger tillit og gjensidig lojalitet i forholdet mellom sykepleieren og barnet. Forskning viste at dette, samt kontinuitet i pleien, medførte at barn ble mindre stresset og trengte mindre morfin postoperativt (Wennström mfl., 2011). Tilstrekkelig tid er en forutsetning for å bygge tillit med barnet, og det kan være vanskelig å skape en god relasjon og trygge rammer dersom sykepleieren har lite tid (Grahn mfl., 2016). Pasienten blir ofte innlagt samme dag som det kirurgiske inngrepet skal gjennomføres (Berntzen mfl., 2016), og dette vil som regel være det første møtet mellom sykepleieren og barnet. I tillegg kan sykepleiers arbeidshverdag være hektisk, med lite tid til hvert enkelt barn. Det er viktig at sykepleieren ikke viser barnet at man er stresset eller har dårlig tid, men heller har en rolig væremåte. Informantene i studien til Grahn mfl. (2016) mente selvtillit bidrar til å berolige barnet, og at erfaring gjør at sykepleieren lettere leser barnets signaler. Bowlbys tilknytningsteori kan tydeliggjøre betydningen av at sykepleieren er trygg og kompetent i rollen sin (Eide & Eide, 2010). Om sykepleieren må ha mange års erfaring for å være kompetent og utstråle selvtillit, kan imidlertid diskuteres. Sykepleiere skal ha tilstrekkelig kunnskap for å møte forskjellige pasientgrupper i ulike situasjoner. Dersom sykepleieren er bevisst disse aspektene, og stoler på egen kompetanse, kan han eller hun fremme trygghet gjennom en selvsikker og trygg væremåte.

Mörelius (2014) skriver at det å bli misforstått eller ikke bli forstått er stressende for førskolebarnet. At barnet føler seg viktig, og ikke oversett er belyst av Grahn mfl. (2016). For å oppnå dette bør sykepleier søke å forstå barnet, være åpen og direkte, lytte til det barnet har å si og oppklare misforståelser (Eide & Eide, 2010). Å lytte til barnet og foreldrenes spørsmål, tanker, språk, behov, forventninger og erfaringer vektlegges også i forskning (Grahn mfl., 2016; Wennström mfl., 2011). Piaget vektlegger at barnet skal få uttrykke meningene sine, i tillegg til at likeverdighet og gjensidig respekt er viktig (Hundeide & Gulbrandsen, 2017). Det kan være vanskelig å skape en god relasjon dersom en må utføre skremmende og ubehagelige prosedyrer, eller utøve tvang, da dette kan svekke barnets tillit til sykepleier (Grahn mfl., 2016; Grønseth & Markestad, 2017).

Sterns utviklingsteori vektlegger nonverbal kommunikasjon, noe som kan være særlig viktig hos førskolebarnet som ikke enda har et ferdigutviklet ordforråd. Å se, forstå og møte den andres følelser, og det å følelsmessig tone seg inn på den andre er sentralt i teorien (Eide & Eide, 2010). Også Eriksson (1997) vektlegger nonverbal kommunikasjon, og særlig berøring, som en viktig del av pleien. Nonverbal kommunikasjon ved bruk av eksempelvis kroppsspråk og øyekontakt blir pekt på som viktige aspekter i sykepleien i studien til Grahn mfl. (2016). Eriksons utviklingsteori vektlegger barnets initiativ versus skyldfølelse i det tredje utviklingstrinnet (Nielsen & Binder, 2017). Grønseth & Markestad skriver at barn i førskolealder ofte får skyldfølelse ved sykdom eller skade. Sykepleieren må uttrykke at det ikke er barnets feil at det er på sykehus, og at det kirurgiske inngrepet ikke er en straff, men noe som gjennomføres for at barnet skal få det bedre (Finrud, 2017). Dette kan bidra til at barnet får økt forståelse av hensikten med sykehusoppholdet.

