

BACHELOROPPGAVE:

***Hvordan kan sykepleie skape
trygghet og dempe stress hos barn
som får behandling i sykehus?***

FORFATTERE:

LENA MARTINE ASPAKER

IDA KRISTINE BJERKE

Dato: 20.05.2016

Ord: 12137

SAMMENDRAG

Tittel:	Hvordan kan sykepleie skape trygghet og dempe stress hos barn som får behandling i sykehus?		Dato: 20.05.16
Deltaker(e)/	Lena Martine Aspaker Ida Kristine Bjerke		
Veileder(e):	Inger Balke		
Evt. oppdragsgiver:	_____		
Stikkord/nøkkelord	Barn, Sykepleie, Sykehus, Trygghet, Stress.		
Antall sider: 43 og antall ord: 12137	Antall vedlegg: 0	Publiseringsavtale inngått: Ja	
<p>Introduksjon: I 2015 var det 22 000 barn innlagt i norske sykehus. Det er høy terskel for å legge inn barn i sykehus, men når det ikke er forsvarlig å behandle dem noen andre steder, blir de innlagt. Barn opplever store forandringer når de blir innlagt i sykehus, dette kan forklare den utryggheten og det stresset barnet opplever.</p> <p>Hensikt: Hensikten med oppgaven er å finne faktorer som er med på å fremme trygghet og redusere stress ved sykepleien som blir gitt til barnet. Oppgaven skal komme fram til sykepleietiltak som kan redusere engstelse og stress hos barnet som får behandling i sykehus.</p> <p>Metode: Oppgaven er en litteraturstudie. Oppgaven bygger på fem forskningsetikker og faglitteratur. Forskningsartiklene har blitt hentet fra databasene Cinahl complete og PubMed. Søkeordene som har gitt relevante treff er: «<i>hospital</i>», «<i>children</i>», «<i>children in hospital</i>», «<i>pain</i>», «<i>reduce fear</i>», «<i>child development</i>», «<i>pediatric nursing</i>», «<i>nursing</i>», «<i>nursing care</i>», «<i>communication strategies</i>», «<i>communication</i>», «<i>distress</i>», «<i>non-pharmacological methods</i>», «<i>coping strategies</i>» «<i>coping</i>» og «<i>strategies</i>».</p> <p>Resultat: Funn viser at foreldrenes tilstedeværelse, tilpasset miljø, god kommunikasjon og barns mestringsstrategier er viktige komponenter for å ivareta barns trygghet og lindring av stress.</p> <p>Konklusjon: For å hjelpe barn å mestre sykehusopphold må sykepleier ha kunnskaper om barns utvikling, ta seg til å skape et samspill og tilpasse omsorgen etter barnets behov.</p>			

ABSTRACT

Title:	How can nursing create safety and comfort, and reduce stress in children receiving treatment in hospital?	Date: 20.05.16
Participants	Lena Martine Aspaker Ida Kristine Bjerke	
Supervisor(s)	Inger Balke	
Employer:		
Keywords	Children, Nursing, Safety and comfort, Hospital, Stress	
Number of pages: 43 and number of words: 12137.	Number of appendix: 0	Availability (open/confidential): Open
<p>Introduction: There were 22,000 children receiving treatment in Norwegian hospitals in 2015. While there is a high threshold for admitting children to hospitals, it is done when there are no other justifiable alternatives. Children experience significant changes in their environment when they are admitted, which partially explain the feeling of lack of safety and increased stress the child experience.</p> <p>Purpose: The purpose of the thesis is to identify factors to promote safety and comfort, and reduce stress through nursing of the child. The thesis will identify nursing measures which can be applied to reduce stress and discomfort in the child receiving treatment.</p> <p>Method: The thesis is a literature study. The thesis is based on five research papers and literature. The research papers are retrieved from the databases Cinahl Complete and PubMed. Search terms used are: `hospital`, `children`, `Children in hospital`, `pain`, `reduce fear`, `child development`, `pediatric nursing`, `nursing`, `nursing care`, `communication strategies`, `communication`, `distress`, `non-pharmacological methods`, `coping strategies`, `coping` and `strategies`.</p> <p>Results: Findings show that the parents' presence, adapted environment, good communication, and children's methods of coping are important factors in ensuring children's feeling of safety and comfort, and reducing stress.</p> <p>Conclusion: To assist children in coping with hospitalization, the nurse should have knowledge of children's development, create an interplay with the child, and adapt the care to the child's needs.</p>		

INNHALDSFORTEGNELSE

SAMMENDRAG	2
ABSTRACT	3
INNHALDSFORTEGNELSE.....	4
1. Innledning	6
1.1 Introduksjon til valgt tema	6
1.2 Sykepleiefaglig relevans.....	6
1.3 Presentasjon av forskningsområde	7
2. Bakgrunn	8
2.1 Barn i sykehus.....	8
2.2 Begrepsavklaringer	9
2.3 Bakgrunn for valg av teoretisk perspektiv.....	9
2.3.1 Piagets kognitive utviklingsteori	10
2.3.2 Eriksons sosiale utviklingsteori.....	10
2.4 Hensikt med oppgaven	11
2.5 Problemstilling.....	11
2.6 Trygghet, stress og mestring blant barn i sykehus	12
2.7 Kommunikasjon og samspill med barn.....	14
2.8 Avgrensinger.....	16
3. Metode	17
3.1 Litteraturstudie som metode	17
3.2 Søkestrategi	17
3.3 Inklusjon- og eksklusjonskriterier	19
3.4 Analyse.....	20
4. Resultat	21

4.1	Presentasjon av artiklene i tabell	21
4.2	Resultatpresentasjon.....	26
4.2.1	Kommunikasjon tilpasset barn.....	26
4.2.2	Sykepleier - barn relasjonen.....	26
4.2.3	Barns mestringsstrategier	26
4.2.4	Betydningen av foreldrenes tilstedeværelse	27
5.	Drøfting	28
5.1	Trygghet og mestring blant barn på sykehus	28
5.2	Kommunikasjon og samspill	32
5.3	Tilrettelegging av miljø og sykepleierens kompetanse	34
5.4	Metodiske og etiske overveielser	37
6.	Konklusjon	39
7.	Litteraturliste	41

1. Innledning

1.1 Introduksjon til valgt tema

I 2015 var 22 000 barn i alderen 0-9 år innlagt i norske sykehus (Statistisk sentralbyrå 2015b), dette inkluderer ikke de barna som var født dette året (Statistisk sentralbyrå 2015a). «Seks av ti er yngre enn 4 år, og barn under 1 år legges inn nesten tre ganger hyppigere enn de litt eldre» (Grønseth, Markestad og De Gaust 2011, s. 9). De fleste av sykdommene som rammer barn er vanligvis kortvarige og kan behandles i hjemmet eller med hjemmesykepleie. Barn blir innlagt på sykehus når det ikke er forsvarlig å få behandling andre steder og liggetiden for barn i sykehus er kort, vanligvis 1-4 dager (Tveiten, Wennick og Steen 2012).

Langeland (1989) skriver at på en barneavdeling møter sykepleierne daglig barn som er redde, innesluttet, aggressive eller viser andre tegn på å være i en stresset situasjon. Den forandringen barn opplever fra normal hverdag til å bli innlagt i sykehus, i tillegg til adskillelse fra familien og smertefulle prosedyrer, kan forklare stresset barnet opplever. Hvor sterkt barnet opplever dette, avhenger av barnets alder. «God sykepleie forutsetter forståelse for den andres situasjon. Slik empati forutsetter kompetanse og evne å formidle kompetanse på en måte som gir barnet og familie en god opplevelse» (Tveiten, Wennick og Steen 2012, s. 36).

1.2 Sykepleiefaglig relevans

Fleitas (2003) skriver at sykepleiere har betydelig kontakt med barnet og foreldrene i sykehus. Sykepleier er derfor i en utmerket posisjon til å sikre at kommunikasjonen omfatter prinsipper for omsorg og empowerment. Empowerment betyr ifølge Skaug, Nortvedt og Kristoffersen (2011b) at sykepleieren bygger opp pasienten ved å myndiggjøre, slik at den kan bruke sine egne ressurser til å takle sykdom og bevare helse.

Grønseth, Markestad og De Gaust (2011) skriver at barn fort kan bli usikre når de kommer i ukjent miljø, det er derfor nødvendig å kunne opprette en så normal hverdag som mulig. Derfor ser man lek, humor, glede og foreldrenes tilstedeværelse under sykehusoppholdet som viktige elementer. De skriver at stress hos barn gir utrygghetsfølelse, forsterker smerter og symptomer. Dette er med å øke den kjemiske prosessen i kroppen, som kan forverre

barnets medisinske tilstand, forsinket sårtilheling og har negativ innvirkning på immunforsvaret hvis stresset vedvarer.

Tveiten, Wennick og Steen (2012) viser at barn, foreldre og søsken kan oppleve sykdom og sykehusinnleggelse som en traumatisk opplevelse. Det er derfor nødvendig at sykepleierne legger til rette for at opplevelsene på sykehuset blir best mulig for barnet og familien. Det kan være vanskelig å oppnå tillit hos barnet og unngå at barnet opplever frykt og angst. At barnet og familien er sammen som en helhet innebærer at sykepleieren har flere å gi omsorg til. Grønseth, Markestad og De Gaust (2011) skriver at redselen for å bli adskilt fra foreldrene er en av de mest fremtredende årsakene til stress hos barnet. Det er viktig at barnet får ha foreldrene tilstede mest mulig og at de får ha jevnlig omgang med søsken, slik at de får følelsen av familietilhørighet. «§ 6-2. Barn har rett til samvær med minst en av foreldrene eller andre med foreldreansvaret under hele oppholdet i helseinstitusjon, med mindre dette er utilrådelig av hensyn til barnet, eller samværsretten er bortfalt etter reglene i barneloven eller barnevernloven» (Lov om pasient- og brukerrettigheter 2001).

1.3 Presentasjon av forskningsområde

Denne oppgaven skal rettes mot et forskningsområde innenfor klinisk sykepleie. NTNU i Gjøvik har tre forskningsområder; profesjonskompetanse, kvalitet i sykepleie og pasientsikkerhet. Forskningsområdet denne oppgaven blir relatert til er «kvalitet i sykepleie». Dette er fordi kvaliteten i sykepleien er sentral i forhold til å skape trygghet og redusere stress for alle involverte, både for pasienten, foreldre, sykepleier og sykepleien som blir gitt. «Kvaliteten på sykepleien er betinget av sykepleierens kompetanse, av måten kompetansen formidles på, av sykepleierens holdninger og av hvordan ferdigheter utføres» (Tveiten, Wennick og Steen 2012, s. 38).

2. Bakgrunn

2.1 Barn i sykehus

«Barn er ikke små voksne. De preges av umodenhet, rask vekst og utviklingsmuligheter» (Grønseth, Markestad og De Gaust 2011, s. 9). De skriver videre at barn har egne behov og at de kan ha andre sykdommer enn voksne, derfor kreves det spesialkunnskaper for å ivareta denne pasientgruppen. Langeland (1989) skriver at barn vil oppleve det å bli innlagt i sykehus som en stressituasjon. Dette er fordi barna blir utsatt for flere stress faktorer, som for eksempel adskillelse fra foreldrene, smerter, fremmede omgivelser, ukjente mennesker og undersøkelser. Barnets alder har betydning for hvordan sykehusoppholdet oppleves og den mest sårbare perioden er opp til barnet er fem år. Barn over fem år er mindre sårbare, dette kan være på grunn av større forståelse og erfaringer om at foreldrene ikke vil forlate dem.

Studien til Pelander og Leino-Kilpi (2010) har sett på barns oppfatning ved en sykehusinnleggelse. Det ble da beskrevet de beste og de verste opplevelsene. Det barn nevnte som positivt var muligheten til å få spille spill og se på film. Andre positive sider var at helsepersonell viste empati, at de fikk fysisk pleie og behandling, følte seg ivaretatt og fikk god behandling i form av medisiner og mat. Det barn så på som negativt i forhold til sykehusinnleggelse var knyttet til det å vente, både på undersøkelser, konsultasjoner og behandling. Andre negative sider ved sykehus var nålestikk, ekle undersøkelser, operasjoner, medisiner og mat- og drikke restriksjoner. Symptomer på sykdom ble også nevnt som negative opplevelser, det å føle smerte, kvalme, tretthet, feber og hodepine. De nevnte også separasjon fra familie, venner, hjem og skole som negativt.

I Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (2001) er barns særlige rettigheter fra pasient- og brukerrettighetsloven utdypet. Det kommer tydelig frem hvordan man bør tilrettelegge miljø og hvordan personalet bør opptre i forhold til barn som er innlagt i sykehus, for å fremme trygghet og redusere stress. Barn har krav om å bli lagt inn i barneavdeling som er tilpasset barns behov og de skal ha mulighet til å ha med egne leker. Det kommer frem bestemmelser om at en av foreldrene har krav på å være hos barnet hele døgnet og

sykehuspersonalet på avdelingen må avklare med foreldrene hvilken rolle de ønsker å ha overfor barnet.

2.2 Begrepsavklaringer

Under dette punktet vil ord bli kort forklart, da de blir brukt i løpende tekst, slik at leseren får en bedre sammenheng.

Empowerment betyr ifølge Skaug, Nortvedt og Kristoffersen (2011b) at sykepleieren bygger opp pasienten ved å myndiggjøre, slik at den kan bruke sin egne ressurser til å takle sykdom og bevare helse.

Skaug, Nortvedt og Kristoffersen (2011a) skriver at autonomi er troen på menneskets egne ressurser og retten til å velge selv hva som er best for en og rett til å si sin mening.

Empati innebærer ifølge Skaug, Nortvedt og Kristoffersen (2011b) at sykepleieren har evne til å vise forståelse, medfølelse og innlevelse i noe en person uttrykker om sin situasjon.

2.3 Bakgrunn for valg av teoretisk perspektiv

Jean Piaget var «den som først utviklet en hel teori om den tankemessige utviklingen» (Håkonsen 2014, s. 53). Erik Erikson «satte gjennom mange år sitt preg på vår forståelse av menneskelig utvikling i et livsperspektiv» (Håkonsen 2014, s. 55). De er valgt på bakgrunn av deres to viktige områder om menneskets utvikling og tenkemåte. Piagets teori omhandler barns kognitive utvikling, og Eriksons teori omhandler barns sosiale utvikling. Teoriene viser relevans til oppgaven på bakgrunn av at «Kunnskap om normal vekst og utvikling er basiskunnskap i pediatrik sykepleie. Det er nødvendig for å kunne opprette tillitsforhold til barn og kommunisere med dem på deres premisser» (Grønseth, Markestad og De Gaust 2011, s. 9). «Fokus på utvikling og modning er et av særtrekkene i sykepleie til barn, en forutsetning for å ivareta sykepleiens behandlende og lindrende funksjoner og gi sykepleie tilpasset barnets særegne behov» (Grønseth, Markestad og De Gaust 2011, s. 9). I tillegg kommer det fram i § 5 i Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (2001) at personal som arbeider med barn må ha kunnskap om barnets utvikling og behov. Piaget og Eriksson har teorier innenfor psykologifaget, dette ser man relevant i forhold til hvordan sykepleieren kan

møte barnet på riktig nivå for å få til ett godt samspill og kunnskapsmessig vite hva man kan forvente av barn i de forskjellige aldersstadiene.

2.3.1 Piagets kognitive utviklingsteori

Det som danner grunnlaget for den kognitive utviklingen er sanseintrykk og tolkning. Når et barn opplever noe, så blir det en erfaring som videre blir til begreper, symboler og språk, som igjen blir til tenkning. Den kognitive utviklingen til barn har Piaget delt inn i fire perioder av barns liv. Den første perioden er den sansemotoriske perioden, som varer fram til barnet er ett og etthalvt år. I denne perioden er det stor utvikling hos barnet på det kognitive området. Utviklingen begynner med få reflekser og avsluttes med språkutvikling. Den andre perioden er den pre-operasjonelle perioden og varer fra barnet er ett og ett halvt til sju år. I denne perioden utvikles grunnlaget for forestillinger og en utvikler nye begreper, lærer flere ord og får et betydelig rikere språk (Håkonsen 2014).

Den tredje perioden er den konkretoperasjonelle perioden og varer fra sju til tolv års alderen. I denne perioden er barnet i stand til å gjøre tankeoperasjoner knyttet til konkrete handlinger. Barnet tilegner seg erfaringer gjennom praktiske handlinger og opplevelser. På bakgrunn av en opplevelse som barnet har vært i, så fører det til tenkning og bearbeiding av opplevelsen. Barnet blir etter hvert i stand til å tenke uten å ha erfart situasjonen selv og kan mot slutten av perioden overta andres erfaringer via forklaringer, film eller tekst. Den fjerde og siste fasen er den formaloperasjonelle perioden og er fra tolv til femten års alderen. I denne perioden løsriver barnet seg fra det konkrete og tenkningen preges av unge og voksnes tenkning. Det er nødvendig å vite at barn er forskjellig og at de kan avvike fra periodene (Håkonsen 2014).

2.3.2 Eriksons sosiale utviklingsteori

Erikson deler barns sosiale utvikling inn i åtte psykososiale faser, her blir de fire fasene som er relevante for oppgaven presentert. Det er viktig å tenke på at dette er et gjennomsnitt innenfor det gitte alderstrinn. Den første fasen omhandler barn i alderen opp til ett og ett halvt år og dreier seg om tillit eller mistillit. I denne fasen utvikler barnet trygghet og tillit eller utrygghet og mistillit til omgivelsene og barnet er i stand til å føle trygghet eller utrygghet. I denne fasen lærer barnet å tro på seg selv. I følge Erikson vises dette ved at

barnet kan la foreldrene være ute av synet, uten å gråte. Dette tyder på at barnet har en indre trygghet og at barnet har lært at foreldrene kommer tilbake (Håkonsen 2014). I andre fase er barnet i alderen fra ett og ett halvt til tre år gamle og fasen er preget av autonomi eller tvil. I denne fasen blir barnet mer uavhengig og selvstendig. Barnet er ikke i stand til å ta valg om hva som er trygt og hva som er farlig. Hvis barnet får mulighet til å mestre under kontrollerte forhold, vil dette øke barnets kontroll og uavhengighet. For å utvikle autonomi må barnet oppleve en balanse mellom mulighet til å velge og å samtidig bli beskyttet, og på den andre siden frihet og det å bli kontrollert. For at barnet ikke skal å tvile på seg selv, må det oppleve mestring (Håkonsen 2014).

I den tredje fasen er barnet fra tre til fem år, og fasen dreier seg om initiativ eller skyldfølelse. På dette stadiet gjør barnet seg forstillinger om hvordan det er å være voksen. Gjennom lek forestiller barn seg hvordan det er i de voksenes verden. Barnets initiativ henger sammen med forståelsen av rett og galt. Barnets samvittighet utvikles og de har evnen til å føle skyld for handlinger, spesielt om handlinger foreldre ikke aksepterer. Initiativet kan i positiv forstand føre til at barnet opplever mestring og i negativ forstand føre til skyldfølelse (Håkonsen 2014). I den fjerde fasen er barnet fra seks til fjorten år og fasen handler om arbeidsiver eller underlegenhet. I denne fasen er barnet i skolealder og lærer å arbeide sammen med andre. Her er det hensiktsmessig å tilpasse krav siden barnet sammenligner seg selv med andre, dette kan føre til at en føler mestring eller underlegenhet. De fire siste fasene handler om ungdomstiden, tidlig voksen alder, midtveis i livet og alderdommen (Håkonsen 2014).

2.4 Hensikt med oppgaven

Hensikten med oppgaven er å finne faktorer som er med på å fremme trygghet og redusere stress ved sykepleien som blir gitt til barnet. Ved slutten av oppgaven ønskes det å komme fram til sykepleietiltak som kan redusere engstelse og stress hos barnet som får behandling ved sykehus

2.5 Problemstilling

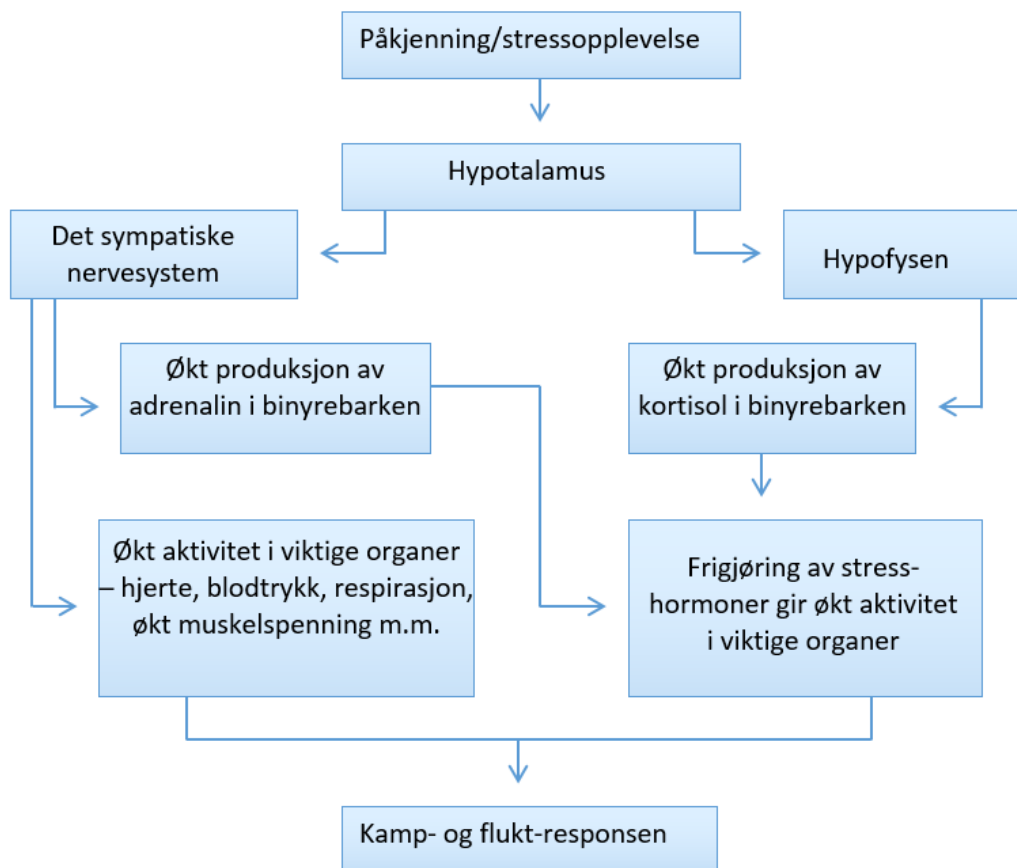
Hvordan kan sykepleie skape trygghet og dempe stress hos barn som får behandling i sykehus?

2.6 Trygghet, stress og mestring blant barn i sykehus

For en sykepleier er det vesentlig å ha forståelse om hva det innebærer å føle seg trygg og utrygg (Knutstad og Kamp Nielsen 2010). Denne kunnskapen er viktig for å vurdere hvilke omsorgshandlinger sykepleieren kan gi for at pasienten og pasientens nærmeste kan få en følelse av trygghet. «Vi kan aldri påstå at noen er trygg uten at man har spurt vedkommende om det stemmer. Vi kan heller ikke kommandere noen til å være trygg» (Knutstad og Kamp Nielsen 2010, s. 126). Trygghet blir knyttet til menneskets overlevelsesdrift og blir rettet mot vaksomhet, forsiktighet og forsvar. «Trygghet kan ses på som en nytelse, som noe som bidrar til vår velbefinnende og gjør at vi har det godt» (Knutstad og Kamp Nielsen 2010, s. 127)

I sykehus er det spesielle forhold som fremmer trygghet (Tveiten, Wennick og Steen 2012). Forutsigbarhet i behandlingen innebærer at sykepleieren gir god veiledning om hva som skal skje i forhold til undersøkelser. Sykepleieren sitt fokus i møte med barn bør være å opparbeide en god relasjon. Barnet og sykepleieren blir da kjent med hverandre og omsorgen kan bli mer forutsigbar.

