



# Bacheloroppgave

**SAE00 Sykepleie**

**Sykepleie til barn på sykehus /  
Nursing to children in hospital**

**Tone Visnes Storsveen**

**Totalt antall sider inkludert forsiden: 43**

**Molde, 7.mai 2009**



# Publiseringsavtale

**Tittel på norsk: Sykepleie til barn på sykehus**

**Tittel på engelsk: Nursing to children in hospital**

**Forfatter(e): Tone Visnes Storsveen**

**Fagkode: SAE00 Sykepleie**

**Studiepoeng: 12**

**Årstall: 2009**

**Veileder: Britt Mari Olsen**

## Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven. §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Opgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

**Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:**

ja  nei

**Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?**

ja  nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja: **Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?**  ja  nei

**Er oppgaven unntatt offentlighet?**

ja  nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

**Dato: 7.mai 2009**

**Antall ord: 11 999**

# Innhold

<b>1.0 INNLEDNING .....</b>	<b>1</b>
1.1 Bakgrunn for valg av tema .....	1
1.2 Presentasjon av tema og problemstilling .....	1
1.2.1 Tema.....	1
1.2.2 Problemstilling.....	2
1.3 Avgrensing .....	2
1.4 Begrepsavklaringer .....	2
1.5 Oppgavens formål.....	3
1.6 Oppgavens oppbygging.....	3
<b>2.0 METODE .....</b>	<b>4</b>
2.1 Valg av metode.....	4
2.2 Søk etter litteratur og forskning.....	4
2.3 Kildekritikk .....	5
<b>3.0 TEORI.....</b>	<b>8</b>
3.1 Presentasjon av Joyce Travelbee's sykepleieteori.....	8
3.1.1 Travelbee om kommunikasjon .....	9
3.2 Sykepleie til barn – en utsatt pasientgruppe.....	10
3.2.1 Utviklingspsykologiske særtrekk 4-6 år.....	11
3.2.2 Kommunikasjon.....	12
3.3 Barnets møte med barneavdelingen.....	13
3.3.1 Stressfaktorer hos barn ved innleggelse i sykehus.....	14
3.3.2 Stressreaksjoner hos barn ved innleggelse på sykehus .....	14
3.3.3 Barnets behov .....	15
3.4 Forberedelse til operasjon .....	16
3.4.1 Samspill .....	17
3.4.2 Lek.....	18
<b>4.0 NYERE FORSKNING .....</b>	<b>19</b>
4.1 "Clowns for the prevention of preoperative anxiety in children" .....	19
4.2 "Distraction with a hand-held video game reduces pediatric preoperative anxiety".	19

4.3 “Interactive music as a treatment for pain and stress in children during venipuncture” .....	20
4.4 “The stress-reducing effects of art in pediatric health care: Art preferences of healthy children and hospitalized children” .....	20
4.5 “The effect of videotaped preoperative information on parental anxiety during anesthesia induction for elective pediatric procedures” .....	21
<b>5.0 DISKUSJON .....</b>	<b>22</b>
5.1 Sykepleierens innledende møte med barnet og dets foreldre .....	22
5.2 Barneavdelingens utforming kan ha betydning for barnets opplevelse av sykehusoppholdet .....	24
5.3 Kommunikasjon med barnet på barnets premisser .....	27
5.4 Samspill med barnet under prosedyrer og behandling .....	30
5.5 Samspill med barnet i tiden rett før operasjon .....	32
<b>6.0 KONKLUSJON .....</b>	<b>34</b>
<b>7.0 EVALUERING AV EGET ARBEID .....</b>	<b>36</b>
<b>LITTERATURLISTE .....</b>	<b>37</b>

# **1.0 INNLEDNING**

## **1.1 Bakgrunn for valg av tema**

Jeg har valgt å skrive om sykepleie til barn fordi jeg synes dette er et veldig interessant tema. Jeg bestemte meg tidlig for at barnesykepleie var noe jeg ville fordype meg i ettersom jeg gjerne kunne tenke meg å jobbe på ei barneavdeling etter endt utdanning. Sannsynligheten er også stor for at jeg vil videreutdanne meg til enten jordmor eller barnesykepleier. I løpet av 3 år på høgskolen har ikke fokuset på barnesykepleie vært så veldig stort, og derfor føler jeg at faglitteraturen på dette området er nytt og spennende å skrive om.

Jeg har selv praksiserfaring fra en Øre/Nese/Hals-avdeling hvor de hadde egen barnestue. Barna som kom hit skulle stort sett foreta en tonsillektomi. På denne avdelingen opplevde jeg at vi ikke fokuserte så veldig mye på selve barnesykepleien. I stedet ble barna behandlet nokså likt som de voksne pasientene. Derfor føler jeg at jeg ikke lærte så mye om barnesykepleie i den praksisperioden, selv om jeg har et inntrykk av hvordan barna oppfører og tilpasser seg på ei barnestue før en operasjon. Jeg fikk også innblikk i foreldrenes behov for informasjon.

Min erfaring var at det ofte var foreldrene som fikk oppmerksomheten på bekostning av barnet. Dette er mye av årsaken til at jeg velger å forske på hvordan jeg som sykepleier kan bidra til å gi barnet en positiv opplevelse av sykehuset, ettersom sannsynligheten er stor for at nettopp jeg kan havne i en situasjon hvor jeg kan påvirke barnas opplevelse. Barna er sårbare på et stort sykehus, spesielt i forkant av en operasjon. Derfor synes jeg det er viktig med omsorg og godt samspill.

## **1.2 Presentasjon av tema og problemstilling**

### **1.2.1 Tema**

Sykepleie til barn på sykehus

### **1.2.2 Problemstilling**

*”Hvordan kan sykepleier i en barneavdeling bruke samspill med barnet i preoperativ fase for å bidra til at sykehusoppholdet blir en mest mulig positiv opplevelse? ”*

### **1.3 Avgrensning**

Barna er i aldersgruppen 4-6 år (førskolealder). Barna er innlagte elektivt for et mindre kirurgisk inngrep, og sykehusoppholdet varer kun noen få dager. De er i utgangspunktet friske når de innlegges, og de har med seg foreldre som skal være der under hele oppholdet.

### **1.4 Begrepsavklaringer**

#### Sykepleier:

Autorisert sykepleier. I oppgaven vil jeg bruke benevnelsen sykepleier eller hun.

#### Foreldre:

Mor og far eller bare en av dem. Det kan også være barnas foresatte.

#### Barneavdeling:

Barna i oppgaven er innlagte på en barneavdeling eller på en voksenavdeling med egen barnestue.

#### Preoperativ fase:

Tiden fra barnet kommer på barneavdelingen og til innledningen av narkose.

#### Samspill:

Med samspill mener jeg målrettet, terapeutisk kommunikasjon og samhandling som har som mål å redusere stress og krav fra omgivelsene. Samspill betyr å virke i fellesskap (12).