Barn er ikke små voksne, og sykepleieren må derfor møte barnet på dets nivå og tilpasse kommunikasjonen både individuelle forutsetninger og utviklingsnivå (Grønseth & Markestad, 2017). Sykepleierne i studien til Grahn mfl. (2016) var bevisst på å tilpasse miljøet, stimulere barnet til deltakelse og møte barnet som et enkeltindivid. Piaget vektlegger barnets eget initiativ og handling, som kan innebære å fokusere på det barnet er interessert i (Hundeide & Gulbrandsen, 2017). I det preoperasjonelle stadiet utvikles barnets språk, men barnet er samtidig preget av kort oppmerksomhetstid og har vansker med å skille mellom konkurrerende stimuli (Grønseth & Markestad, 2017). Sykepleieren bør sørge for at samtaler blir holdt i et rolig miljø med få distraksjoner, for å legge til rette for gjensidig oppmerksomhet (Grønseth & Markestad, 2017). Felles oppmerksomhet blir vektlagt også av Stern (Hansen, 2017). På den andre siden kan det være hensiktsmessig å bruke ulike hjelpemidler i kommunikasjonen med førskolebarnet. Sykepleier kan snakke gjennom dukker eller kosedyr, eller kan bruke sang og musikk som en felles aktivitet for å skape en relasjon (Grønseth & Markestad, 2017; Jensen & Ulleberg, 2011). Bøker, elektroniske spill, tegnesaker, dukker eller utstyr til å lage ting med er passende leketøy for tre-seksåringer, og kan hjelpe sykepleieren med å møte barnet på dets nivå (Grønseth & Markestad, 2017). Barn uttrykker i tillegg budskap og følelser gjennom lek, og kan gi sykepleieren et innblikk i barnets tanker og bekymringer (Grønseth & Markestad, 2017).

5.2. Trygghet gjennom informasjon

Å forberede barnet på det som skal skje gjennom å gi god informasjon preoperativt til barn og deres foreldre skaper trygghet og forutsigbarhet (Finrud, 2017). Barn må få informasjon de forstår, ettersom det gir de større kontroll og oversikt over hva som skal skje (Nilsson mfl., 2016; Tveiten, 2012a). Informantene i studien til Grahn mfl. (2016) vektla viktigheten av at sykepleieren bruker tid og krefter på å informere barnet og foreldrene. Dette kan være vanskelig i en travel sykehushverdag, men burde prioriteres høyt.

Informasjonen som gis skal være individuelt tilpasset barnets forutsetninger, deriblant utviklingsnivå (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-5). Dette blir vektlagt i flere av forskningsartiklene på temaet (Fincher mfl., 2012; Nilsson mfl., 2016; Tunney & Boore, 2013; Wennström mfl., 2011). I studien til Nilsson mfl. (2016) påpekte noen av foreldrene som fikk standard preoperativ pleie at informasjonen som ble gitt ikke var tilpasset barn. Piagets utviklingsteori viser at barn tenker annerledes enn voksne (Eide & Eide, 2010). Førskolebarnet tenker konkret, og å formulere seg på en måte som ikke er skremmende og som får barnet til å forstå er derfor viktig (Grønseth & Markestad, 2017). Sykepleieren bør gi enkle forklaringer med fokus på separasjonsangst, beroligelse, bruk av dukker og bruk av premier for belønning (Fincher mfl., 2012). Et hvert barn er forskjellig, og noen

kan ønske mye informasjon, mens andre ikke vil høre noen ting. Å snakke med barnet og foreldrene er essensielt for å tilpasse informasjonen til behovet hvert enkelt barn har (Finrud, 2017). Engstelige barn kan bli mer engstelige av å få utfyllende informasjon, og dette er viktig for sykepleieren å ta i betraktning (Finrud, 2017). På den andre siden ønsker noen førskolebarn å vite mye, og det er dermed betydningsfullt å åpne for at barnet kan stille spørsmål.

For noen barn kan defokusert informasjon være lettere å forholde seg til (Tveiten, 2012a). Sykepleieren kan eksempelvis fortelle generelt om barn som skal opereres. Sykepleieren kan også henvende seg til foreldrene, og fortelle de det en vil at barnet skal høre. På denne måten kan barnet selv velge å høre på, og dermed få større kontroll (Grønseth & Markestad, 2017). Informasjonen som gis bør gi et realistisk bilde av hva barnet skal gjennom (Finrud, 2017). Forskning viser at svenske sykepleiere vektlegger betydningen av ærlig og tydelighet i informasjonen som blir gitt (Grahm mfl., 2016). Dette for at barnet ikke skal oppleve situasjonen som vondere eller mer skremmende enn sykepleier informerer om, og dermed miste tilliten. Samtidig må ikke barnet bli skremt av informasjonen det får. Tveiten (2012a) påpeker at man burde gi informasjon når barnet er uthvilt og virker interessert, men disse forutsetning er ikke nødvendigvis til stede i den preoperative fasen. Dette må tas hensyn til av sykepleieren. Sykepleieren må også ta hensyn til at barnet kan regredere, og dermed ikke være like mottakelig for informasjon.