«Stress er en prosess som er en belastning på personens ressurser» (Knutstad og Kamp Nielsen 2010, s. 75). Videre fremhever de at sykehusinnleggelse og alvorlig sykdom er hendelser som fører til stress. Denne typen stress blir kalt akutt stress. I følge Sand mfl. (2012) er stress en prosess som kan skyldes miljøet utenfor kroppen, slik som for eksempel kulde, langvarige anstrengelser og fysisk skade. Indre forhold som påvirker stress kan være smerte, sykdom og psykiske påkjenninger. Ved stress endres kroppen indre miljø ved å øke utskillelse av hormoner. Dette fører til at kroppen setter seg i en beredskapsposisjon slik at kroppen klarer å mestre stressfaktorene. Eksempler på slike hormoner er adrenalin og noradrenalin som fører til økt blodtrykk, økt blodtilførsel til hjernen og økt glukose konsentrasjon som gir energi.



(Figur 1: kamp-og-flukt-responsen. Illustrasjon fra (Håkonsen 2011, s. 248).

Barns toleranse for stress synker betraktelig når barnet er rammet av sykdom og er innlagt i sykehus (Grønseth, Markestad og De Gaust 2011). Videre fremheves nødvendigheten av at sykepleieren har kunnskaper om hva en skal vektlegge for å forebygge stress og bidra til mestring hos barn ved sykdom. Ved sykehusinnleggelse og sykdom følger det med usikkerhet, ubehag og stress for barn. De største stressfaktorene blant barn er redselen for å bli adskilt fra foreldrene, i tillegg å gjennomgå undersøkelser eller prosedyrer som skaper ubehag, engstelse, smerte og å være i et ukjent miljø, uten noe de kan kjenne igjen. Barn som gjennomgår undersøkelser eller prosedyrer er ofte preget av engstelse og stress på grunn av kunnskapsmangel. Dette er fordi barn har begrenset forståelse for og mangel på kontroll over situasjonen. Noen sentrale faktorer å tenke over kan være at barnet har behov for minst én nær relasjon, opplevelse av forutsigbarhet, tilhørighet og sosial støtte. Hvis barnet takler høyt stressnivå på en bra måte, har det mulighet til å føle mestring i nye situasjoner.

Mestring defineres som «kontinuerlig skiftende kognitive og atferdsmessige anstrengelser for å klare spesifikke indre og/eller ytre krav som vurderes som krevende, eller som overstiger personens ressurser og truer velværet» (Knutstad og Kamp Nielsen 2010, s. 78). Tveiten, Wennick og Steen (2012) beskriver mestring som en måte mennesket håndterer eller prøver å håndtere utfordrende situasjoner eller stressende hendelser på. Vedeler (2012) mener det engelske ordet «coping» betyr å hankses med et problem. Det handler ikke om å være en mester, men i stedet å bruke sine ressurser best mulig i forhold til en vanskelig situasjon.

I Knutstad og Kamp Nielsen (2010) er mestring delt inn i tre nivåer. Det første nivået er primærvurderingen som er tolkning av situasjonen, der en finner ut hvilke utfordringen en står overfor. Det andre nivået er sekundærvurderingen, som innebærer å finne ut hvordan ressurser og muligheter en har til å mestre situasjonen. Det siste nivået er revurderingen, som skjer etter mestringsforsøket. Her vurderer personen om mestringen var til nytte og om den var slik en hadde forventet. Hvis det opplevdes annerledes, går personen tilbake til primær- eller sekundærvurderingen og tar en ny vurdering. De tre vurderingsformene innebærer mentale aktiviteter som ofte skjer automatisk og ubevisst

Mestringsstrategier er noe mennesker gjennomfører for å takle utfordringer.

Mestringsstrategiene som mennesket utfører har som mål å bevare selvbilde, finne mening og opprettholde personlig kontroll over utfordringen som personen står overfor. «Ved å utnytte barnets nysgjerrighet, interesse for nye ting og utholdenhet ovenfor oppgaver det liker, kan man hjelpe det til å konsentrere seg om noe annet enn det som forårsaker smerte, ubehag og engstelse ved undersøkelser og prosedyrer» (Grønseth, Markestad og De Gaust 2011, s. 67). De sier videre at metoden er effektiv, kan brukes i alle aldre og at det fungerer best ved bruk av overraskende eller spennende ting eller ved at barnet selv deltar.

2.7 Kommunikasjon og samspill med barn

«Kommunikasjon er en type samhandling der to eller flere mennesker sender og mottar budskap, og der begge parter både presenterer seg selv og budskapet sitt, og der de tolker den andre» (Håkonsen 2011, s. 218). Barn som er fire år kan rundt 1400 ord og kan formidle

setninger med innhold av 4 til 6 ord. Nøkkelen til god kommunikasjon er å bli kjent med og skape tillitsforhold til barn (Grønseth, Markestad og De Gaust 2011). Tveiten, Wennick og Steen (2012) skriver at kommunikasjon med barn kan være krevende. Det er vanskelig å vite om smerten eller problemet er der barnet peker og hva betyr egentlig «lenge» eller «hele tiden» for et barn? Er det samspill mellom subjektiv og objektiv data?

Håkonsen (2011) skriver at den viktigste informasjonskilden utenom talte ord er hvordan en bruker språket. Hvor høy stemmen er, intensitet, pauser i formidlingen og toneleie. Meningsinnholdet i informasjon kan misforstås ved toneleie og intensitet. Blikket er også en sentral informasjonskilde i kommunikasjon med mennesker. Hvordan øynene blir brukt når en kommuniserer har mye å si. Blikk kontakt er et uttrykk for trygghet. Personer som er utrygge, ansente eller redde unngår som regel blikk-kontakt, de ser heller ned eller fester øynene på nøytrale objekter. Kommunikasjon kan derfor forstås bedre ved å legge merke til hvordan øynene blir brukt. Via ansiktsuttrykk blir ulike følelser og opplevelser uttrykket. Ulike ansiktsuttrykk har sammenheng med hva slags samtale man fører. Kroppsbevegelser inngår ofte i kommunikasjon og brukes for å understreke den verbale kommunikasjon. Empati er en viktig del av kommunikasjon. Det innebærer å lytte, forstå og formidle forståelsen tilbake til pasienten. Grønseth, Markestad og De Gaust (2011) skriver at barn er vare for sykepleierens toneleie og væremåte. Barn kategoriserer ofte sykepleieren som snill eller slem. Barn liker best sykepleiere som bruker tid og setter seg ned med dem, slik at man kan ha øyekontakt under samtalen. Barn kan ofte stille seg uforståelig til behandling og sykepleierhandlinger, da barn før tolvårsalderen ikke alltid klarer å se sammenhengen mellom sykdom og behandling. Det kan være for eksempel at barn ikke forstår hvordan det kan bli frisk fra diaré og smerter i magen ved intravenøs væskebehandling. Barn som gjennomgår undersøkelser eller prosedyrer er ofte preget av engstelse og stress på grunn av kunnskapsmangel. Det er nødvendig at sykepleieren gir god informasjon om sykdom, hva barnet eventuelt trenger å vite når det kommer hjem, og hva barnet skal si til de i barnehagen eller på skolen. Videre skriver Grønseth, Markestad og De Gaust (2011) at for å skape et godt samarbeid med barnet, må sykepleier rose barnet slik at det får positiv selvfølelse. Sykepleieren kan bidra til at barnet føler seg kompetent ved å innstille seg på barnets nivå.

2.8 Avgrensinger

Oppgaven avgrenses til barn innlagt i sykehus. Fokuset på oppgaven vil være på barn som er i aldersgruppen ett til og med tolv år. Barn før ett års alderen har liten evne til å kommunisere via språk, og barn over tolv år begynner å bli preget av unge og voksnes tenkemåte (Håkonsen 2014). Oppgavens fokus vil være rettet mot barn som ikke er vant med sykehusmiljøet fra tidligere og opplever dette som noe nytt og ukjent. I oppgaven blir pasienten omtalt som barnet, barnets pårørende blir omtalt som foreldre og søsken som familie.

3. Metode

3.1 Litteraturstudie som metode

Metoden er en systematisk litteraturstudie. En litteraturstudie er «En dekkende granskning og tolkning av litteraturen som finnes på et bestemt område/om et bestemt tema» (Høgskolen i Gjøvik 2015). I følge Forsberg og Wengström (2013) er en systematisk litteraturstudie å formulere et tydelig spørsmål som skal besvares. Dette gjøres ved å systematisk gå gjennom, identifisere, velge, vurdere og analysere relevant forskning. Ved en grundig litteraturstudie blir forskjellig litteratur analysert, satt sammen og fremstilt med en vinkling rettet mot en konkret problemstilling (Aveyard 2014).

3.2 Søkestrategi

Studiene som har blitt anvendt i denne oppgaven, har blitt funnet via systematiske søk i ulike databaser innenfor fagområdet sykepleie. Databasene som er blitt brukt og som det har vært relevante treff i er CINAHL Complete og PubMed. CINAHL Complete er en database som er relevant i forhold til kvalitativ forskning og pasienterfaringer og som publiseres i blant annet sykepleiefaglige tidsskrifter (Underdal 2013). PubMed er hovedkilde til biomedisinsk forskning og informasjon som dekker fagområder innenfor medisin, sykepleie, helsevesenet og andre beslektede fagområder (UiO 2016). Andre databaser søkene har blitt utprøvd i er SweMed+, Skopus, ProQuest og Ovid nursing database.

Søkene har blitt utprøvd i forskjellige databaser og videre har det blitt valgt ut artikler der studien som er gjort er relevant i forhold til inklusjon- og eksklusjonskriteriene for denne oppgaven. Oversikt over de søke ord som har blitt prøvd ut for å få finne svar på problemstillingen er: «hospital», «hospitalization», «hospitalized», «child», «children», «children in hospital», «pain», «reduce fear», «fear», «child development», «pediatric nursing», «nursing», «nurse», «nursing care», «nurse-child relation», «distraction», «communication strategies», «communication», «communication interventios», «communication skills», «understanding», «interaction», «distress», «needle», «non-pharmacological methods» og «coping strategies» «coping» «strategies». De første søkene ble gjort med nøkkelord fra problemstillingen. Deretter har søkene blitt utvidet til ord med samme betydning og korte setninger som søkeord i databasene. Videre har søkene vært

rettet mot beste temaer i forhold til problemstillingen. Søkene har vært preget av kombinasjon med AND da de forskjellige søkeordene skulle lede tydelig fram til bestemte temaer. Søkene har også blitt utprøvd ved å kombinere NOT i forhold til kroniske sykdommer og kreft. Når søkene ble gjort og antall treff var overkommelig, har artiklene blitt utvalgt på bakgrunn av leste abstrakter og resultater. Full tekst av artiklene har blitt funnet via databasen eller søkt opp i google scholar.

Nr.1	Database	Søkeord	Kombinasjon	Antall treff	Tittel på inkludert artikkel
	PubMed	1 Children 2 Nurse 3 Good nurse 4 Communication 5 hospitalized	1 AND 2 AND 3 AND 4 AND 5	8	Hospitalized children's views of the good nurse.

Nr.2	Database	Søkeord	Kombinasjon	Antall treff	Tittel på inkludert artikkel
	CINAHL Complete	1 Children in hospital 2 Communication strategies	1 AND 2	9	The power of words: examining the linguistic landscape of pediatric nursing.

Nr. 3	Database	Søkeord	Kombinasjon	Antall treff	Tittel på inkludert artikkel
	CINAHL Complete	1. Coping strategies 2. Children 3. Hospital 4. Stress 5. nurse	1 AND 2 AND 3 AND 4 AND 5	20	Coping with hospital-related fears: experiences of pre-school-aged children

Nr. 4	Database	Søkeord	Kombinasjon	Antall treff	Tittel på inkludert artikkel
	CINAHL Complete	1 Children 2 Hospital 3 Fear 4 Coping strategies	1 AND 2 AND 3 AND 4	6	Coping strategies for hospital-related fears in pre-school-aged children.