#### Mindre kirurgisk inngrep:

Operativt inngrep som krever narkose. Få innleggelsesdøgn. Ingen spesielle preoperative prosedyrer bortsett fra fasting, innleggelse av veneflon og blodprøvetaking.

## 1.5 Oppgavens formål

Formålet med oppgaven er å gi et innblikk i hvordan en sykehusinnleggelse kan påvirke barn i førskolealder. Ved å være bevisst på de utviklingspsykologiske særtrekkene i denne aldersgruppen kan man som sykepleier gi et godt, tilpasset sykepleie tilbud. Ekstra spesielt er det når barna skal gjennom en operasjon, og det stresset som dette kan medføre både for barn og foreldre. Jeg ønsker et økt fokus på selve barnesykepleien i slike situasjoner, slik at barna får best mulig sykepleie. Jeg ønsker dessuten å finne nyere forskning på området.

## 1.6 Oppgavens oppbygging

Videre i oppgaven kommer jeg til å presentere et *metodekapittel* hvor jeg viser hvordan jeg har brukt litteraturstudie for å løse oppgavens problemstilling. Kapitlet som følger etter dette er en *teoridel* som skal belyse problemstillingen. Jeg presenterer Joyce Travelbees sykepleieteori først i teorikapitlet. *Nyere forskning* utgjør kapittel 4. Her har jeg funnet fem forskningsartikler som er relevante for oppgaven og som er interessante å diskutere i forhold til faglitteraturen om barnesykepleie. *Diskusjon* er tema i kapittel 5. Diskusjonen danner også grunnlaget for *konklusjonen* til problemstillingen som kommer i kapittel 6. Til slutt evaluerer jeg eget arbeid i denne oppgaveprosessen i kapittel 7.



## **2.0 METODE**

### **2.1 Valg av metode**

Metoden er redskapet vårt i møte med noe vi vil undersøke. Dalland (2007) siterer Vilhelm Aubert:

*”En metode er en framgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme fram til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder” (3, side 81).*

Vi er pålagt fra Høgskolen sin side å bruke litteraturstudie som metode. Det kreves også at deler av oppgaven skal være forskningsbasert. Det vil si at vi skal bruke minst fem forskjellige forskningsartikler fra søk i anerkjente databaser (7). Jeg kommer til å anvende omtrent 200 sider med selvvalgt litteratur i tillegg til pensumlitteraturen.

Oppgavens troverdighet og faglige styrke er avhengig av at kildegrunnet er godt beskrevet og begrunnet. Dette fordi litteraturen er den kunnskapen som oppgaven tar sitt utgangspunkt i, og som problemstillingen skal drøftes i forhold til (3).

### **2.2 Søk etter litteratur og forskning**

Etter å ha bestemt meg for tema og problemstilling valgte jeg å gå gjennom pensumlista for å se hvilke bøker som kunne være relevante for oppgaven. Jeg fant flere bøker som belyste problemstillingen min, og pensumlitteraturen dekket også store deler av den teorien jeg valgte å ta med. Likevel ville jeg utdype temaet mitt ekstra, og brukte derfor BIBSYS ASK for å lete etter ytterligere bøker på biblioteket. Søkeordene jeg brukte var stress, barn, barnekirurgi, barnesykepleie, samhandling, lek og kommunikasjon, enten alene eller i kombinasjon med hverandre. Jeg fikk mange treff og brukte derfor litt tid på å gå gjennom de mest interessante bøkene. I tillegg til litteraturkildene har jeg anvendt litt av min egen erfaring fra praksis på Øre/Nese/Hals-avdelingen ved Molde Sykehus når problemstillingen blir besvart.

Jeg har valgt å skrive om Joyce Travelbee ettersom hun er en sykepleieteoretiker som fokuserer mye på etablering av gode relasjoner mellom sykepleier og pasient. Jeg brukte Kristoffersen (1996) som kilde, men skaffet også førstehånds teori av Travelbee. Dermed følte jeg at hennes teorier var godt og korrekt gjengitt i oppgaven min.

Søket etter forskningsartikler startet jeg samtidig som jeg søkte etter annen faglitteratur. Jeg ønsket å bruke nordiske forskningsartikler, og brukte databasen Swemed+ når jeg søkte. Søkeordene var barn\$, stress, kommuni\$, samhandl\$, lek, sykehus, sykepleier. Jeg kombinerte ordene og jeg brukte de hver for seg. Søket ga mange treff og jeg brukte mye tid på å gå gjennom disse, men ingen av artiklene viste seg å være forskningsartikler. De manglet både hensikt, metode og resultater. Ved mangel på bare en av disse delene bør man legge fra seg artikkelen og fortsette søket på andre forskningsartikler (10). Mange av fagartiklene var meget relevante, blant annet fra ”[www.sykepleien.no](http://www.sykepleien.no)”, og jeg valgte å bruke en artikkel som heter ”Lek på alvor”. Veilederen min sendte meg også en oversiktsartikkel som jeg valgte å bruke.

Senere i oppgaveprosessen startet jeg søk etter engelskspråklige forskningsartikler. Gjennom databasen Cochrane fant jeg tre av forskningsartiklene jeg har valgt å bruke. De fant jeg på søket ”children AND hospital AND stress”. På Ovid Medline fant jeg to forskningsartikler ved å søke på ”therapeutic play” og ”pediatric anxiety”. Ingen av artiklene er eldre enn tre år. Søket ga mange treff, og jeg fant fort de forskningsartiklene jeg synes var mest spennende og interessante. Jeg valgte forskningsartiklene ut i fra årgang, samt aldersgruppe på barna. Forskningsartiklene som da gjensto følte jeg var rett å velge. Fire av disse omhandler stress hos de innlagte barna, mens én omhandler stress hos foreldre.

### **2.3 Kildekritikk**

Ved kildekritikk er det viktig å *vurdere* og *gjøre rede* for den litteraturen jeg har anvendt (3).

*”Kildekritikk er de metodene som brukes for å fastslå om en kilde er sann. Det betyr å vurdere og karakterisere de kildene som benyttes” (3, s. 64).*

Dalland (2007) skriver om viktigheten av å forholde seg kritisk til det kildematerialet som blir benyttet i oppgaven. Videre skriver han at kildekritikk dreier seg om å gi leseren innblikk i hvilke refleksjoner jeg som forfatter har gjort meg om hvilken relevans og gyldighet litteraturen har når det gjelder å belyse problemstillingen min. Ettersom det eksisterer mye litteratur om barnesykepleie har jeg hatt en utfordring i å plukke ut det jeg har følt er mest relevant og interessant for oppgaven. Det er vanskelig å orientere seg i et ”hav” av litteratur. Det er lett å overse litteratur som ville belyst problemstillingen min godt, og det er vanskelig å si om jeg valgte rett. Forfattere som har skrevet mye om akkurat mitt tema har blitt foretrukket framfor forfattere som bare har skrevet litt. Jeg er fornøyd med den litteraturen jeg har brukt, og jeg mener jeg har skaffet god og sykepleierett teori som belyser problemstillingen min slik jeg ønsker.