Forskning har vist at bildebøker med historier og illustrasjoner av barn som skulle gjennom kirurgiske inngrep reduserer engstelse og gir barnet større forståelse (Al-Yateem mfl., 2016; Nilsson mfl., 2016; Tunney & Boore, 2013; Wennström mfl., 2011). Bildebøkene introduserte barn til forskjellig utstyr, prosedyrer og helsepersonell de kunne komme til å møte på sykehuset. Egne erfaringer tilsier at bildebøker er nyttige hjelpemidler i samtale med barn om kirurgiske inngrep. Bruk av bildebok i informasjonsgivingen førte til at barn i Nord-Irland blant annet var mindre redde for blant annet å måtte dra på sykehuset, skarpe objekter, synet av blod, å få et kutt eller en skade, og å få en injeksjon fra sykepleier eller lege (Tunney & Boore, 2013). Foreldrene i den samme studien mente operasjonsdagen hadde vært en positiv opplevelse for barnet, og at barnet var stolt, glad og fornøyd når det ble skrevet ut fra sykehuset (Tunney & Boore, 2013). Bruk av bildebok, i tillegg til verbal informasjon, kan skape en mulighet for god kommunikasjon mellom barnet, foreldrene og sykepleieren, og bidra til å tilrettelegge for deltakelse (Nilsson mfl., 2016). Videre kan helsepersonell med mindre erfaring med sykepleie til barn hente støtte i en bildebok.

I studien til Nilsson mfl. (2016) ble et informasjonshefte sendt ut på forhånd, noe som ga familien tid til å starte forberedelsene hjemme i god tid. Dette kan være et nyttig supplement, og kan bidra til å øke forståelsen og kunnskapen om inngrepet. Man bør likevel gi god informasjon når barnet kommer til sykehuset, for å sikre at barnet og foreldrene får tilstrekkelig informasjon, og forstår informasjonen som blir gitt. De aller fleste foreldrene i studien til Nilsson mfl. (2016) mente de hadde nytte av intervensjonen for å støtte barnets forståelse og for å holde styr på hva de skulle gjennom. Noen av foreldrene påpekte likevel at de ønsket seg enda mer informasjon (Nilsson mfl., 2016). Dette illustrerer viktigheten av å informere og samtale utover det som vises i bildeboken og informasjonsheftet, og at sykepleier må åpne opp for spørsmål også fra foreldrene.

Eriksson (1997) mener læring henger sammen med lek, som kan brukes i informasjonsgivingen. Grønseth og Markestad (2017) skriver at man gjerne kan bruke dukker eller kosedyr for å demonstrere prosedyrer. Prosedyrer bør derimot ikke

demonstreres på favorittbamsen, ettersom mange småbarn oppfatter den som en del av sin egen identitet (Grønseth & Markestad, 2017). I en studie fikk barna, i tillegg til en bildebok, en fargeleggingsbok med bilder fra sykehus som de kunne fargelegge (Al-Yateem mfl. (2016). Al-Yateem mfl. (2016) konkluderte med at leking og historiefortelling var like effektivt som tradisjonell premedikasjon for å redusere engstelse hos barnekirurgiske pasienter. Dette kan bety at sykepleieren kan erstatte beroligende medikamenter preoperativt med leking og historiefortelling, og dermed unngå bivirkninger som følger med medikamentene.