Nr. 5	Database	Søkeord	Kombinasjon	Antall treff	Tittel på inkludert artikkel
	CINAHL Complete	1 Nurse 2 Children 3 Pain 4 Non-pharmacological methods	1 AND 2 AND 3 AND 4	11	Experienced Nurses' Use of Non-Pharmacological Approaches Comprise More Than Relief From Pain

3.3 Inklusjon- og eksklusjonskriterier

Artiklene ble valgt ut på bakgrunn av kriteriene som avgrenser oppgavens tema. Inklusjon- og eksklusjonskriteriene skal tydelig vise hva som er relevant og hva som er utelukket i forhold til å svare på oppgavens problemstilling. Kriteriene har gjort det enklere å trekke ut relevante artikler i søkene. Studiene ble inkludert hvis de var fagfellevurdert, var vitenskapelig nivå 1 eller 2 og er oppbygget med IMROD-struktur, for å sikre kvaliteten. Høgskolen i Gjøvik (2011) skriver at IMROD er en forkortelse på elementene som bygger strukturen i faglige tekster. IMROD står for introduksjon, metode, resultat og diskusjon. Det har likevel blitt valgt å inkludere en artikkel uten IMROD-struktur, da den passer godt til problemstillingen. Barn med langvarig og tilbakevendende sykdom har blitt ekskludert. Det har vært fokus på å inkludere studier som er utført i land med overføringsverdi til norsk praksis. Det blir tatt hensyn til kulturforskjeller, noe som kommer fram i artikkelen fra England som tar for seg barns perspektiv på hvordan en god sykepleier bør være. Artikkelen er overførbart, men det blir beskrevet høflighetsfraser som anses som noe forskjellig mellom norsk og engelsk kultur.

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none"> ○ Fagfellevurdert ○ Vitenskapelig nivå 1 og 2 ○ Artikler publisert etter år 2000 ○ Barn under 12 år ○ Barn som får behandling i sykehus få ganger i løpet av barndommen. ○ Artikler med elementer som kan fremme trygghet. ○ Sykepleieperspektiv ○ IMROD struktur ○ Følger etiske retningslinjer ○ Utført i land med overføringsverdi til norsk praksis 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Barn som er rammet av langvarig/tilbakevendende sykdom. ○ Lege/behandlingsperspektiv ○ Barn med psykiske lidelser ○ Behandling i hjemmesykehus ○ Artikler der sykepleiestudenter har vært deltakere eller der deres kunnskaper har vært fremtredende. ○ Akuttmottaket ○ Hovedfokus på familien som helhet ○ Barn under 1 år.

3.4 Analyse

Bearbeiding av artiklene har foregått ved at artiklene ble lest og tolket både på norsk og engelsk, for at budskapet ikke skal misforstås. Videre vil studiene bli satt i en oversiktlig tabell som viser metode, hensikt, resultat og relevans til oppgaven. Deretter vil artiklenes resultat bli fremstilt tematisk. Her vil det sammenfattes det mest relevante for oppgaven. Dette vil gi leseren god oversikt over studienes resultat og relevans for oppgaven.

4. Resultat

4.1 Presentasjon av artiklene i tabell

Nr. 1	Brady, M. (2009) Hospitalized Children's Views of the Good Nurse. Publisert i Nurs Ethic.
Referanse	
Formål/hensikt	Studien har tre formål. Fylle ut områder som er lite forsket på, identifisere kjennetegn ved en god sykepleier fra barns perspektiv og utfylle sykepleiepraksisen med mer forskning.
Metode	Det er en kvalitativ studie der 22 barn fikk beskjed om å tegne en god sykepleier. Barn ble deretter stilt spørsmål rundt tegningen både lukkede og åpne. Forskeren brukte begge resultatene i etterkant for å sammenligne dem, da det ble observert barnas nonverbale kommunikasjon under innleggelsen.
Resultat	<p>Kommunikasjon: En god sykepleier var rolig og avslappet, gav ros, smilende øyne, viste empati. En dårlig sykepleier var gretten, brå, snakket høyt og virket sint og uinteressert ved å ha hendene i lomma.</p> <p>Faglig kompetanse: En god sykepleier var rask ved ubehagelige prosedyrer, gav medisiner som smakte godt og fikk tilfredsstillende smertelindring. En dårlig sykepleier var det motsatte og barna følte de gjorde dette med vilje for å plage dem.</p> <p>Sikkerhet: Sykepleiere burde være hygienisk, ha ett rent utseende, da barn i denne alderen er opptatt av smittsomme sykdommer. Man burde ikke ha saks i lommen, da barna så frykten for at den kunne falle ut og skade dem.</p> <p>Profesjonelt utseende At sykepleieren er anstendig og beveger seg grasserløs. Uniformen burde være ren og pen og man måtte ha identiteten sin synlig.</p> <p>Egenskaper: At sykepleieren er tillitsfull, ærlig, lytter til barna, er til å stole på, bruker lek og humor.</p>
Relevans for oppgaven	Artikkelen beskriver de gode og de negative sidene ved en sykepleier i samhandling med barn. Her kommer det fram hvordan barn vurderer en sykepleier på flere områder som utseende, personlige egenskaper og faglig kompetanse. For å kunne samarbeide og skape en god relasjon til barnet er det viktig at faktorene som barnet syntes er negativt blir unngått og faktorer som barnet ser på som positivt blir fremtredende i samhandlingen slik at barnet føler seg trygg i sykepleierens nærvær.

Nr. 2	Fleitas, J. (2003) The power of words: examining the linguistic landscape of pediatric nursing.
Referanse	Publisert i MCN: The American Journal of Maternal Child Nursing.
Formål/hensikt	<p>Hensikten er å få fram viktigheten av å tilpasse informasjon til barn og barnets pårørende.</p> <p>Hjelpe sykepleierne til å øke bevisstheten om språkbruk, slik at det kan være med å fremme strategier som gir mestring, komfort og omsorg til fordel for barn og barnets foreldre.</p>
Metode	De har samlet inn data fra et nettsted der barna/ungdom har delt sine opplevelser etter å ha vært gjennom alvorlige medisinske tilstander. Dette var for å se hva som var bra og hva som var dårlig i forhold til kommunikasjon mellom helsepersonell, foreldre og barn. I tillegg ville de undersøke om informasjon var tilrettelagt og forståelig for den aktuelle mottaker som i studien var barn.
Resultat	<p>Det kommer fram at barna ville valgt sykepleieren som sin informant og emosjonelle støtte i forhold til informasjon om sin sykdom eller behandling.</p> <p>Sykepleieren er den som er i best posisjon til å snakke med barnet og barnets foreldre i medisinske møter og oppklare forvirring hos barnet eller foreldrene. Dette er for å kunne inkludere både barnet og foreldrene på best mulig måte og for å unngå misforståelser og gjøre språket mindre fremmed, for eksempel hvis barnet har vært utsatt for uheldig bruk av medisinsk språk.</p> <p>Barn i skolealder liker å lære. Her kan sykepleier bruke metaforer til å inkludere barnet slik at det kan lære nye ord og betydninger, samtidig som en får innsikt i sin egen sykdom på en forståelig måte. Dette fremmer status og utviklingsmestring hos barnet.</p>
Relevans for oppgaven	Artikkelen gir godt innsyn i hvordan man bør kommunisere og forklare barnet noe som kan være vanskelig å forstå, slik at dette kan fremme trygghet for barnet og foreldrene. Studien gir også forståelse for hvordan god informasjon er med på å fremme trygghet og redusere stress.

<p>Nr. 3</p> <p>Referanse</p>	<p>Salmela, M., Salanterä, S. og Aronen, E. T. (2010) Coping with hospital-related fears: experiences of pre-school-aged children. Publisert i Journal of Advanced Nursing.</p>
<p>Formål/hensikt</p>	<p>Hensikten er å beskrive hvordan barn i 4-6 års alderen takler sin frykt ved å bli innlagt i sykehus. De ville å se på hvordan barna forklarer sine erfaringer.</p>
<p>Metode</p>	<p>Studien ble gjennomført i Finland med 89 barn i alderen 4-6 år. 49 av barna ble intervjuet i barnehage og 40 ble intervjuet i pediatrik kirurgiske og nevrologiske avdelinger.</p> <p>Dataene ble samlet inn ved semi-strukturerte intervjuer med støtte av bilder. Bildene som ble brukt var av barn i forskjellige situasjoner i sykehus, for eksempel ved en operasjon. Dette var for at barna skulle kunne relatere seg til barnet på bilde og forklare sine følelser knyttet til hendelsen på bildet.</p>
<p>Resultat</p>	<p>Tilstedeværelse av foreldrene og god relasjon med personale var hovedfunnene ved hva som fikk barna til å dempe frykten knyttet til sykehusoppholdet. Andre vesentlige funn var bruk av humor, lek og tilgjengelighet av barnets personlige kosebamse. I tillegg ble frykten redusert ved å få nok hvile, lindring av smerte, lindring av symptomer ved sykdom, at problemer blir løst og at barnet får instruksjoner.</p> <p>Barna beskriver at det som gjorde dem utrygge i sykehus var adskillelse fra foreldre, smerte, symptomer på sykdom, prosedyrer, operasjoner, blodprøvetaking, tester, være alene, medisinsk utstyr, høye lyder og mareritt. I tillegg ble det beskrevet at sykepleier, lege og omgivelsene som barnet møter i sykehus var faktorer som gjorde dem utrygge.</p> <p>Barna nevnte flere mestringsstrategier ved hver enkelt av de situasjonen ovenfor som skapte utrygghet. For eksempel ved smerte, det å søke trygghet hos foreldrene, trekke seg bort fra situasjonen, utrykke frykt ved å gråte.</p> <p>Barna forklarer at det å ha følelsen av mestring førte til glede. Muligheten til å takle egen frykt og kunne utrykke sine egne ønsker og synspunkter førte til mindre frykt.</p>
<p>Relevans for oppgaven</p>	<p>Det å ha kunnskap om hva barnet anser som trygt og utrygt i sykehus, kan hjelpe sykepleieren til å se situasjonen fra barns side og være i forkant av barnet ved å fremme eller redusere de faktorene som skaper trygghet og utrygghet. Kunnskap om barns egne mestringsstrategier gjør at sykepleieren har mulighet til å gi barnet kontroll over situasjon, slik at barnet kan takle sin egen frykt bedre.</p>

<p>Nr.4</p> <p>Referanse</p>	<p>Salmela, M., Salanterä, S., Ruotsalainen, T. og Aronen, E. T. (2010) Coping strategies for hospital-related fears in pre-school-aged children. Publisert i Journal of Paediatrics & Child Health.</p>
<p>Formål/hensikt</p>	<p>Målet med studien var å beskrive barns egne mestringsstrategier når det gjelder smerte. De ønsket også å undersøke om barn i sykehus uttrykker andre eller flere mestringsstrategier enn barn i barnehagen.</p>
<p>Metode</p>	<p>En kvalitativ studie ble gjennomført. Data ble samlet inn ved intervju av barn med støtte av bilder. Deltagerne besto av 82 barn i alderen 4-6 år fra Finland. Undersøkelsen ble utført på to pediatrik kirurgiske avdelinger, der barna var inne for en operasjon eller kortvarig sykdom og barn fra en barnehage som ikke har erfaring fra sykehus.</p>
<p>Resultat</p>	<p>Barna rapporterte om 75 forskjellige mestringsstrategier. De mest rapporterte mestringsstrategiene var: tilstedeværelse av foreldre og andre familiemedlemmer (15.7%), omsorg fra sykehuspersonell (11.2%), positive bilder og humor (11%), lek (11%), barnas egne leker (8,7%). Andre mestringsstrategier som ble nevnt var hvile, puste rolig, være modige, tåle smerten.</p> <p>Forskjellen på barn i barnehage og barn i sykehus var: At barn i barnehage nevnte oftest: tilstedeværelse av foreldre og hjelp fra legen, mens barn i sykehus nevnte oftest: spill og lek, sine egne leker, takle frykt ved å lukke øynene eller se en annen vei, positive bilder og humor som mestringsstrategier.</p> <p>De mestringsstrategiene barna nevner innebærer ofte at de må ta en aktiv rolle. Barna i barnehage nevnte flere mestringsstrategier enn barn i sykehus. Dette tror de kan ha sammenheng med at barn i sykehus bare nevner strategiene som har fungert eller at de på grunn av sykdom har redusert mental kapasitet.</p>
<p>Relevans for oppgaven</p>	<p>Sykepleieren bør ha innsikt i barnas egne mestringsstrategier og hvordan dette kan hjelpe dem til å øke tryggheten under et sykehusopphold. Det er nødvendig å få barnas syn på hva de opplever som betryggende, slik at sykepleieren kan tilrettelegge for opplevelse av mestring.</p>