Noe av innholdet i bøkene stammer opprinnelig fra bøker av eldre årgang. Mye av pensum- og faglitteraturen er sekundærlitteratur. Det betyr at teksten er bearbeidet og presentert av en annen enn den opprinnelige forfatteren (3). Dette kan gi utfordringer i forhold til pålitelighet av kildene, samt at bøkene da baserer seg på teori som kan være ”utgått på dato”. Men selv om eksempelvis Jean Piagets teori er fra 1952, er den fremdeles anvendelig ettersom den gir omfattende vitenskap på et konkret nivå om barnets utvikling. Jeg har forsøkt å bruke førstehånds litteratur så langt det lar seg gjøre.

Selv om jeg stiller meg kritisk til den litteraturen jeg leser, ser jeg at de fleste fagfolk konkluderer med det samme, og jeg har inntrykk av at mye av det jeg leser baserer seg på lik teori og like utgangspunkt. Dette er ikke nødvendigvis en fordel, ettersom man da lett lar seg rive med og ikke stiller seg tilstrekkelig kritisk til om barnesykepleieteorien trenger en oppdatering. Forskning jeg har lest gjennom forteller meg likevel at faglitteraturen er godt oppdatert og i stadig forbedring. Jeg tenker da at forskning har bidratt til store framskritt på dette feltet. Mengden av forskning forteller meg at barnesykepleie er godt belyst og et ”moderne” tema å forske på.

Da jeg skulle søke etter forskningsartikler brukte jeg en arbeidsbok for sykepleiere, utgitt av sykepleierforbundet, for å vurdere om artikkelen var pålitelig som forskning. Da så jeg blant annet på oppbygging og innhold i artikkelen. Hvis artikkelen inneholdt hensikt, metode, utvalg, resultat og konklusjon kunne jeg anta at det var en forskningsartikkel. Det

måtte også vurderes hvilket tidsskrift artikkelen ble utgitt i (10). Forskningsartiklene jeg valgte er engelskspråklige, og jeg er oversetter.

Forskningen har blitt utført på barn fra andre land og kulturer enn de fleste barna på norske sykehus. Likevel stiller jeg meg ikke så kritisk til dette ettersom utviklingspsykologiske særtrekk og stress er universelle faktorer, og slik forskning er dermed aktuell i alle land. Selv om ikke alle barna som deltok i forskningen er mellom 4 og 6 år, er denne aldersgruppen godt representert i alle forskningsartiklene. Jeg har forsøkt å fokusere på denne aldersgruppen når jeg bearbeidet artiklene.

Tidsskriftene og internettsidene jeg har brukt anser jeg som pålitelige. Dette dreier seg blant annet om internettsidene til Sykepleieforbundet ([www.sykepleien.no](http://www.sykepleien.no)), sidene til Den norske legeforeningen ([www.tidsskriftet.no](http://www.tidsskriftet.no)), og det amerikanske tidsskriftet, "Pediatrics" (<http://pediatrics.aappublications.org>). Ellers har jeg stilt meg kritisk til kilder på internett ettersom veldig lite søkerresultater på en søkemotor som *Google* vil henviser meg til faglitteratur.

## 3.0 TEORI

### 3.1 Presentasjon av Joyce Travelbee's sykepleieteori

Travelbee retter oppmerksomheten mot de mellommenneskelige aspektene ved sykepleien. Den bygger på et eksistensialistisk menneskesyn, og på det faktum at lidelse og smerte er en uunngåelig del av menneskelivet (9).

*”Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleieren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom eller lidelse, og om nødvendig å finne en mening i disse erfaringene” (9, side 406).*

Ifølge Kristoffersen (1996) mener Travelbee at etableringen av et menneske-til-menneske-forhold er sentralt i sykepleien. Hennes menneskesyn bygger på at ethvert menneske er et unikt individ – som en engangsforeteelse i verden. Møtet med sykdom og lidelse gir mennesket en spesiell anledning til personlig vekst og utvikling, ettersom mennesket har en tilbøyelighet og en evne til å søke etter mening i denne sammenheng (9). Gjennom en systematisk tilnærming til pasientens situasjon benytter sykepleieren sine fagkunnskaper og sin innsikt til å finne fram til pasientens behov for sykepleie, og til hvordan de best skal møtes (9). Etableringen av et menneske-til-menneske-forhold skjer ifølge Travelbee gjennom flere faser. Kristoffersen (1996) siterer:

- Det innledende møtet
- Framveksten av identiteter
- Empati
- Sympati
- Etablering av gjensidig forståelse og kontakt

*Det innledende møtet* mellom sykepleier og pasient kjennetegnes ved at personene ikke kjenner hverandre, og vil få et førsteinntrykk av hverandre. Etter hvert som interaksjonen mellom sykepleieren og pasienten utvikler seg, vil begges *identiteter* tre fram og bli oppfattet av den andre; sykepleieren og pasienten begynner å etablere et kontaktforhold.

*Empati* er ifølge Travelbee evnen til å trenge inn i, eller ta del i og forstå den psykiske tilstanden som en annen person *er* i der og da. I tillegg til erfaringsbakgrunn er ønsket om å forstå den andres opplevelse en nødvendig forutsetning for empati. *Sympati* er et resultat av den empatiske prosessen, og er den innstillingen eller holdningen som sykepleier formidler til den andre. *Sympati* kan formidles verbalt og nonverbalt. Pasienten opplever at sykepleieren bryr seg om hvordan han har det, og denne opplevelsen kan påvirke han både fysisk og psykisk. Den siste fasen i etableringen av et menneske-til-menneske-forhold er en nær og gjensidig *forståelse* mellom pasient og sykepleier. Dette forutsetter at sykepleieren har et ønske om å hjelpe og har de kunnskaper og ferdigheter som skal til for å iverksette sykepleietiltak i samsvar med pasientens behov. En pasient får sterk tillit til en sykepleier som gjennom sine handlinger viser seg som en pasienten kan stole på (9).

### **3.1.1 Travelbee om kommunikasjon**

Travelbee beskriver kommunikasjon som et av sykepleierens viktige redskaper når det gjelder å bli kjent med pasienten (9). I tillegg til kommunikasjon må sykepleieren bruke seg selv terapeutisk. I sykepleiesammenheng innebærer det at en bruker sin egen personlighet på en bevisst og hensiktsmessig måte i samhandlingen. En forutsetning for å bruke seg selv terapeutisk er at en er oppmerksom på hvordan ens egen atferd innvirker på andre mennesker. I denne sammenheng blir derfor selvinnsikt og selvforståelse viktig. Det samme blir forståelsen for menneskelig atferd og evnen til å forutse både egen og andres atferd (9).