I Fincher mfl. (2012) sin studie hadde ikke preoperative forberedelser noen signifikant effekt på barnets engstelse preoperativt, kun på foreldrenes. Dette står i kontrast til resultater i annen forskning. I studien ble informasjonen gitt ved et besøk i forkant av selve innleggelsen. Det ble trukket frem at ikke alle familiene besøkte sykehuset innenfor den hensiktsmessige tidsrammen for informasjonsgivning, og at dette kan ha påvirket resultatet (Fincher mfl., 2012). Fincher mfl. (2012) mener at å gjennomføre et preoperativt program en til to dager før det kirurgiske inngrepet er ideelt for barn mellom tre og fem år. Dette kan derimot være vanskelig å få til av ulike årsaker. Mange ønsker heller ikke å måtte dra en ekstra gang til sykehuset (Fincher mfl., 2012). Finrud (2017) hevder på den andre siden at jo yngre barnet er, desto nærmere inngrepet burde man informere det, og at dette for førskolebarn kan dette være dagen før eller samme dag som inngrepet. Å gi informasjon når barnet kommer til sykehuset kan derfor være like effektivt som et tidligere besøk for barn i denne aldersgruppen. Heller ikke i studien til Wennström mfl. (2011) var det stor forskjell på barna som fikk standard preoperativ pleie, og de som fikk informasjon i tillegg. Forskningen viste at det var svært få barn som hadde høy stressrespons, og resultatene ble derfor forklart med at den standard perioperative sykepleien som gis ved svenske sykehus er ganske pålitelig og velfungerende (Wennström mfl., 2011). Dette kan muligens også overføres til norske sykehus.

5.3. Barnets bruk av mestringsstrategier

Å støtte bruk av barnets egne mestringsmekanismer er et trygghetsskapende tiltak (Grønseth & Markestad, 2017). I forskning kommer det frem at barn i barnehagealder bruker mange ulike mestringsstrategier (Salmela mfl., 2010). At barnet bruker mestringsstrategier i hverdagen kan bety at barnet kjenner igjen mestringsstrategiene som blir brukt på sykehuset, eller kan hente de frem på egenhånd. Stern var opptatt av at sykepleieren må være tilstede for trygghet, stabilitet og tillit for å hjelpe barnet med å mestre situasjonen (Eide & Eide, 2010). Omsorg, hjelp og trøst fra sykepleier var mestringsstrategier flere av barna i studien til Salmela mfl. (2010) nevnte. Dette kan vise at barna verdsetter sykepleiers støtte i den preoperative fasen. Sykepleieren kan bruke Banduras fire kilder til mestringsstillit for å hjelpe barnet med å mestre situasjonen (Tveiten, 2012a, s. 61). Sykepleieren kan hjelpe barnet med å sette seg kortsiktige og oppnåelige mål, og hjelpe det til å se at andre i samme situasjon mestrer. Samtaler med barnet kan fokuseres på ressurser og mestring, og man kan hjelpe barnet med å kjenne etter kroppsreaksjoner (Tveiten, 2012a, s. 61).

Jeg har erfart at ventetiden før det kirurgiske inngrepet i enkelte tilfeller kan være lang, og at kirurgiske inngrep kan bli forskjøvet. For førskolebarn med lite utviklet tidsbegrep, kan denne ventetiden virke særlig lang. Å berolige og distrahere barn ved avledning blir nevnt som hensiktsmessig i Grønseth & Markestad (2017), og kan bidra til å forkorte ventetiden. Mörelius (2014) skriver at førskolebarnet for det meste bruker følelsesfokustert mestring, og nevner å sitte på foreldrenes fang, holde hånden og få massasje som tiltak.

Også Eriksson (1997) fremhever berøring for å dempe uro og engstelse. Sykepleier kan oppmuntre til dette, eller selv eksempelvis gi barnet en klem. Forskning viser at barn blant annet nevner å tenke på noe fint, eller det å vente på å dra hjem eller på å bli bedre som følelsesfokuserede mestringsstrategier (Salmela mfl., 2010).

Sykepleierne i studien til Grahn mfl. (2016) brukte humor, spill og å snakke om morsomme ting som distraksjon. Å møte forventninger, medvirke og hjelpe til kan oppleves som positivt (Grønseth & Markestad, 2017; Tveiten, 2012a). Sykepleierne i studien til Grahn mfl. (2016) mente at barnet burde inkluderes i pleien, og at barnets deltakelse hadde stor betydning for sykehusopplevelsen. Eksempler jeg har opplevd i praksis er å la barnet holde blodprøveglassene under blodprøvetaking, eller la det bestemme farge på gipsen. Musikk kan brukes som mestringsstrategi for å distrahere og berolige barn i førskolealder (Berntzen mfl., 2016; Eide & Eide, 2010; Mörelus, 2014). Musikk kan brukes både aktivt eller passivt, og har vist seg å redusere både barnets og foreldrenes preoperative engstelse (Millett & Gooding, 2017). Sykepleieren kan sette på musikk barnet kan høre på, eller selv engasjere seg med sang og dans.