<p>Nr. 5</p> <p>Referanse</p>	<p>Svendsen, E. J. og Bjørk, I. T. (2014) Experienced Nurses' Use of Non-Pharmacological Approaches Comprise More Than Relief From Pain. Publisert i Journal of Pediatric Nursing.</p>
<p>Formål/hensikt</p>	<p>Studien skal undersøke bruken av og erfaringer sykepleiere har når det gjelder ikke-farmakologiske metoder hos barn i sykehus. Hensikten var å øke forståelsen og bevisstheten rundt dette temaet. To spørsmål ble besvart, hvordan kan erfarne sykepleiere bruke ikke-farmakologis tilnærming hos barn i sykehus? Og hvordan kan sykepleierne begrunne fordeler og ulemper ved ikke-farmakologiske tilnærminger?</p>
<p>Metode</p>	<p>Undersøkelsen ble utført ved Oslo Universitetssykehus i Norge. Deltagerne er 14 erfarne sykepleiere fra tre forskjellige avdelinger, både medisinske og kirurgiske avdelinger. Sykepleierne har minst fire års erfaring med å jobbe med barn eller ved bruk av ikke-farmakologiske metoder. Data samlingen ble innhentet ved intervju av sykepleierne som varte opp til 1 ½ time. Der ble det diskutert forskjellige aspekter av ikke-farmakologiske metoder og deres funksjon.</p>
<p>Resultat</p>	<p>Hovedmålet med ikke-farmakologiske metoder var å se på samarbeid mellom barn og sykepleier. Samarbeidet var spesielt viktig under smertefulle prosedyrer. Sykepleierne mente at de forskjellige metodene skulle hjelpe dem med å opprette ett forhold med barnet, noe som fører til at barnet ser nødvendigheten av undersøkelser og at barnet deltar frivillig. Hvis sykepleieren allerede har opprettet et forhold til barnet vil det likevel være hensiktsmessig å forklare barnet hva som skal skje og minne barnet på tidligere prestasjoner ved prosedyrer.</p> <p>Barns forventning til smerte øker utryggheten, samt barnets evne til å samarbeide uavhengig av smerter under prosedyren. Det å sette av tid til informasjon og opprette en relasjon til barnet før en prosedyre er nødvendig. Det ble da spart mye tid fra sykepleierens siden og det ble mindre utrygghet for barnet. Det å bruke flere metoder samtidig økte samarbeidsevnen til barnet.</p> <p>Det var tre metoder som fungerte best:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oppmuntre/positivitet/opprette ett forhold <ul style="list-style-type: none"> - Lek, humor og gi ros til barnet. • Gi barna kontroll over situasjonen <ul style="list-style-type: none"> - Bestemme pauser under prosedyren, la barnet bestemme ved å velge mellom flere alternativer, gi god informasjon, skape forutsigbarhet, forklare smertenivået, la barna fjerne plaster selv. • Flytte fokuset bort fra hendelsen <ul style="list-style-type: none"> - Få barnets oppmerksomhet ved å blåse såpebobler, spille video spill og synge.
<p>Relevans for oppgaven</p>	<p>Bruken av ikke-farmakologiske metoder øker barnas trygghet ved å bygge en pasient- sykepleier relasjon. Dette fører til ett samarbeid mellom sykepleieren og barnet. Metodene som blir brukt her unngår (hvis mulig) bruken av tvang, noe som fører til at traumatiske opplevelser reduseres for barn og barnets foreldre.</p>

4.2 Resultatpresentasjon

4.2.1 Kommunikasjon tilpasset barn

I studien av Svendsen og Bjørk (2014) kommer det frem at det å ta seg god tid til forberedelse og informasjon i forkant av en undersøkelse, fører til at barn opplever trygghet og vil frivillig utføre prosedyrer som kan være ubehagelige eller smertefulle. Fleitas (2003) belyser at ved bruk av fremmede ord kan det oppstå forvirring for både barnet og foreldrene, hvor sykepleieren da bør svare på spørsmål og forklare budskapet på en enklere måte. Barn ønsker å lære. Derfor er det nødvendig at sykepleieren bruker metaforer for å hjelpe barnet og forstå sykdom og behandling. Dette kan føre til at barnet får innsikt i sin egen sykdom på en forståelig måte. En slik metafor kan være forståelse av blodcellenes oppgaver i forhold til et barn med leukemi. For eksempel at de hvite blodcellene er kroppens vakter og beskytter deg fra bakterier. De røde blodcellene er runde, sterke og har oksygen på ryggen som kroppen din trenger for å lære. Blodplatene er dine trege venner, som har ansvar for å lage klumper hvis du skulle begynne å blø.

4.2.2 Sykepleier - barn relasjonen

Det kommer frem i studien av Svendsen og Bjørk (2014) at det er nødvendig for sykepleieren å bygge en god relasjon til barnet for å skape tillit. Dette kan føre til at barnet stoler mer på sykepleierens handlinger og hvorfor ting blir gjort. Brady (2009) mener at barn ofte kan se på sykepleieren som enten god eller dårlig. Man ser viktigheten av å gi barn et godt førsteinntrykk, slik at barn kan opparbeide tillit til sykepleieren. Det kommer fram at barn foretrekker at sykepleieren er avslappet, smilende, lyttende og viser empati. Sykepleieren bør være rask i utførelsen av prosedyrer og påføre barnet minst mulig smerte. Sykepleieren må også gi ros, ha humor og bruke lek i behandlingen. I studien av Fleitas (2003) kommer det frem at barn ser på sykepleieren som sin informant og emosjonelle støtte. Dette er fordi sykepleieren er den som er i best posisjon til å snakke med barnet og som kan forklare ukjente ord og handlinger.

4.2.3 Barns mestringsstrategier

I en studiene gjort av Salmela mfl. (2010) kom det fram at barn nevnte flere mestringsstrategier der de selv måtte ta en aktiv rolle ved å hvile, puste rolig, være modig, tolerere smerte og utrykke ubehag. Studiene av Salmela, Salanterä og Aronen (2010) og

Salmela mfl. (2010) viser til at når barna føler mestring, gir dette glede og selvtillit. Humor og lek var vesentlige i forhold til å mestre situasjon. Begge studiene forklarer barnets trygghet ved å ha med egne leker, men også positive opplevelser ved nye og interessante leker. I studien til Salmela, Salanterä og Aronen (2010) ble det gjort funn om at barn var utrygge i forhold til legen og sykepleieren. Barna hadde også frykt for ukjente omgivelser og medisinsk utstyr. I studiene av Salmela, Salanterä og Aronen (2010) og Salmela mfl. (2010) sier barna at til tross for deres utrygghet ovenfor sykepleieren, er omsorgen fra dem med på å fremme trygghet rundt sykehusoppholdet. I studien til Salmela, Salanterä og Aronen (2010) forteller barn om andre faktorer som skapte utrygghet. Dette var blodprøver, sykdom, symptomer på sykdom, høye lyder, mareritt, operasjoner og prosedyrer. Studien av Svendsen og Bjørk (2014) har funnet tre metoder sykepleieren kan bruke for å hjelpe barn å mestre prosedyrer. Den første metoden var å opprette et forhold mellom sykepleier, barn og foreldre ved å bruke humor, lek og gi ros. Den andre metode var å gi barnet kontroll over situasjoner ved at barnet får valgmuligheter. For eksempel at barnet kan velge om det skal legges inn pause underveis eller velge om det vil ta av plasteret selv. Den tredje metoden var å flytte fokuset bort fra situasjonen, for eksempel ved å blåse såpebobler, spille spill eller gi barnet en oppgave som for eksempel å telle prikker på et ark.

4.2.4 Betydningen av foreldrenes tilstedeværelse

Det fremtredende i studiene gjort av Salmela, Salanterä og Aronen (2010) og Salmela mfl. (2010) var at tryggheten til barna ble sett i sammenheng med å ha foreldrene tilstede under sykehusoppholdet. I studien av Salmela, Salanterä og Aronen (2010) viste det seg at det å ha foreldrene tilstede under vanskelige prosedyrer, er med på å trygge barnet da det har mulighet til å søke nærhet og trøst. Frykten for å bli adskilt fra foreldrene var fremtredende i denne studien. Svendsen og Bjørk (2014) hevder at hvis barnet får muligheten til å sitte på ett av foreldrenes fang under prosedyrer, fører dette til større trygghet hos barnet, da det viste mindre frykt i forhold til situasjonen.

5. Drøfting

Hvordan kan sykepleie skape trygghet og dempe stress hos barn som får behandling i sykehus?

5.1 Trygghet og mestring blant barn på sykehus

Pelander og Leino-Kilpi (2010) mener at det å være innlagt i sykehus er en stressende hendelse for et barn. Barn som legges inn i sykehus møter et fremmed miljø, utsettes for ukjente og uforutsigbare situasjoner som kan skape stress. Grønseth, Markestad og De Gaust (2011) skriver at det kommer fremmede mennesker for å se på og snakke med barn og de gjennomgår ofte prosedyrer og undersøkelser. De sier videre at når barn får forståelse av hendelser, er dette med på å skape trygghet. Knutstad og Kamp Nielsen (2010) mener at trygghet innebærer følelse av kontroll og forutsigbarhet. Trygghet er en positiv opplevelse som mennesket erfarer som noe godt. Helsepersonell kan ikke påstå eller kommandere pasienten til å være trygg, dette er noe pasienten selv må føle.

Tveiten, Wennick og Steen (2012) hevder at en av kildene som er mest fremtredende i forhold til utvikling av stress hos barn er atskillelse og redsel for å bli atskilt fra foreldrene. Barn som har foreldrene tilstede under hele sykehusoppholdet, kan fortsatt oppleve redsel om å bli forlatt. Dette er også noe man ser i studien av Salmela, Salanterä og Aronen (2010) at barn hadde frykt for å bli adskilt fra foreldrene mens de var i sykehus. Det vises også hos Salmela, Salanterä og Aronen (2010), Salmela mfl. (2010) og Svendsen og Bjørk (2014) at ved tilstedeværelse av foreldre, øker barns trygghet, stresset avtar og sykehusrelatert frykt reduseres. Pelander og Leino-Kilpi (2010) viser at barn nevnte separasjon spesielt fra familie, men også venner, hjem og skole blant negative opplevelser ved å være innlagt i sykehus.

Grønseth, Markestad og De Gaust (2011) sier at det å bli innlagt i sykehus, med mange fremmede personer kledd i hvitt, en fremmed seng, forandret døgnrytme og begrensninger i lek, er miljøforandringen som et barn opplever ved sykehusinnleggelse. De forandringene er med på å øke barnets stressnivå. Det kommer fram av Salmela, Salanterä og Aronen (2010) flere faktorer som barna opplevde som skremmende i sykehus. Faktorene var knyttet til smerte, blodprøver, medisinsk utstyr, høye lyder, prosedyrer og mareritt. Grønseth, Markestad og De Gaust (2011) skriver at sykehusinnleggelse som omfatter undersøkelser,

pleie og behandling i forbindelse med sykdom skaper stress som kan overgå barnets mestringsevne. Hvis barnets stressnivå overskrider hva barnet kan takle, så kan barnet ubevisst reagere ved regresjon, som er ett eksempel på en forsvarsmekanisme som betyr at barnet går tilbake til et tidligere utviklingstrinn. Det kan være at et seks år gammelt barn kan begynne å snakke babyspråk. Andre tegn barnet kan vise når en er utsatt for mye stress er aggresjon, tilbaketrekking, separasjonsangst og spise- og søvnproblemer. Risikoen ved for høyt stressnivå hos barn ved innleggelse i sykehus, er at det kan oppstå trussel mot den normale utviklingen.