Travelbee (1999) skriver om kommunikasjon som en gjensidig prosess. Det er den prosessen sykepleieren bruker for å søke og gi informasjon, og det er det midlet som den syke og hans familie bruker for å få hjelp. Sykepleieren kommuniserer for å formidle omsorg for den hun har ansvaret for, og dette er som regel non-verbalt (11).

*”Verbal kommunikasjon er kommunikasjon ved hjelp av ord – skriftlig eller muntlig. Non-verbal kommunikasjon betegner overføring av budskap uten bruk av ord; en kommuniserer non-verbalt med gester, ansiktsuttrykk og kroppsbevegelser. ”...” Andre eksempler på non-verbal kommunikasjon er overføring ved hjelp av tegn eller symboler – bilder, musikk, dans og mime”* (11, s. 138)

Videre skriver Travelbee (1999) at den profesjonelle sykepleieren snakker og handler bevisst på en måte som kan føre til forandring, og at kommunikasjon derfor kan være en kreativ prosess. Jo mer kreativ, kunnskapsrik og dyktig hun er, desto bedre er hun i stand til å øse av den kraften og styrken som ligger i kommunikasjon (11).

Travelbee (1999) skriver at et kirurgisk inngrep er mer enn en prosedyre, det er også en menneskelig erfaring. De fleste som står foran et slikt inngrep, møter problemer som dreier seg om forsøkene på å få oppfylt to grunnleggende behov: behovet for informasjon og behovet for sikkerhet (11). Sykepleierens rolle i dette tilfellet er å anvende sine observasjons- og kommunikasjonsevner mens hun:

1. Fastslår hvordan den syke oppfatter det forestående kirurgiske inngrepet.
2. Vurderer vedkommendes angstnivå.
3. Fastslår hva vedkommende vet eller er blitt informert om av legen og andre.
4. Finner fram til behov, problemer eller hull i vedkommendes kunnskaper eller informasjoner

(11)

### **3.2 Sykepleie til barn – en utsatt pasientgruppe**

Barna kan fort bli stresset ved en innleggelse. Forskning viser at innledning av narkose er en av de mest stressfylte situasjoner hos barn som skal til et kirurgisk inngrep. Det er estimert at 60 % av alle barn er plaget med angst i den preoperative fasen (4).

Barnesykepleie skiller seg fra sykepleie til voksne ved at symptomene til barna kan være annerledes og diffuse, reaksjonene annerledes og raskere, toleransen for toksiske stoffer lavere og medikamentenes effekt forskjellig. Barn uttrykker seg også annerledes enn voksne (12).

Pårørende får en mer sentral rolle i sykepleien til barn enn i sykepleien til voksne (6). Helhetsperspektivet er sentralt. Dette vil si at barn, foreldre og eventuelle søsken må betraktes som en helhet hvor alle medlemmene står i et gjensidig påvirkningsforhold til

hverandre. Å ta vare på foreldrene er indirekte å ta vare på barnet ettersom foreldre er en ressurs i forhold til sitt barn (6). Sykepleieren og foreldrene samarbeider om omsorgen for barnet. Rollene deres er komplementære og utfyller hverandre (6).

Barn er vare for følelser og uttrykk fra foreldrene, og kan selv reagere med å bli urolige (12). En undersøkelse som er gjengitt i Tveiten (1998) konkluderer med at sykepleien må planlegges ut fra en grunnleggende forståelse og helhetlig vurdering av både foreldrenes og barnets totale situasjon. Omsorg, kontakt, stimulering og regelmessighet er en viktig basis for utviklingen. Ved at sykepleier gir sykepleie tilpasset barnas egne behov kan man forebygge traumer og forsinket vekst/utvikling (6). Kunnskap om normal vekst og utvikling er basiskunnskap i pediatrik sykepleie. Det er nødvendig for å opprettholde tillitsforhold til og kommunisere med barn på deres premisser (6).

### **3.2.1 Utviklingspsykologiske særtrekk 4-6 år**

En del utviklingspsykologiske særtrekk hos barn i 4-6 årsalderen har betydning for innleggelse på sykehus (12). Barns evne til å skape orden og mening i tilværelsen begrenses av deres intellektuelle umodenhet (6). Jean Piaget (1952) har en teori som beskriver barnets kognitive utvikling i fire stadier. Piaget mener barnets utvikling er en dynamisk prosess; et resultat av samspillet mellom arv og miljø. De genetiske faktorene bestemmer barnets mulighet for utvikling, mens miljøfaktorene, de grunnleggende behovene, er avgjørende for om barnets fulle potensial utnyttes (2).

I den preoperasjonelle fasen (2-6 år) mener Piaget at barnet begynner å tenke logisk og formålsbevisst, men greier fremdeles ikke å bevare forestillingen om størrelser, mengder eller forhold i bevisstheten (6). Han mener videre at de har konkret tankegang, begrenset evne til å forstå sammenheng mellom årsak og virkning, liten evne til å fokusere på flere ting samtidig, egosentrisk tenkning, animisme, kort oppmerksomhetstid, mangelfullt utviklet tidsbegrep, magisk tenkning og begrenset evne til å skille fantasi og virkelighet (6). Barnet er ifølge Piaget sterkt bundet til visuelle inntrykk. Den enkeltes personlige tolkning av en situasjon eller en tilstand er medbestemmende for om situasjonen skal utløse følelser og eventuelt også hvilke følelser. Denne tankemessige vurderingen er bestemt av den enkeltes forestillingsverden, som er formet av tidligere erfaringer og kjennetegn ved den aktuelle situasjonen (1).



### 3.2.2 Kommunikasjon

Kommunikasjon kommer av det latinske ordet *communicare* som betyr å gjøre noe felles, delaktiggjøre en annen i og å ha forbindelse med (5). Kommunikasjon defineres som utveksling av meningsfylte tegn mellom to eller flere parter. Utvekslingen av budskap fører til en prosess mellom partene; et kommunikasjonsforløp (5).

God kommunikasjon er nøkkelen til å bli kjent med og skape tillitsforhold til barn (6).

Barnet må betraktes som eksperten på å vite ”hvordan det er å være akkurat meg”.

Kommunikasjon er en forutsetning for å forberede, informere og hjelpe barn og foreldre til å bearbeide opplevelser som følge av sykdom og sykehusopphold (6). Når barnets språk er lite utviklet er nonverbal kommunikasjon og lyder svært viktig. Det er også viktig at kommunikasjonen er entydig (12). Aktiv lytting betyr blant annet å lytte bak ordene som sies, høre det som ikke sies men likevel er der; å tolke ”koden” i barnets budskap (12).