Å spille ut følelser og bekymringer gjennom lek, og dele disse med andre, kan være til hjelp for barnets mestring (Eide & Eide, 2010). I leken har barnet kontrollen, og dette kan hjelpe barnet med å mestre situasjonen (Eriksson, 1997). Forskning viste at lek med modelleire hadde signifikant effekt for å redusere preoperativ engstelse (Aydin mfl., 2017). Modelleire er et kjent leketøy for de fleste barn, og krever høy konsentrasjon og kreativitet (Aydin, 2017). Et annet eksempel er bruk av tegning og fargeleggingsbøker (Al-Yateem mfl., 2016). Barna i studien til Salmela mfl. (2010) nevnte både leking, å være på lekerommet, tv-titting, forskjellige spill, og å se eller lese i bøker som mestringsstrategier. Dette er aktiviteter sykepleier både kan oppmuntre til eller engasjere seg i selv. En viktig kilde til trygghet er det som er kjent og normalt, og både private kosedyr, leker og klær er derfor viktig (Grønseth & Markestad, 2017). Egne leker, kosedyr eller suttekluter ble nevnt som mestringsstrategier av førskolebarn i studien til Salmela mfl. (2010). I studien til Aydin mfl. (2017) hadde barna tilgang på lekerom uten at alle brukte det. Noen ville ikke leke alene, mens andre ikke ville leke med ukjente leker.

Eriksson (1997) er opptatt av at sykepleieren må tørre å slippe seg løs, samt oppmuntre til og bruke tid på å leke med barnet. Også Al-Yateem mfl. (2016) peker på at helsepersonell må omfavne lek og aktiviteter, og bruke dette for å forbedre barns opplevelse av sykehusoppholdet. Da jeg selv var i praksis hadde barna fri tilgang til lekerom og leker, men ble ikke nødvendigvis oppmuntret til å benytte seg av dette i den preoperative fasen. Mange holdt seg i stedet for på rommet sammen med foreldrene sine. Sykepleieren har her et ansvar for å oppmuntre til og engasjere seg i lek, musikk og sang. Grønseth & Markestad (2017) skriver at rollelek kan utnyttes av sykepleieren, og man kan eksempelvis leke at sykepleieren skal gjennom et kirurgisk inngrep og at barnet er sykepleieren eller legen. På denne måten kan sykepleieren få et innblikk i hva barnet er opptatt av, og hjelpe barnet med å se at situasjonen kan mestres (Grønseth & Markestad, 2017).

Ettersom barnet ikke kan unngå å gjennomgå det kirurgiske inngrepet er det begrenset i hvor stor grad barnet kan bruke problemfokuseret mestring preoperativt. Tveiten (2012a) påpeker at det først er i femårsalderen barn begynner å bruke problemfokuseret mestring, men i studien til Salmela mfl. (2010) nevnte barna i aldersgruppen fire til seks år flere slike strategier. Aktiviteter som avviser frykt, som å flykte, se vekk, gi motstand, lukke øynene eller gjemme seg ble trukket frem (Salmela mfl., 2010). Disse er problemfokuserete,

men ikke nødvendigvis hensiktsmessige, ettersom de ikke løser eller fjerner situasjonen barnet står ovenfor. Hvile og avslapping, og lindring av smerte og symptomer ble videre nevnt som mestringsstrategier (Salmela mfl., 2010). Videre kom aktiv problemløsning også frem, som for eksempel å uttrykke redsel, spørre spørsmål eller spørre om hjelp, følge instruksjoner, finne ut ting, mulighet til deltakelse og å forberede seg selv på situasjonen. Disse burde oppmuntres til at sykepleier.

Det er en fordel å vite hva slags mestringsstrategier som fungerer for det enkelte barn, og barnet må derfor gis mulighet til å fortelle om sine måter å mestre i stressituasjoner (Salmela mfl., 2010). Det kan være hensiktsmessig å lage en oversikt eller spørreskjema med ulike mestringsstrategier, slik at det er lettere å finne den mest effektive måten å støtte barnet på (Salmela mfl., 2010). Forskning viser at barn som er innlagt ved sykehus nevner færre mestringsstrategier enn friske barn (Salmela mfl., 2010). Dette kan begrunnes med at barnas evne til å se mestringsstrategier reduseres i en stresset situasjon (Grønseth & Markestad, 2017; Salmela mfl., 2010). Det kan også bety at barna som faktisk var på sykehus har lært hvilke mestringsstrategier som hjalp dem og ikke, og dermed kun nevnte de som fungerte (Salmela mfl., 2010).