Menneskets evne til å mestre i forhold til hva Grønseth, Markestad og De Gaust (2011) hevder, kommer an på menneskets individuelle resurser, evnen til å bruke dem, kunnskap og holdninger. Vedeler (2012) mener at barnets ressurser bør være preget av positiv tenkning for å oppleve mestring. Sykepleieren og foreldrene bør prøve å ta barnets fokus bort fra sykdom, avvik og problemer, og heller rette det mot en positiv opplevelse. At barnet har gode sosiale relasjoner rundt seg og som en kan relatere seg selv til, skaper mestringsressurser som opprettholder helse og velvære. Her beskriver Salmela mfl. (2010) en rekke mestringsstrategier som barn har for å takle sykehusopphold, som er preget av undersøkelser, smertefulle prosedyrer og nye mennesker. Å skape en god relasjon til omsorgspersonene, som for eksempel sykepleieren ble sett på som nødvendig. Positivitet og humor var med på å ta bort noe av engstelsen og alvorlighetsgraden av innleggelsen. Under prosedyrer syntes barna det hjalp å puste rolig, holde for øynene, tenke på noe annet, være modig, tolerere smerte, sitte på foreldrenes fang, leke med nye leker og bruke humor. Salmela, Salanterä og Aronen (2010) beskriver barns strategier for å takle frykt, smerte og ubehag i forhold til prosedyrer. Aktive mestringsstrategier som barn beskrev var gråt, se en annen vei, søke nærhet hos foreldrene og uttrykke ubehag. Barn beskriver faktorer som øker frykten ved sykehusoppholdet. Faktorene er knyttet til det ukjente, for eksempel operasjoner, prosedyrer eller blodprøver. I tillegg ble det nevnt sykdom, smerter, høye lyder og mareritt. Barns mestringsstrategier blir støttet av Grønseth, Markestad og De Gaust (2011) ved at de mener foreldre og sykepleier bør hjelpe og vise barnet empati under og etter prosedyren, ved å gi tillatelse for å uttrykke følelser i form av gråt, sinne og redsel. Her beskrives også viktigheten ved tilgjengelighet av å ha kosedyr og en hånd å holde i for å mestre situasjon. Erikson sier at i løpet av de to første leveårene lærer barnet å tro på seg

selv og stole på foreldrene. Barnet har ikke kontroll over hva som er trygt og hva som er farlig, men det må få mulighet til å mestre det barnet er i stand til i den bestemte alderen slik at det får følelse av å være selvstendig (Håkonsen 2014).

Svendsen og Bjørk (2014) fremhever at ved å skryte av barnets tidligere prestasjoner ved ubehagelige undersøkelser og prosedyrer, kan dette bygge opp barnets selvsikkerhet til den nåværende undersøkelsen. Barn fra 4 års alderen bør forbedredes antall dager i forveien tilsvarende deres alder. «Godt forberedte pasienter opplever mindre stress, er mindre engstelige og mestrer prosedyrer og behandling bedre enn andre» (Grønseth, Markestad og De Gaust 2011, s. 63). De skriver videre at å forberede barnet på en prosedyre, er viktig for å skape forståelse og forutsigbarhet slik at barnet vet hva det kan forvente. Når barnet har kontroll over situasjon, virker situasjon mindre farlig. Hos barn i førskolealderen kan foreldre og sykepleier oppfordre eller hjelpe barnet til å bruke fantasien som en metode til å avlede tankene bort fra ubehagelige situasjoner eller opplevelser. Denne resursen som barnet har, kan gi barnet følelse av kontroll i situasjoner der det føler seg usikker.

Svendsen og Bjørk (2014) skriver at i praksis blir det brukt distraksjon, avslapping, forberedelser og informasjon som mestringsstrategier, men dette er ikke alltid nok ved enkelte prosedyrer. Sykepleierne må i tillegg smertelindre ved prosedyrer som kan være smertefulle. Ikke-farmakologiske metoder har vist seg i å være effektivt i forhold til å opprette et godt forhold og samarbeid mellom barnet og sykepleieren. Ikke-farmakologiske metoder som ble brukt var lek, såpebobler, vindmøller, gi barnet kontroll, la barnet få valgmuligheter og gi god informasjon, dette for å få barnets oppmerksomhet. At barnet blir mer samarbeidsvillig ved prosedyrer vil skåne barnet, foreldrene og sykepleieren, samtidig som arbeidet blir enklere og fører til mindre ubehag for alle partene.

Grønseth, Markestad og De Gaust (2011) skriver at når barnet er innlagt blir deler av deres medbestemmelsesrett fratatt. Det at barnet har mulighet til å velge eller ta beslutninger er viktig for at barnet skal ha følelsen av at det har kontroll over situasjon. Barnet kan ikke velge om prosedyren skal gjennomføres eller ikke, men barnet kan for eksempel være med å bestemme hvilken hånd, hvor armen skal ligge og hvor en skal stikke under en blodprøve. At barnet har kontroll over situasjon, gjør at situasjon virker mindre farlig. Erikson sier noe om

at autonomien til barn i førskolealderen blir utviklet ved en balanse mellom muligheter til å velge og det å bli beskyttet, men samtidig må barnet oppleve frihet, men og å bli kontrollert (Håkonsen 2014). Her viser Svendsen og Bjørk (2014) at tryggheten til barnet styrkes ved å gi det kontroll over situasjonen og opprettholde ett godt forhold mellom barnet og sykepleieren. Ved et mislykket forsøk på å samarbeide med barnet, blir tvang brukt som siste utvei. Dette kan føre til brudd i tillitsforholdet mellom barn og sykepleier. Bruk av tvang, som for eksempel å holde barnet ufrivillig fast, anses for barnet, foreldrene og sykepleieren som kaotisk, stressende og vanskelig. Det er ikke alltid mulig for sykepleieren å opprette et forhold til barnet, siden det er individuelle forskjeller på hvor åpen og samarbeidsvillige barn er. Som man ser i Eriksons teori skapes tillit og trygghet eller mistillit og utrygghet i den første fasen i den sosiale utviklingen. Her dannes grunnlaget for hvor mottakelig barn er for å samhandle med fremmede mennesker, spesielt i et fremmed miljø. Videre mener Erikson at barn lærer seg å samarbeide med andre personer i løpet av skolealderen, dette sier noe om hvilke kunnskaper sykepleier bør ha (Håkonsen 2014).

Svendsen og Bjørk (2014) har fremhevet tre metoder som sykepleieren kan bruke for å redusere barnets smertefølelse og frykt relatert til prosedyrer. Den ene metoden er å opprette et forhold mellom sykepleier, barn og foreldrene. Det blir brukt humor og lek for å få barnets interesse, det å gi ros og anerkjennelse til barnet er vesentlig. Den andre metoden er å la barnet få en følelse av kontroll ved at sykepleieren gir barnet valgmuligheter, som for eksempel å ta pauser underveis i prosedyrer eller om barnet ønsker å ta av plasteret selv. Den tredje metoden er å flytte fokuset bort fra prosedyren ved å bruke distraksjoner som for eksempel såpebobler, spille spill eller telle prikker på et ark. Metodene ble kombinert for å redusere smerteopplevelsen og frykten som barnet opplever ved prosedyrer. Sykepleieren må da bli kjent med barnet i forkant, for å kunne vurdere hva som kan passe best for det enkelte barn. Dette kommer og fram av Grønseth, Markestad og De Gaust (2011) i forhold til at sykepleieren kan gi barnet oppgaver som barnet mestrer, slik at barnet kan få ros for sin prestasjon. Dette kan være oppgaver som å tegne en tegning eller holde glassene under blodprøver. Barn som er innlagt på sykehuset trenger lek for å være seg selv og få bekreftet sine friske sider når en er i et miljø som har fokus på sykdom og behandling. Leken er nødvendig for livskvaliteten til barnet, da det er med på å skape glede, trivsel og mestringsopplevelse. Lek og moro reduserer stressnivået til barnet ved at barnet opplever

mestring og beherskelse av aktiviteter. Svendsen og Bjørk (2014) mener at det å få anerkjennelse og ros for prestasjoner ved prosedyrer er noe barn setter stor pris på, dette fører også til mestring over situasjonene. Det at sykepleierne viser empati gjør at barn føler sykepleieren bryr seg om dem og tar seg tid til å sette seg inn i deres situasjon. Grønseth, Markestad og De Gaust (2011) fremhever at sykepleieren må rose barnet for de små tingene som sykepleieren kanskje ikke ser på som nødvendig, men som kan være viktig for barnet. Slik ros kan for eksempel være å ha holdt hånden i ro under en blodprøve, selv om barnet gråt.

5.2 Kommunikasjon og samspill

Grønseth, Markestad og De Gaust (2011) belyser at når en sykepleier skal kommunisere med barn, er det viktig at barnet er hovedperson. Ofte kan sykepleieren henvende seg til foreldrene i stedet for barnet ved informasjon. Dette gjør at barnet får begrenset mulighet til å si sin mening i forhold til avgjørelser. Sykepleiere som jobber med barn bør ha kunnskaper om barns normale vekst og utvikling, for å kunne opprette tillitsforhold og kommunisere med barnet. Kommunikasjon med barnet bør være preget av forståelse, akseptasjon, toleranse, bekreftelse og lytting fra sykepleierens side. Sykepleieren må anerkjenne væremåten, tankene og følelsene til barnet og respektere barnet emosjonelt og kognitivt. Håkonsen (2014) skriver at Piagets teori baseres på barns kognitive utvikling. Den er delt inn i fire stadier, som kjennetegner barnets forståelse, tankemåte og sansemåter i de forskjellige utviklingsstadiene. Barn opp til sju års alderen utvikler seg raskt på det kognitive området. Utviklingen starter med få ord og videre vil språk og tankeutvikling etter hvert endres ved at barna klarer å lage seg forestillinger og opparbeider seg et rikere språk. Videre fram til barna når tolv års alderen hevder Piaget at barnets tenkning og språk er rettet mot konkrete handlinger. Som man ser ovenfor, er kunnskaper om barns utvikling nødvendig for å tilpasse sykepleien til det enkelte barn. I Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (2001) § 5 kommer det fram at personal som jobber med barna må ha kunnskap om barnets utvikling og behov.

Fleitas (2003) kommer fram til at barn i førskolealder har kapasitet til å forstå informasjon, men ikke hvis det er brukt medisinsk språk og tvetydige meldinger. Barn i skolealder liker å lære nye ord og er interessert i medisinske forklaringer. Barnet kan føle seg truet når det blir

brukt ukjente begreper og det ikke blir gjort forsøk på å forklare betydningen. Når barnet blir forklart betydningen, får det ny kunnskap som formidler status og fremmer utvikling og mestring. Grønseth, Markestad og De Gaust (2011) skriver at når en forklarer noe som kan være vanskelig for et barn å forstå, må en tilpasse kommunikasjon etter alder. Det er flere hjelpemidler som kan øke forståelsen for barnet. Et eksempel er metaforer som kan gjøre informasjon lettere å bearbeide for barnet følelsesmessig, da det kan skape en distanse fra det vanskelige i samtalen. Fleitas (2003) beskriver metaforer som et verktøy som kan hjelpe barn til å skape visuelle bilder som er nyttige for å forstå sykdom og behandling. Metaforer kan hjelpe barnet ved å koble noe kjent med det ukjente. Her ser man en risiko ved bruk av metaforer, da barn kan mistolke alvorlighetsgraden av budskapet. Noe som kanskje kan føre til at behandlingens betydning blir vanskelig å sette i sammenheng med sykdom.