Barnet forstår ofte mer enn det aktivt kan uttrykke (12). Barn som innlegges på sykehus har krav på informasjon som skal tilpasses deres individuelle forutsetninger som alder, modenhet og erfaring (8). Å være direkte og åpen er viktig for at barnet skal merke at det respekteres og blir tatt på alvor (12). Sykehusinnleggelse kan redusere barnets evne til å motta budskap. Dersom voksne ikke oppfatter dette kan barnet bli overstimulert (12).

Understimulering kan på den annen side være et resultat av at barnets egne signaler ikke oppfattes, mottas og svares på (12). Å ta initiativ er viktig for at sykepleieren skal få barnet til å prate, og dermed opprette kontakt med barnet og etablere tillit (12). Barnet bør likevel ikke oppleve at det presses til å prate. Ved å bøye seg ned på barnets nivå, lytte, spørre og se på ting som barnet har med seg hjemmefra, kan kontakt skapes (6). Barn blir lett forstyrret av mange synsinntrykk, støy, uro og avbrytelser. Det er vanskelig for barnet å følge med på en samtale hvis den befinner seg i et rom med mange og spennende leker (6).

Samtaler med barnet bør være kortvarige og gjennomføres på en tid på dagen da barnet er opplagt. En god stemning bidrar til at barnet blir mer meddelsomt og oppfatter informasjon lettere (6). Ved å la barnet bevege seg litt rundt mens samtalen pågår, og la barnet lytte på sine egne premisser, vil barnet lettere oppfatte informasjonen (6). Barnet kan både se oppmerksomt ut uten å høre etter, og motsatt, se ukonsentrert ut, leke og lytte intenst (6).

Barn uttrykker seg både via språk og atferd. De kommuniserer best, forstår lettest og nås enklest når ord og handlinger kombineres (6). Bruk av hjelpemidler i samtalsituasjoner skaper også distanse til og gjør det lettere å snakke om opplevelser og følelser (6). Tegninger er ofte et godt utgangspunkt for samtale. Sykepleier kan for eksempel be barnet tegne en tegning av da det fikk innlagt veneflon. Deretter kan sykepleier oppmuntre til å snakke om tegningen. Det gir barnet muligheten til å uttrykke sin opplevelse av prosedyren, og sykepleier anledning til å kontrollere om barnets framstilling av fakta er korrekt (6).

### **3.3 Barnets møte med barneavdelingen**

Når barna møtes med respekt føler de seg velkomne og ivaretatt. Når retten til selvbestemmelse respekteres, føler de seg også verdsatte som mennesker (6). Dette krever åpenhet og fleksibilitet i forhold til hvert enkelte barns særtrekk og behov (6). Ifølge Tveiten (1998) er tidligere erfaringer med sykehus, delaktighet fra foreldrene, sykdommens art og kvaliteten på sykepleietilbudet i avdelingen faktorer som vil påvirke reaksjonene på innleggelse. Kvalitet på sykepleietilbudet vil si sykepleierens kompetanse, tilgjengelige ressurser og organisering av sykepleien (12).

Førsteintrykk er noe de fleste mennesker har en tilbøyelighet til å feste seg ved. Hvis man mener at den andre har en "varm" personlighet, blir man antakelig vennligere og mer imøtekommende enn om man hadde hørt eller ment at vedkommende var "kald" (1). Fremmede voksne virker lett truende på barn, spesielt i situasjoner hvor alt er nytt og fremmed. Derfor bør sykepleier holde litt avstand til barnet i begynnelsen, kanskje snakke med omsorgspersonene først. Deretter kan man gradvis dra barnet med i samtalen. På denne måten blir barnet vant til stemmen, utseende og fremtreden til sykepleier (6). Lekerom og arealer for fysisk aktivitet og hobbyvirksomhet har stor betydning for barns trivsel på sykehus (6). Barneavdelingen bør fremtre som et barnevennlig og hyggelig sted. Dette inntrykket kan blant annet skapes av varme og glade farger på vegger og tekstiler, bilder og barnetegninger på veggene og farger på personalets tøy (6).

Barnet kan ifølge Tveiten (1998) føle seg truet under en sykehusinnleggelse. Da kan det være en løsning å la barnet få delta i det som er mulig, for eksempel å få holde utstyr og

hjelpe til. Man kan også gjøre smerte konkret ved å lokalisere den til et plaster, selv om barnet har vondt i magen. Alt dette kan bidra til at barnet føler det mestrer situasjonen og at stressopplevelsen dermed blir mindre (12).

### **3.3.1 Stressfaktorer hos barn ved innleggelse i sykehus**

Stress er et fysiologisk og psykologisk svar fra organismen på forskjellige former for belastninger (1). Enhver ytre hendelse som individet ikke har erfaring med, og som dermed krever en uvanlig innsats for å mestre, er stress (1). Man kan også si at stress sees på som et samspill mellom individet og omgivelsene. Det vil si at personen vurderer omgivelsene som så belastende at ressursene ikke strekker til og dermed truer ens tilpasning (1). Barnet har begrenset kunnskap om og evne til å bruke egne mestringsmekanismer. Sykdom, sykehusinnleggelse, undersøkelser, pleie og behandling kan forårsake stress som overskrider barnets mestringssevne. Det kan skape ettervirkninger som på sikt får negative konsekvenser for barnets helse (6).

Innleggelsen betyr nye og ukjente mennesker, nye omgivelser, nye rutiner, annerledes mat, begrenset lek og aktivitet, ny seng og nye lukter i tillegg til prøver og undersøkelser som kan være vonde. Innleggelsen medfører også atskillelse fra kjente, kanskje også fra foreldre. Alt dette fører til økt stress hos barnet (12). Sykepleierens ansvar i forhold til stress hos barn innebærer å styrke barnets motstandsressurser og redusere stress eller krav fra omgivelsene som barnet ikke kan mestre. Dersom stress- og kriseopplevelser skal gi vekst, må barnets mestringssevne stå i forhold til de kravene barnet møter (12). Emosjonell støtte fra sykepleier er viktig. Ved sykehusinnleggelse fratras barnet deler av sin vanlige medbestemmelsesrett, samtidig som stressnivået stiger til langt over det normale. Dette skaper lett u håndterlige situasjoner for barnet (6).

### **3.3.2 Stressreaksjoner hos barn ved innleggelse på sykehus**

Barnets evne til å mestre denne typen stress varierer med den enkelte og påvirkes spesielt av modenhet. En vanlig stressreaksjon hos barnet er regresjon. Dette er en forsvarsmekanisme som innebærer at barnet for en kortere eller lengre tid går tilbake til et

tidligere utviklingsnivå på enkelte områder (12). Når evnen til å mestre stress overstiges, forsvarer det seg gjerne ubevisst ved å gå tilbake til tidligere utviklingstrinn. Eksempelvis kan barn med velutviklet språk begynne å prate ”babyspråk” (6). Apati hos barnet kan oppstå og vise seg ved at barnet leker mindre enn før, vil sitte på fanget hele tiden eller er mindre aktiv enn før. Dette kan være et uttrykk for angst og utrygghet (12). Også den kognitive kapasiteten reduseres. Tidsbegrepet blir dårligere, og det kan bli vanskeligere å huske og forstå informasjon (6). Det vil si at barnet for eksempel ikke skjønner at foreldrene kommer tilbake dersom de går en tur ut av avdelingen for å spise. Ved å konkretisere tidsaspektet kan barn lettere forstå dette. Eksempelvis ved å si at ”mamma kommer tilbake etter at du har spist kveldsmat” (12).