5.4. Foreldrenes rolle i den preoperative fasen

Bowlbys tilknytningsteori illustrerer at foreldrene er viktige for barnets trygghet, og særlig i stressede situasjoner (Smith, 2017). Det er ofte en hel familie som må tas hånd om, foreldrene har en vesentlig rolle under sykehusoppholdet (Grahm mfl., 2016). I Salmela mfl. (2010) sin studie nevnte 70% av barn i fire-seksårsalderen foreldrenes tilstedeværelse som mestringsstrategi. Dette underbygger at barn er sterkt tilknyttet foreldrene og aktivt bruker de som støtte. Sykepleieren burde involvere foreldrene i omsorgsoppgaver (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2000, § 6). Også søsken burde inkluderes under sykehusoppholdet. Det som er kjent og som vanlig oppleves som trygt, så det å opprettholde normale rutiner kan være hensiktsmessig (Grønseth & Markestad, 2017). Foreldre skal derimot ikke utføre ting som er skremmende eller smertefullt for barnet, og bidraget deres er kun et supplement til helsepersonellets pleie (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2000, § 6).

Dersom foreldrene er utrygge eller engstelige, kan dette påvirke barnet negativt (Al-Yateem mfl., 2016; Fincher mfl., 2012; Tveiten, 2012a). Foreldrene har ofte stor kunnskap angående barnets symptomer og behandling, men kan likevel trenge informasjon, undervisning, veiledning eller råd (Tveiten, 2012b). Det er viktig å samtale med foreldrene om hva de vet om inngrepet, hvor de har fått informasjonen fra, og hvordan de har forstått den (Tveiten, 2012b). Foreldrene er de som kjenner barnet sitt best, og er vanligvis flinkest til å forstå hva barnet opplever og uttrykker (Tveiten, 2012b). De er derfor en viktig ressurs i kommunikasjonen med barnet, og å samarbeide med foreldre kan gi sykepleieren verdifull informasjon og hjelp (Tveiten, 2012b). Forskning har vist at å involvere foreldrene og gjøre dem trygge bidrar til bedre kontakt og gjensidig tillit, og bedrer pasient-sykepleierforholdet (Grahm mfl., 2016). Sykepleierne i studien til Grahm mfl. (2016) mente at å lytte til og informere foreldrene hadde stor betydning for å øke tryggheten og forståelsen deres. Sykepleieren må ha fokus på også å støtte foreldrene preoperativt, og lytte til deres bekymringer, behov og ønsker. Al-Yateem mfl. (2016) trekker frem lek som et tiltak for å inkludere foreldrene.

6. Konklusjon

Hvordan kan sykepleier fremme trygghet hos barn preoperativt?

I denne oppgaven har det blitt diskutert hvordan sykepleier kan fremme trygghet hos barn i den preoperative fasen. I den preoperative fasen blir ofte både barnet og foreldrene stresset og engstelige, noe som kan gi uheldige ettervirkninger. Å fremme trygghet i slike situasjoner kan være utfordrende, og sykepleieren må tilpasse seg til det enkelte barnet. Sentrale tema som har kommet frem som trygghetsskapende er kommunikasjon, informasjon, mestringsstrategier og foreldres rolle.

Sykepleier kan gjennom kommunikasjon bidra til at barnet føler seg sett, ivaretatt og forstått. Dette bidrar til at barnet kan gi uttrykk for behovene det har, og blir møtt av sykepleieren på en måte som demper stress og øker tryggheten på sykehuset. Sykepleiers væremåte er avgjørende, og burde preges av ro, selvsikkerhet og trygghet. Informasjon bidrar til forståelse, og kan gi barnet større kontroll over situasjonen. Dette forutsetter at informasjonen som gis er tilpasset det enkelte barnet, og gis på en måte som barnet er mottakelig for. Aktiv bruk av mestringsstrategier kan bidra til at barnet mestrer situasjonen det er i, og kan gi større trygghet. Sykepleieren bør i samarbeid med foreldrene kartlegge hva slags mestringsstrategier som er best for barnet, og støtte og oppmuntre til bruk av disse. Lek og musikk er eksempler på aktiviteter sykepleieren kan engasjere barnet og foreldrene i for å fremme trygghet. Førskolebarnet er avhengig av foreldrene sine, og foreldrene vil derfor ha en stor rolle i den preoperative fasen. At foreldrene er trygge har positiv innvirkning på barnet, og sykepleieren må derfor støtte foreldrene preoperativt.