Fleitas (2003) mener at sykepleiere bør hjelpe barn til å takle diagnose, behandling og fremme helse. Språket i sykepleie er basert på kunnskapsbasert praksis som forbedrer kommunikasjon med barn. Barn velger sykepleierne foran annet helsepersonell som sin leverandør av informasjon. Sykepleiere er de som er i best posisjon til å gjøre språket mindre fremmed og avklare misforståelser, slik at barn og foreldre kan føle seg inkludert i samtaler om barnets helse. Det at barnet får informasjon lagt fram ved å kunne tolke det verbale og nonverbale språket til sykepleieren, slik at budskapet blir lettere å forstå er nødvendig. God kommunikasjon kjennetegnes ved øyekontakt, oppmerksom lytting og reflekterende svar. Kommunikasjon med barn kan ved uheldig bruk av språk forvirre og skape usikkerhet. God kommunikasjon skapes ved å tilrettelegge kommunikasjon i forhold til barnets behov, noe som Grønseth, Markestad og De Gaust (2011) beskriver. Sykepleieren kan kommunisere via hjelpemidler for å gjøre kommunikasjonen enklere for barnet å forstå. Barn uttrykker seg via språk og adferd og de kommuniserer best, forstår lettere et budskap når ord og handlinger kombineres. Tegninger eller bilder kan brukes som et hjelpemiddel for å uttrykke følelser ovenfor en konkret situasjon, for så å snakke om tegningen i etterkant. Dukker og bamser er hjelpemidler som er fine å snakke gjennom for å gjøre kommunikasjonen mindre skremmende og for å få frem ærlige svar fra barnet. Kommunikasjonshjelpemidlene som blir beskrevet ovenfor kan også hjelpe barn til å forklare sin situasjon. Som Tveiten, Wennick og Steen (2012) hevder barn kan ha vanskeligheter med å gi uttrykk for hva som plager dem, hvordan plagene artet seg, hvor i kroppen det er og hvor lenge det har vart. Dette kan være

på grunn av barnets alder eller helsetilstand. Sykepleieren bør da prøve å vurdere barnet både verbalt og non-verbalt og søke informasjon fra foreldrene, fordi foreldrene er de som kjenner sitt barn best og vet hvordan det uttrykker seg.

Sykepleiere kan ha vanskeligheter med å oppnå tillit hos barn og det kan være en tidkrevende prosess (Grønseth, Markestad og De Gaust 2011). Dette er på grunn av at barn generelt er skeptisk til nye og fremmede mennesker. Sykepleiere kan være både snill og tillitsvekkende, men de utfører også prosedyrer som er ubehagelige og skremmende for barn. Sykepleiere bør alltid tilstrebe å opprette et tillitsforhold til barn og foreldre, selv ved korte innleggelse og om en ikke alltid lykkes. For å skape tillit så kommer det fram i Brady (2009) sin studie at sykepleieren bør gi seg til kjenne med navneskilt og høflig introdusere seg med navn og tittel. Sykepleierens kroppsspråk er viktig, da barn til tider er mer opptatt av væremåten til sykepleieren enn hva den faktisk sier ved første møte. At sykepleieren har et åpent kroppsspråk ved å opptre rolig, tålmodig og høflig med et muntert toneleie og smilende øyne, er noe barna ser på som positivt. Samspill er levende, krevende og flyktig og Aubert og Bakke (2008) hevder at i møte med mennesker står det alltid noe på spill. En arbeidsdag i sykehus er travel og arbeidsoppgavene sykepleiere har i løpet av en dag kan være mange og være hos flere pasienter. Relasjonskompetanse er knyttet til hvordan sykepleier kommer inn i rommet, stiller spørsmål, legger merke til hvordan barnet reagerer når en utføre noe og hvordan sykepleier klarer å vise tilstedeværelse for barnet. For at dette skal bli synlig, må sykepleier være tilstede i «nuet» og koble ut det som kommer etterpå.

5.3 Tilrettelegging av miljø og sykepleierens kompetanse

I Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (2001) kommer det fram i § 4 at barn fortrinnsvis skal legges inn på barneavdelinger. Hvis dette ikke er mulig, skal barnet ligge på rom som er innredet og tilpasset barns behov. Barneavdelinger og barnestuer som de oppholder seg i, skal være utformet og utstyrt slik at deres behov blir dekket. Barn skal ikke bli plassert på rom sammen med voksne personer med alvorlige medisinske tilstander som kan gjøre dem utrygge. Grønseth, Markestad og De Gaust (2011) mener at sykehusmiljøet er annerledes enn hva barnet er kjent med fra hjemmet og de trygge rammene og rutinene forsvinner. Miljøet er preget av teknisk utstyr med lys og lyd som kan virke skremmende for barnet. Når man er innlagt i sykehus blir man ofte forstyrret av forskjellige helsepersonell på

grunn av observasjoner, overvåkning og behandling. Barneavdelinger har som mål at barn og familien skal oppleve trygghet under oppholdet. Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (2001) § 4 sier også at barn skal ha mulighet til å ta med egne leker, så fremst det ikke er til skade for andre som oppholder seg på avdelingen. Salmela, Salanterä og Aronen (2010) beskriver viktigheten av egne betydningsfulle leker som en del av sykehusoppholdet, som for eksempel kosebamse, da denne gir følelse av trygghet. Videre viser Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (2001) § 5 at barnet skal så fremst det lar seg gjøre, bli tatt hånd om av det samme personalet under oppholdet, men som Tveiten, Wennick og Steen (2012) hevder er dette vanskelig å gjennomføre da sykepleierne går av og på vakt. Da blir barn nødt til å forholde seg til flere personer i løpet av en dag, noe som ikke er ønskelig.

Gulbrandsen (2006) skriver at når omgivelser truer barnet, bruker det tilknytningspersoner, for eksempel mor som en trygg base til å beskytte seg og å få trøst. En trygg base er noe barnet har erfart som trygt tidligere. Å ha en trygg base tilstede, gjør barnet mer modig og det tørr å utforske omgivelsene selvstendig. Dette ser man også i studiene til Salmela, Salanterä og Aronen (2010) og Salmela mfl. (2010) som viser at foreldrenes tilstedeværelse økte barnas trygghet under sykehusoppholdet. I studien til Salmela, Salanterä og Aronen (2010) viste det seg også at hvis barn hadde mulighet til å søke trygghet, nærhet og trøst hos foreldrene, fremmet dette tryggheten i vanskelige situasjoner. I tillegg til dette kommer det fram at barn beskriver trygghet ved å ha mulighet til å sitte på foreldrenes fang under prosedyrer (Svendsen og Bjørk 2014). Skaug, Nortvedt og Kristoffersen (2011b) skriver at man kan se på trygghet som gode og nære relasjoner. Slike relasjoner kan oppstå innenfor familien og senere utvide seg til å være knyttet til venner og andre. Følelsen av at noen er tilgjengelig og det å vite at noen er der når en trenger dem er viktig. En trygg relasjon innebærer åpenhet, forståelse, akseptasjon og ærlighet. I Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (2001) § 6 viser dem til krav i pasient- og brukerrettighetsloven § 6-2 om at barn har rett til å ha minst en av foreldrene hos seg under sykehusoppholdet og hvis det er alvorlig/livstruene har begge foreldrene karv om å være tilstede. Foreldrene skal også ha mulighet til å være tilstede under behandling hvis det er ønskelig for barnet og det ikke gjør behandlingen vanskelig og utføre. Svendsen og Bjørk (2014) hevder at bakgrunnen for at barn og foreldre er knyttet tett sammen, er fordi foreldrene er de som har stått barnet

nærmest så langt i livet. Dette fører til at barnet har tillit til og stoler på foreldrene og gjør at barnet føler seg trygg når de er tilstede. Foreldrenes tilstedeværelse er en viktig del av sykehusopphold for barn, ved at foreldrene kan gå inn og trøste eller hjelpe til med daglige aktiviteter, noe som føles trygt for barnet. Som Erikson beskriver i den første fasen om sosial utvikling, oppretter barn tillit til og lar foreldrene være ute av syne, fordi de har skapt en indre trygghet ved erfaring om at de kommer tilbake (Håkonsen 2014). I § 6 i Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (2001) sies det at personalet på avdelinger bør avklare med foreldrene hvilke oppgaver de ønsker å utføre når de er hos barnet. Barns og foreldrenes stressnivå påvirker hverandre ved at det stiger og synker i samme takt. Sykepleieren må derfor gi omsorg til hele familien. Hvis foreldre uttrykker misnøye, er dette ofte på grunn av mangel på kunnskaper og informasjon (Grønseth, Markestad og De Gaust 2011). § 6 i Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (2001) kommer det frem krav om at foreldrene skal fortløpende få informasjon om barnets sykdom.

Hva som kjennetegner en god sykepleier kan være vanskelig å definere. Brady (2009) skriver at barn og voksne har helt forskjellig mening om hvordan en sykepleier bør være, basert på kunnskap og forventninger. Barnas forventninger har blitt ervervet via film, bøker eller historier som de har blitt fortalt. Blir ikke forventningene innfridd, opplever barna usikkerhet. I studien kommer det tydelig fram hvordan barn vil at en sykepleier bør være for at de skal føle seg trygge. I forhold til kommunikasjon vil barna at sykepleieren opptre rolig, avslappet, gir ros og viser empati. Barna beskriver at de ble usikre på sykepleieren hvis den opptrådte brått, snakket høyt og virket uinteressert ved å ha hendene i lommen. Dette blir også beskrevet av Grønseth, Markestad og De Gaust (2011) ved at verdiene i klinisk praksis uttrykkes gjennom sykepleieren kommunikasjon og hvordan praktiske gjøremål blir utført. Sykepleierens holdninger blir synliggjort ved engasjement, interesse, nærhet, blick og håndlag. Brady (2009) viser til barns beskrivelse av sykepleierens faglige kompetanse som bra hvis de var rask ved ubehagelige prosedyrer, ga medisiner som ikke smakte vondt og sørget for godt smertelindring. De følte sykepleierne som ikke gjordet dette på en mest mulig skånsom måte for barnet, hadde som hensikt å plage dem. Barn er ofte opptatt av smittsomme sykdommer og de la vekt på hygiene hos sykepleierne på grunn av redselen for å bli smittet av andre sykdommer. De sykepleierne som var høflig, ærlig, lyttet, brukte lek og

humor sammen med barna, ble sett på som gode sykepleiere, som barna stolte på og kunne henvende seg til.

5.4 Metodiske og etiske overveielser

Oppgaven er bygget på NTNU i Gjøvik sine retningslinjer for bacheloroppgave i sykepleie våren 2016. For å svare på vår problemstilling, har søk blitt utført i forhold til temaet trygghet og stress hos barn på sykehus for å finne relevant fag- og forskningslitteratur. Søkene har blitt utprøvd i forskjellige databaser med forskjellige vinklinger for å finne relevante forskningslitteratur. Det ble brukt mye tid på søk etter artikler som kunne svare på oppgavens problemstilling, oversettelse og analysering av dem. Dette for å være sikre på at de var relevante til oppgaven og kunne svare på et eller flere av elementene i problemstillingen. Artiklene som har blitt anvendt i oppgaven er primærkilder, bortsett fra studien til Brady (2009). Ved å inkludere flest primærkilder og ikke sekundærkilder, er dette med på å kvalitetssikre resultatene, ved at de ikke har blitt tolket og skrevet pånytt av noen andre, slik at nødvendig informasjon har fått endret betydning eller har gått tapt. I forhold til faglitteratur har det blitt anvendt både primær og sekundærkilder til å innlede til oppgavens tema, beskrive bakgrunn og støtte oppgavens forskningslitteratur. I forhold teoretikerne har vi valgt å bruke sekundærkilder, siden primærkildene er skrevet på engelsk, er betydelig eldre enn år 2000 og vanskelig å oppdrive.