Reaksjoner på stress kan være mange. Vanlig hos barn er også magesmerter, søvnbesvær, infeksjoner, aggressivitet, urolighet eller mangel på konsentrasjon (2). Fysiologisk sett kan stress blant annet vise seg ved at blodtrykket og hjerte- og pustefrekvensen øker, fordøyelsesbevegelsene i tarmsystemet reduseres, de små blodårene trekker seg sammen, hårene på huden reiser seg og tørrhet i munnen oppstår (1). Disse ulike reaksjonene går over av seg selv når hverdagen igjen føles trygg (12).

Tveiten (1998) henviser til nyere forskning som viser at et traumatisk sykehusopphold som innebærer atskillelse fra foreldre kan gi symptomer hos barnet i tiden etter sykehusoppholdet, blant annet spise- og søvnproblemer, depresjon, sykehuskrek, dødsangst og frykt for hysteriske symptomer som for eksempel tap av stemmen etter tonsillektomi (12). Barn og foreldres stressnivå stiger og synker i samme takt. Høyt stressnivå kan redusere foreldrenes omsorgsevne ved at de blir mindre oppmerksomme på barnets signaler og behov (6).

### **3.3.3 Barnets behov**

Når barna får ha foreldrene hos seg slik at de føler seg trygge, forkortes rekonvalesenstiden, og barna er mindre utsatte for komplikasjoner som følge av infeksjoner (1). Barns avhengighet av voksne for å få dekt sine grunnleggende behov er avhengig av alder og modenhet (12).

Mange foreldre blir ettergivende i forhold til barnets normale grenser når barnet er innlagt på sykehus. Ifølge Tveiten (1998) trenger barnet grenser, også når de er innlagte. Grensene bidrar til økt trygghet fordi barnet gjenkjenner situasjonen og merker at noe er som før (12). Her kan sykepleier fungere som rollemodell og være behjelpelig med å informere og støtte foreldrenes valg med å opprettholde normale rutiner mest mulig (6). Det er også vanlig å overbeskytte syke barn. Dette gjelder foreldre så vel som sykepleier. Dette er uheldig ettersom omsorgspersonene da tar ifra barnet oppgaver som er kilde til ros, anerkjennelse og mestringsopplevelser (6).

### **3.4 Forberedelse til operasjon**

*”Forebyggelse er den foranstaltning eller proces, hvorved et bestemt ønsket fænomen forhindres, hæmmes eller reduceres” (2, side 18).*

Forberedelse kan redusere stressopplevelsen og styrke barnets kapasitet til mestring (12). Det er aktuelt før selve innleggelsen, men også før stressende og smertefulle undersøkelser, prøver og behandling (12). Godt forberedte pasienter er mindre engstelige, trenger mindre smertestillende medisin og mestrer prosedyrer bedre enn andre (6). Barns engstelse under undersøkelser og prosedyrer reduseres også ved at foreldrene er godt informert på forhånd (6).

Brosjyre/brev fra sykehuset, besøk i avdelingen, informasjon, tegning og billedbruk, lek, film og hjemmebesøk er alle tiltak som er en viktig del av forberedelsen (12). Konkrete og nøyaktige faktaopplysninger om prosedyrene er en sentral del av forberedelsene. Barnet trenger en detaljert beskrivelse av hvordan ting vil oppleves via sansene (6). Forutsigbarhet fører til betydelig mindre stress når ubehaget kommer. Å bli forberedt på at noe kommer til å gjøre vondt, og å ha en viss kontroll, gjør ofte at stresset ved smerten blir mindre (1). Det er en fordel å snakke med barnet mens undersøkelsen eller prosedyren pågår. Informasjonen konsentreres om det som er viktig for barnet (6).

### 3.4.1 Samspill

Tveiten (1998) skriver at kommunikasjon er en del av samspillet mellom barn og voksne. Samspill er et videre begrep enn kommunikasjon; det betyr å virke i fellesskap (12). Samspill karakteriseres av gjensidighet, og at barn og voksne ofte sender og mottar signaler annenhver gang (6).

I Tveiten (1998) gjengis Hundeide, som beskriver åtte temaer for godt samspill. Temaene er ment for foreldre, men angår også sykepleiere:

- Vis positive følelser – vis at du er glad i barnet ditt.
- Juster deg til barnet og følg dets utspill.
- Snakk til barnet ditt om ting det er opptatt av og prøv å få i gang en ”følelsesmessig samtale”.
- Gi ros og anerkjennelse for det barnet klarer å gjøre.
- Hjelp barnet til å samle sin oppmerksomhet, slik at dere har en felles opplevelse av ting i omgivelsene.
- Gi mening til barnets opplevelse av omverdenen ved å beskrive det dere opplever sammen og ved å vise følelser og entusiasme.
- Utdyp og gi forklaringer når du opplever noe sammen med barnet ditt.
- Hjelp barnet ditt å kontrollere seg selv ved å sette grenser for det på en positiv måte – ved å lede det, vise positive alternativer og ved å planlegge sammen.

(12)

Læring og utvikling av intellektuelle ferdigheter fremmes av et godt læringsmiljø (6). Ved hjelp av engasjement, oppfinnsomhet og kreativitet kan sykepleieren skape et miljø som ivaretar trivsel og utfoldelsen (6).

### 3.4.2 Lek

Interessen for og evnen til å leke er en ressurs som kan benyttes terapeutisk. Den er et viktig redskap for å utføre sykepleiens lindrende, behandlende, forebyggende og helsefremmende funksjoner (6). Lek er en spontan, frivillig og lysbetont aktivitet som bidrar til glede og mening i barns liv (6). Den ivaretar den normale utviklingen når barn er på sykehus. Barn har behov for å leke for å utvikle seg mentalt, emosjonelt, sosialt og fysisk (8). Ifølge Piaget er lek grunnleggende for den kognitive utviklingen. Barnet går inn i et samspill med andre i leken, det kommer i kontakt med gjenstander og mennesker og lærer verden å kjenne (12).

Lek reduserer stress og gir mestringsopplevelse i uoversiktlige og krevende situasjoner. Den reflekterer barns måte å se verden på og er en innfallsport til å forstå deres virkelighet (6). Intellektuell forståelse av hendelser er trygghetsskapende fordi det gir forutsigbarhet og kontroll. Lek brukes dessuten som en avledningsteknikk ved gjennomføring av prosedyrer og undersøkelser (6). Sengen og lekerommet bør være ”trygge områder” hvor det ikke utføres vonde eller ubehagelige undersøkelser(6).