Referansliste

- Al-Yateem, N., Brenner, M., Shorrab, A. A., & Docherty, C. (2016). Play distraction versus pharmacological treatment to reduce anxiety levels in children undergoing day surgery: a randomized controlled non-inferiority trial. *Child: Care, Health and Development*, 42(4), 572–581. <https://doi.org/10.1111/cch.12343>
- Aveyard, H. (2014). *Doing a Literature Review in Health and Social Care: A Practical Guide*. McGraw-Hill Education (UK).
- Aydın, G. B., Yüksel, S., Ergil, J., Polat, R., Akelma, F. K., Ekici, M., ... Odabaş, Ö. (2017). The effect of play distraction on anxiety before premedication administration: a randomized trial. *Journal of Clinical Anesthesia; Philadelphia*, 36, 27–31. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jclinane.2016.04.044>
- Barnekonvensjonen. (2003). FNs konvensjon om barnets rettigheter: Vedtatt av De Forente Nasjoner den 20. november 1989, ratifisert av Norge den 8. januar 1991: Revidert oversettelse mars 2003 med tilleggsprotokoller. Oslo: Barne- og familiedepartementet.
- Berntzen, H., Almås, H., Bruun, A. M. G., Dørve, S., Giskemo, A., Dåvøy, G., & Eide, P. (2016). Perioperativ og postoperativ sykepleie. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5. utg., s. 309-380). Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O., & Tygstad, H. (2012). Kilder og kildekritikk. I O. Dalland, *Metode og oppgaveskriving* (5. utg., s. 63-82). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eide, H., & Eide, T. (2010). *Kommunikasjon i relasjoner* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eriksson, K. (1997). *Vårdandets idé* (2. utg.). Stockholm: Liber.
- Fernandes, S. C., & Arriaga, P. (2010). The effects of clown intervention on worries and emotional responses in children undergoing surgery. *Journal of Health Psychology*, 15(3), 405–415. <https://doi.org/10.1177/1359105309350231>
- Fincher, W., Shaw, J., & Ramelet, A.-S. (2012). The effectiveness of a standardised preoperative preparation in reducing child and parent anxiety: a single-blind randomised controlled trial. *Journal of Clinical Nursing*, 21(7–8), 946–955. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03973.x>
- Finrud, I.-A. (2017). Pre- og postoperativ sykepleie til barn og ungdom. I R. Grønseth & T. Markestad, *Pediatri og pediatrik sykepleie* (4. utg., s. 143-158). Bergen: Fagbokforlaget.
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2015). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (4. utg.). Stockholm: Natur & kultur.
- Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon. (2000). Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (FOR-2000-12-01-1217). Hentet fra <https://lovdata.no/forskrift/2000-12-01-1217>
- Grahn, M., Olsson, E., & Mansson, M. E. (2016). Interactions Between Children and Pediatric Nurses at the Emergency Department: A Swedish Interview Study. *Journal of Pediatric Nursing*, 31(3), 284–292. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2015.11.016>