Studiene som er inkludert er kvalitative studier som svarer godt på problemstillingen. I kvalitative studier er forskerne ute etter synspunkter, erfaringer og opplevelser fra informantene, som i denne oppgaven er barn og sykepleier. Ved å få tilgang på barn og sykepleieres opplevelser fører dette til at man kommer nærmere hver enkelt og deres oppfatning og opplevelse (Polit 2004). Litteraturen som har blitt anvendt i oppgaven har blitt kritisk vurdert i forhold til utgitt år som samsvarer med våre kriterier. Både fag og forskningslitteratur har blitt anvendt i oppgaven så fremst det ikke var eldre enn år 2000, foruten om Langeland (1989). Det har vært krav om IMROD-struktur i studiene, noe den ene studien mangler. Denne studien ble likevel inkludert da den har faglige relevans og fordi søkene ikke ledet fram til en bedre artikkel. Det har vært vanskelig å finne relevante studier som har vært vitenskapelig vurdert til nivå 2, da de ikke får fram pasient eller

sykepleieperspektiv på en måte som kan svare på vår problemstilling. Forskningslitteratur har blitt analysert i forhold til om det har god nok overføringsverdi til norsk praksis, da studiene som er inkludert har blitt utført i Norge, Finland, England og USA. I den ene studien som var utført i England, ble det beskrevet høflighetsfraser som anses som noe forskjellig mellom norsk og engelsk kultur, denne er likevel anvendt i oppgaven med et kritisk syn. Ved oversettelsen av engelskspråklige artikler, er det risiko for mistolkning. Vi har oversatt artiklene til norsk, men originalen ble anvendt gjennom hele prosessen for å unngå mistolkning av nødvendig informasjon. Utfordringen med oppgaven var å finne relevant forskningslitteratur om barn som ikke var vant med sykehus fra tidligere og noe som kunne kobles opp mot tryggheten til barnet. Det var også vanskelig å finne noe om generell sykepleie til barn i sykehus. Søkene ledet ofte til studier der spesifikke diagnoser var i fokus, dette gjorde det vanskelig å relatere det til oppgavens problemstilling. Det er derfor inkludert fem studier som blir drøftet i oppgaven.

I forhold til etiske overveielser så har det i denne oppgaven vært fokus på at de valgte studiene har tatt etiske hensyn i forhold til deltagelse, samtykke og utførelsen av studien. Helsinkideklarasjon er en beskrivelse på hvordan forskning blir godkjent i forhold til etiske retningslinjer. Protokollen må bli vurdert av og kunne legges fram for innsyn av utvalgt forskningsetisk komité. Når det etiske vurderes, må man se dette i sammenheng med landets lover og internasjonale normer. Det er også krav om at studien kan overvåkes av den utvalgte etiske komité. De som gjennomfører studien må gi tilbakemeldinger om uventede hindringer og protokollen kan ikke endres uten godkjenning fra den etiske komité. Det er krav om at det sendes inn sluttrapport etter endt studie (World Medical Association U.å.). Fokuset på oppgaven har i stor grad vært på barns syn på ulike aspekter deler av sykehus innleggelsen. Dette er styrkende for vår oppgave da barn ofte gir ærlige og direkte svar. I flere av våre artikler er det beskrevet at etisk komité har godkjent studien. I den ene studien har de fått skriftlig samtykke fra foreldre og muntlig samtykke av barna for at de er villige til deltagelsen. Det at studienes metode er blitt gjort på barns premisser og mulighet for tilstedeværelse av foreldre hvis ønskelig, viser at barnet har vært i fokus og blitt beskyttet. Det å utføre studier der barn er deltagere kan være omfattende da de ikke har samtykkekompetanse ifølge Lov om pasient- og brukerrettigheter (2001). I slike studier er etiske hensyn spesielt viktig da barn er en svak gruppe i samfunnet.

6. Konklusjon

Hensikten med oppgaven var å finne ut hvilke faktorer i sykepleien som var med på å skape trygghet og redusere stress hos barn som får behandling i sykehus. For å se på dette måtte fokuset rettes mot hva barnet så på som utrygt og hva som skapte stress. Funn i artikler og litteratur viser at barn av naturlige årsaker opplever stress og utrygghet ved innleggelse i sykehus.

Det mest fremtredende funnet i både vitenskapelig- og faglitteratur var i forhold til foreldrenes tilstedeværelse. Den største stressfaktoren var knyttet til redselen for å bli adskilt fra foreldrene. Barns trygghet økte og stressnivået ble redusert ved at foreldrene var tilstede, spesielt i situasjoner der de hadde behov for trøst eller trengte et fang og sitte på. Å ha foreldre ved sin side, bidro til mestring av vanskelige situasjoner. Tryggheten ble ivaretatt ved at familien hadde mulighet til å fortsette med vante rutiner, slik at miljøforandringen ikke ble for tydelig. Det er derfor nødvendig at sykepleieren legger til rette for foreldrenes tilstedeværelse og deltakelse i behandling.

Tilrettelegging av miljø og mulighet for utfoldelse, er faktorer som bidrar til økt trygghet og reduksjon av stress. Tilrettelegging av et barnevennlig miljø innebærer at barns behov blir dekket ved meningsfulle aktiviteter og skremmende faktorer er ute av syne. Å ha en leke eller bamse med hjemmefra som har betydning for barnet, kan være hjelpelig i mestringen av vanskelige situasjoner. Utfoldelse er en viktig del av barns liv og ved at barnet får bekreftet sine friske sider gjennom lek, skaper mestringsfølelse og barnet får selvtillit. Dette bidrar til å redusere stress og øker tryggheten.

For å skape trygghet er det nødvendig at sykepleieren prøver å opprette et tillitsforhold til barnet så tidlig som mulig, dette er fordi behandling og samarbeid skal være mindre stressende for barnet i løpet av sykehusoppholdet. Det er viktig å møte barnet og innstille seg på det enkeltes nivå, for å skape en relasjon. Sykepleierens kompetanse i møte med barn bør være preget av lek, humor, respekt og empati.

Kommunikasjon mellom barn og sykepleier er vesentlig for at barnet skal føle seg trygg. Sykepleieren må se barnet i formidling av informasjon og ikke bare foreldrene. At barnet blir inkludert i sin sykdom og behandling, ved at sykepleieren tilrettelegger kommunikasjon til det enkelte barn, fremmer mestring. Å kommunisere med barn gjennom gjenstander, bilder eller metaforer kan være hjelpelig i forståelsen og kan skape mening for barnet, da barnet kan relatere seg til dette. Det er viktig at kroppsspråket samsvarer med informasjonen slik at barnet ikke skal misforstå budskapet.

Mestring er med på å skape selvfølelse. Sykepleieren må støtte barns egne mestringsstrategier og legge til rette for at barnet kan mestre det barnet er i stand mestre, på tross av sykdom. Sykepleieren må rose barnet og oppmuntre det til å skape mestringsopplevelser. Det er viktig at sykepleieren lar barnet være delaktig i behandlingen, ved å gi det valgmuligheter som barnet er i stand til å velge mellom.

Utryggheten og stresset som barnet opplever i sykehus blir redusert ved at sykepleier bruker sin faglige kompetanse ved å ivareta barnet på best mulig måte.

7. Litteraturliste

- Aubert, A.-M. og Bakke, I. M. (2008) *Utvikling av relasjonskompetanse : nøkler til forståelse og rom for læring*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Aveyard, H. (2014) *Doing a literature review in health and social care : a practical guide 3*. utg. Maidenhead: McGraw-Hill/Open University Press.
- Brady, M. (2009) 'Hospitalized Children's Views of the Good Nurse', *Nurs Ethics*, 16(5), s. 543-560 18p.
- Fleitas, J. (2003) 'The power of words: examining the linguistic landscape of pediatric nursing', *MCN: The American Journal of Maternal Child Nursing*, 28(6), s. 384-390 7p.
- Forsberg, C. og Wengström, Y. (2013) *Att göra systematiska litteraturstudier : värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning 3*. utg. Stockholm: Natur & kultur.
- Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (2001) *Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon*. Lovdata. Tilgjengelig fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1217?q=forskrift%20om%20barn%20i%20helse> (Hentet: 15.04.2016).
- Grønseth, R., Markestad, T. og De Gaust, D. (2011) *Pediatric og pediatrik sykepleie 3*. utg. Bergen: Fagbokforl.
- Gulbrandsen, L. M. (2006) *Oppvekst og psykologisk utvikling*. Oslo: Universitetsforl.
- Høgskolen i Gjøvik (2011) *Kom i gang*. Gjøvik: Høgskolen i Gjøvik. Tilgjengelig fra <http://www.hig.no/index.php/biblioteket/skrive/komigang> (Hentet: 18.04.2016).
- Høgskolen i Gjøvik (2015) *Ordlister for studenter*. Gjøvik: Høgskolen i Gjøvik. Tilgjengelig fra http://www.hig.no/index.php/biblioteket/oppgaveskriving/ordliste_oppg (Hentet: 01.04.2016).
- Håkonsen, K. M. (2011) *Innføring i psykologi 4*. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Håkonsen, K. M. (2014) *Psykologi og psykiske lidelser 5*. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Knutstad, U. og Kamp Nielsen, B. (2010) *Sykepleieboken : 2 : Sentrale begreper i klinisk sykepleie 3*. utg. Oslo: Akribe.
- Langeland, K. (1989) *Stress hos barn på sykehus*. Oslo: TANO.
- Lov om pasient- og brukerrettigheter (2001) *Pasient- og brukerrettighetsloven*. Lovdata. Tilgjengelig fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> (Hentet: 15.04.2016).

- Pelander, T. og Leino-Kilpi, H. (2010) 'Children's best and worst experiences during hospitalisation', *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(4), s. 726-733 8p.
- Polit, D. F. (2004) *Nursing research : principles and methods : Study guide to accompany Nursing Research* 7. utg. Philadelphia, Pa: Lippincott Williams & Wilkins.
- Salmela, M., Salanterä, S. og Aronen, E. T. (2010) 'Coping with hospital-related fears: experiences of pre-school-aged children', *Journal of Advanced Nursing*, 66(6), s. 1222-1231 10p.
- Salmela, M., Salanterä, S., Ruotsalainen, T. og Aronen, E. T. (2010) 'Coping strategies for hospital-related fears in pre-school-aged children', *Journal of Paediatrics & Child Health*, 46(3), s. 108-114 7p.
- Sand, O., Sjaastad, Ø. V., Haug, E., Bjålie, J. G. og Toverud, K. C. (2012) *Menneskekroppen : fysiologi og anatomi* 2. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Skaug, E.-A., Nortvedt, F. og Kristoffersen, N. J. (2011a) *Grunnleggende sykepleie : B. 1 : Sykepleierens grunnlag, rolle og ansvar* 2. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Skaug, E.-A., Nortvedt, F. og Kristoffersen, N. J. (2011b) *Grunnleggende sykepleie : B. 3 : Pasientfenomener og livsutfordringer* 2. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Statistisk sentralbyrå (2015a) *Fødte, 2015*. Norge: Statistisk sentralbyrå. Tilgjengelig fra <http://www.ssb.no/fodte/> (Hentet: 07.04.2016).
- Statistisk sentralbyrå (2015b) *Pasienter på somatiske sykehus*. Norge: Statistisk sentralbyrå. Tilgjengelig fra <https://www.ssb.no/statistikkbanken/selectvarval/saveselections.asp> (Hentet: 07.04.2016).
- Svensden, E. J. og Bjørk, I. T. (2014) 'Experienced Nurses' Use of Non-Pharmacological Approaches Comprise More Than Relief From Pain', *Journal of Pediatric Nursing*, 29(4), s. 19-28 10p.
- Tveiten, S., Wennick, A. og Steen, H. F. (2012) *Sykepleie til barn : familiesentrert sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- UiO, Universitetsbiblioteket, (2016) *Medisin - PubMed*. UiO, Universitetsbiblioteket Tilgjengelig fra <http://www.ub.uio.no/kurs/enkeltstaende/medisin-medline-pubmed/> (Hentet: 18.04.2016).
- Underdal, H. (2013) *CINAHL tilgjengelig i Helsebiblioteket*. Helsebiblioteket. Tilgjengelig fra <http://www.helsebiblioteket.no/om-oss/artikkelarkiv/cinahl-tilgjengelig-i->

[helsebiblioteket;jsessionid=3D8BACED598CAFC2B52CCE0587DFB192](http://helsebiblioteket.no/jsp/sessionid=3D8BACED598CAFC2B52CCE0587DFB192) (Hentet: 18.04.2016).

Vedeler, L. (2012) *Sosial mestring i barnegrupper* 2. utg. Oslo: Universitetsforl.

World Medical Association (U.å.) *WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. World Medical Association. Tilgjengelig fra <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html> (Hentet: 11.05.2016).