Barnet forberedes på det som skal skje ved å leke med aktuelle instrumenter og prosedyrer. I leken kan informasjonen flettes inn, likedan svar på spørsmål fra barnet. Denne informasjonen kan deretter brukes som et utgangspunkt for å oppklare og beskrive ting for barnet (12). Slik late-som-lek bør utnyttes terapeutisk, ved for eksempel å oppfordre barnet til å være doktor eller sykepleier mens bamsen eller sykepleieren selv er et sykt barn. Kjente leker og kosedyr hjemmefra skaper trygghet og bidrar til en felles grunn mellom hjemmet og sykehusmiljøet (6).

Fra 2- til 6-årsalderen dominerer symbollek og late-som-lek (6). Barnet kan forestille seg å være andre personer og imitere det de tror disse personene gjør. Rolleleker og fantasileker er også vanlig (6). Barnet leker ofte en ”virkelighet” hvor alt er mulig og det selv fastsetter normene. Siden leken foregår ”på liksom”, skaper den avstand til og ufarliggjør følelser og opplevelser som er skremmende å forholde seg til i virkeligheten (6). I 4-årsalderen er bokstavrim, regler og skapende virksomhet som å tegne, tre perler, veve og lage ting, svært populært (6).

## 4.0 NYERE FORSKNING

### 4.1 “Clowns for the prevention of preoperative anxiety in children”

Denne undersøkelsen ble gjort på en gruppe barn i alderen 3-8 år. Gjennomsnittsalderen var 4,5 år, og 65 barn deltok. Disse barna skulle gjennomgå generell anestesi og var innlagte elektivt til operasjon. Formålet med undersøkelsen var å finne ut om spesialtrente, profesjonelle klovner ville ha innvirkning på barnas stressnivå i den preoperative fasen. Foreldrene fulgte barna sine helt fram til innledning av narkose. Pasientene ble delt inn i tre grupper; en kontrollgruppe som ikke mottok noen form for behandling mot stress, en gruppe som ble gitt beroligende medikamenter (midazolam), og en gruppe som hadde tilstedeværelse av to spesialtrente klovner (13).

Alle barna ble vurdert ut i fra en stress-skala, *the modified Yale Preoperative Anxiety Scale* (mYPAS). Barna som hadde tilstedeværelse av klovner ble forsøkt distraheret ved hjelp av ulike midler, blant annet magiske triks, vitser, musikk, spill, dukker og bamser, ordspill og såpebobler. ”Klovne –gruppa” hadde lavere m-YPAS score enn de andre to gruppene helt fram til induksjonen av anestesi-masken. På dette tidspunktet var det ”klovne-gruppa” som scoret høyest på m-YPAS-skalaen. Hos alle tre gruppene ser vi at stress-nivået stiger underveis i den preoperative fasen, men gruppa som hadde fått midazolam scoret lavest da innledningen av narkose fant sted. Studiet konkluderer med at klovnene har positiv innvirkning på barnas angstnivå preoperativt, men at effekten er lav når selve innledningen av narkose finner sted (13).

### 4.2 “Distraction with a hand-held video game reduces pediatric preoperative anxiety”

Målet i undersøkelsen var å finne ut om videospill kan bidra til å senke stressnivået hos barn i den preoperative fasen. 112 barn i alderen 4-12 år deltok, og disse ble delt i tre grupper. Alle barna hadde følge av foreldre helt til induksjonen av anestesi. En gruppe var kontrollgruppe, en gruppe fikk beroligende middel (midazolam) og den siste gruppa fikk bruke videospill. For å vurdere nivået av stress, brukte de mYPAS, men også *the Posthospital Behavior Questionnaire* (PHBQ) for å vurdere forandringer i den postoperative væremåten hos barna (14).



Resultatene viser at barna som ble tilbudt videospill viser et lavere stressnivå preoperativt enn de andre. Det kommer også fram at disse barna ble mindre berørt av stress i etterkant av operasjonen enn barna i de to andre gruppene. Undersøkelsen konkluderer med at videospill lett kan tilbys til de innlagte barna ettersom disse spillene distraherer barna godt. Dette trolig fordi spillene gjør barna ”oppslukte” på grunn av den kognitive og motoriske aktiviteten som kreves i et slikt spill (14).

#### **4.3 “Interactive music as a treatment for pain and stress in children during venipuncture”**

På Anna Meyer Pediatric Hospital i Italia gjennomførte de i 2003-2004 en undersøkelse hvor de ved hjelp av seks profesjonelle musikere skulle finne ut om musikk hadde innvirkning på barnas stressnivå i forbindelse med blodprøvetaking. Før, underveis og etter blodprøvetakingen ble barnas stressnivå vurdert ut i fra ulike skalaer. Barna var i alderen 4-13 år, og de hadde med seg sine foreldre. 108 barn deltok i undersøkelsen, og disse ble delt i to grupper; en kontrollgruppe og en gruppe som gjennom prosedyren ble underholdt av en musiker. Resultatene viser at barna som ble underholdt av en musiker viste et merkbart lavere stressnivå enn barna som kun hadde sine foreldre som støtte. Dette gjelder både før, underveis og etter at blodprøven er tatt. Undersøkelsen viser også at de yngste barna, de under syv år, opplevde prosedyren som mer stressende enn de eldre barna som deltok. Undersøkelsen konkluderer med at en musiker kan ha positiv effekt på barnas angstnivå i forbindelse med nålstikk, men også at denne type avledning har en liten positiv betydning for barnets opplevelse av smerte (15).

#### **4.4 “The stress-reducing effects of art in pediatric health care: Art preferences of healthy children and hospitalized children”**

Dette er en undersøkelse som ble utført gjennom tre faser, på barn i alderen 5-17 år. Alt foregikk på skoler og sykehus i Texas, USA. Formålet med undersøkelsen var å kartlegge hva slags kunst barn foretrakk, og om denne hadde noen innvirkning på de innlagte barnas stressnivå. I fase én ble 129 barn i ulike aldersgrupper på fire forskjellige skoler testet for hvilken kunst de likte best. Alternativene varierte fra abstrakte, kaotiske bilder til

naturmotiver, dyr og mennesker. Det var også forskjell på fargebruk; sterke eller dempede farger. Barna skulle bedømme om de likte bildene, samt fortelle hva bildene fikk de til å føle. Den samme framgangsmåten ble brukt i fase to, denne gangen på 48 innlagte barn på to forskjellige sykehus. I begge fasene var resultatene nokså like. I alle aldersgrupper var naturmotivene mest populær, og best likt av om lag 50 % av barna i aldersgruppa 5-7 år. De kaotiske og abstrakte bildene var minst likt (16).