- Grønseth, R., & Markestad, T. (2017). *Pediatri og pediatriisk sykepleie* (4. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Gulbrandsen, L. M. (Red.). (2017). *Oppvekst og psykologisk utvikling: Innføring i psykologiske perspektiver* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Hansen, B. R. (2017). Daniel Sterns utviklingsmodell. I L. M. Gulbrandsen (Red.), *Oppvekst og psykologisk utvikling: Innføring i psykologiske perspektiver* (2. utg., s. 179–211). Oslo: Universitetsforlaget.
- Heggestad, A. K. T., & Knutstad, U. (Red.). (2016). *Sykepleieboken 2: Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie* (4. utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell (1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>
- Hundeide, K., & Gulbrandsen, L. M. (2017). Jean Piaget: En konstruktivistisk teori om barns utvikling. I L. M. Gulbrandsen (Red.), *Oppvekst og psykologisk utvikling: Innføring i psykologiske perspektiver* (2. utg., s. 212–234). Oslo: Universitetsforlaget.
- Håkonsen, K. M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Jensen, P., & Ulleberg, I. (2011). *Mellom ordene: Kommunikasjon i profesjonell praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kain, Z. N., Mayes, L. C., Caldwell-Andrews, A. A., Karas, D. E., & McClain, B. C. (2006). Preoperative Anxiety, Postoperative Pain, and Behavioral Recovery in Young Children Undergoing Surgery. *Pediatrics*, *118*(2), 651–658. <https://doi.org/10.1542/peds.2005-2920>
- Malt, U., & Tranøy, K. E. (2018, 20. februar). empiri. I *Store norske leksikon*. Hentet 1. mai 2019, fra <http://snl.no/empiri>
- Millett, C. R., & Gooding, L. F. (2017). Comparing Active and Passive Distraction-Based Music Therapy Interventions on Preoperative Anxiety in Pediatric Patients and Their Caregivers. *Journal of Music Therapy*, *54*(4), 460–478. <https://doi.org/10.1093/jmt/thx014>
- Mörelius, E. (2014). *Stress hos barn och ungdom*. Lund: Studentlitteratur.
- Nielsen, G. H., & Binder, P.-E. (2017). Den klassiske psykoanalysens grunnbegreper: normalutvikling og psykopatologi hos barn og unge. I L. M. Gulbrandsen (Red.), *Oppvekst og psykologisk utvikling: Innføring i psykologiske perspektiver* (2. utg., s. 73–103). Oslo: Universitetsforlaget.
- Nilsson, E., Svensson, G., & Frisman, G. H. (2016). Picture book support for preparing children ahead of and during day surgery. *Nursing Children and Young People* (2014+); *London*, *28*(8). <http://dx.doi.org/10.7748/ncyp.2016.e749>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Salmela, M., Salanterä, S., Ruotsalainen, T., & Aronen, E. T. (2010). Coping strategies for hospital-related fears in pre-school-aged children. *Journal of Paediatrics and Child Health*, *46*(3), 108–114. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1754.2009.01647.x>
- Segesten, K. (2016). Trygghet og utrygghet ved uklar og/eller alvorlig sykdom. I A. K. T. Heggestad & U. Knutstad (Red.), *Sykepleieboken 2: Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie* (4. utg., s. 146–157). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Smith, L. (2017). Tilknytning: teori og forskning. I L. M. Gulbrandsen (Red.), *Oppvekst og psykologisk utvikling: Innføring i psykologiske perspektiver* (2. utg., s. 139–178). Oslo: Universitetsforlaget.

- Statistisk sentralbyrå. (2019, 26. mars). Pasienter på sykehus. Hentet 5. april 2019, fra <https://www.ssb.no/statbank/table/10261/tableViewLayout1/>
- Stubberud, D.-G., Grønseth, R. & Almås, H. (Red.) (2016). *Klinisk sykepleie 1* (5. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Tunney, A. M., & Boore, J. (2013). The effectiveness of a storybook in lessening anxiety in children undergoing tonsillectomy and adenoidectomy in northern Ireland. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing, 36*(4), 319–335. <https://doi.org/10.3109/01460862.2013.834398>
- Tveiten, S. (2012a). Barns helse og livskvalitet. I S. Tveiten, A. Wennick, & H. F. Steen, *Sykepleie til barn: Familiesentrert sykepleie* (s. 42-82). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Tveiten, S. (2012b). Hva er spesielt ved sykepleie til barn og familiesentrert sykepleie? I S. Tveiten, A. Wennick, & H. F. Steen, *Sykepleie til barn: Familiesentrert sykepleie* (s. 11-41). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Tveiten, S. (2016). *Helsepedagogikk: Pasient- og pårørendeopplæring*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Tveiten, S., Wennick, A., & Steen, H. F. (2012). *Sykepleie til barn: Familiesentrert sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Wennström, B., Törnåge, C.-J., Nasic, S., Hedelin, H., & Bergh, I. (2011). The perioperative dialogue reduces postoperative stress in children undergoing day surgery as confirmed by salivary cortisol. *Pediatric Anesthesia, 21*(10), 1058–1065. <https://doi.org/10.1111/j.1460-9592.2011.03656.x>
- Wiktionary. (2017). fremme. Hentet 29. april 2019, fra <https://no.wiktionary.org/wiki/fremme>
- Østgaard, G., & Ulvik, A. (2010). Anestesi til barn. *Tidsskrift for Den norske legeforening, 130*(7), 752–755. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.08.0529>