I fase tre ble det mest og det minst likte bildet hengt opp på pasientrommene til 48 barn. Dette for å undersøke bildets innvirkning på barnets humør og stressnivå. I motsetning til undersøkelser gjort på voksne så det ikke ut til at innvirkningen var særlig stor. Undersøkelsen konkluderer med at sosial kontakt og foreldrestøtte er viktigst for barna, som dessuten beveger seg mer ut av rommene enn de voksne, og dermed ikke er like isolerte. Likevel vil de anbefale at barna får velge bildene på rommet ut i fra et kart med alternativer. De fleste av disse alternativene bør ha naturmotiver. De konkluderer også med at bildene har en viss distraksjonsfaktor under undersøkelser og prosedyrer (16).

#### **4.5 “The effect of videotaped preoperative information on parental anxiety during anesthesia induction for elective pediatric procedures”**

Denne undersøkelsen hadde som mål å finne ut om videoinformasjon kunne bidra til å senke foreldres nivå av stress før barna deres ble lagt i narkose. Deltakerne var 111 foreldre av barn som skulle til dagkirurgiske inngrep på *the Royal Alexandra Children's Hospital* i Brighton. Foreldrene ble delt i to like store grupper. En kontrollgruppe og en gruppe som fikk åtte minutter med videoinformasjon i tillegg til den normale preoperative forberedelsen. Videoinformasjonen var godt bearbeidet av fagpersonale, og beskrev hva som ville skje med barnet når det skulle legges i narkose. Resultatene viser at foreldrene som fikk videoinformasjon opplevde at stressnivået og informasjonsbehovet var mindre enn hos foreldrene i kontrollgruppen. Undersøkelsen viste også at stressnivået sank hos foreldrene i kontrollgruppen, som mottok skriftlig og verbal informasjon preoperativt. Det konkluderes med at slik videoinformasjon er et viktig hjelpemiddel for å redusere angstnivået hos foreldre preoperativt, men også at det er et viktig hjelpemiddel for å gi tilfredsstillende informasjon til foreldrene (17).

## 5.0 DISKUSJON

### 5.1 Sykepleierens innledende møte med barnet og dets foreldre

Sykehusinnleggelse kan redusere barnets evne til å motta budskap, og dersom voksne ikke oppfatter dette kan barnet bli overstimulert (12). Sykepleier har i møtet med barnet og dets foreldre en unik mulighet til å bidra til at sykehusoppholdet får en positiv start. Får de et godt førsteinntrykk av sykepleier og barneavdelingen kan dette være nok til at resten av oppholdet blir en positiv opplevelse. Helhetsperspektivet er viktig i sykepleien til barn, og derfor må foreldre og hele familiesituasjonen tas i betraktning når sykepleier skal starte prosessen med å bli kjent med barnet (6). Travelbee (1999) skriver om etableringen av menneske-til-menneske-forhold. Det er i denne fasen av sykehusoppholdet sykepleier må innlede møtet med barnet. Gjennom en systematisk tilnærming til pasientens situasjon benytter sykepleieren sine fagkunnskaper og sin innsikt til å finne fram til pasientens behov for sykepleie, og til hvordan de best skal møtes (9). Ved å snakke med både barnet og foreldrene kan sykepleier undersøke og forstå deres perspektiv på innleggelsen. Etter hvert vil de ifølge Travelbee (1999) få et inntrykk av hverandres identiteter og personlighet. Dermed vil det bli lettere å åpne seg for hverandre.

God kommunikasjon er nøkkelen for å skape tillitsforhold til barn (6,9). Travelbee (1999) skriver at kommunikasjon er en gjensidig prosess. Jeg vil derfor si at sykepleier bruker kommunikasjon når hun skal informere og formidle omsorg, mens barnet og dets pårørende kan bruke kommunikasjon for å signalisere den hjelpen de føler behov for. Travelbee (1999) skriver også om viktigheten av selvinnsikt og selvforståelse ettersom mye av kommunikasjonen er non-verbal. Sykepleier kommuniserer mye gjennom sin væremåte og framtoning, og hun bør være bevisst på hvordan hennes egen oppførsel kan virke inn på barnet og foreldrene. Å ta initiativ er viktig for at sykepleieren skal få barnet til å prate og dermed opprette kontakt og etablere tillit (12). Disse egenskapene hos sykepleier tror jeg har stor påvirkning på førsteinntrykket til barnet, samt etableringen av menneske-til-menneske-forholdet.

En del utviklingspsykologiske særtrekk hos barn i 4-6 årsalderen har betydning for innleggelse på sykehus (12). I begynnelsen kan alt virke skremmende på barnet, og sykepleier må her bruke sine kunnskaper om hvordan akkurat *dette* barnet i denne

aldersgruppen bør mottas eller samhandles med. Kunnskap om normal vekst og utvikling er basiskunnskap i pediatrik sykepleie (6). Empati blir her en viktig faktor hvor sykepleier ser nødvendigheten av å se og tolke barnets psykiske tilstand der og da, samt ønsket om å forstå barnet (11). Aktiv lytting er en form for kommunikasjon som hjelper oss med å tolke budskapet til barnet (12). Dette krever ofte tid og tålmodighet hos sykepleier, men bidrar til et godt grunnlag for sykepleien under sykehusoppholdet.

De fleste barn sliter med angst i den preoperative fasen, og det blir viktig for sykepleier å se barnets behov for omsorg og trygghet tidlig i oppholdet (4). Dette tror jeg best kan gjøres ved å oppnå fortrolighet. Ved å bøye seg ned på barnets nivå, lytte, spørre og se på ting som barnet har med seg hjemmefra, kan kontakt skapes (6). Sykepleier kan snakke om noe barnet verdsetter, eksempelvis en medbrakt bamse. Kjente leker og kosedyr hjemmefra skaper trygghet og bidrar til en felles grunn mellom hjemmet og sykehusmiljøet (6). Dette kan sykepleier benytte seg av terapeutisk, og hun kan bruke bamsen som utgangspunkt når hun skal forsøke å få barnet til å delta i samtalen. Bruk av hjelpemidler i samtale-situasjoner skaper distanse til og gjør det lettere å snakke om opplevelser og følelser (6). Jeg tror dette kan forsterke tillitsforholdet mellom sykepleier og barnet ettersom en slik framgangsmåte kan gjøre stemningen positiv. Arbeidet videre for å bli kjent med barnet kan bli lettere da en god stemning bidrar til at barnet blir mer meddelsomt og oppfatter informasjonen lettere (12).

Enkelte barn trekker seg fort tilbake og klamrer seg til mor eller far når de føler seg utrygge. Dette er ifølge Tveiten (1998) en form for stressreaksjon. Det kan gi sykepleier utfordringer, og det blir vanskelig å involvere barnet i samspill hvis barnet er redd. Ved å gi barnet en følelse av at det blir forstått, kan sykepleier nærme seg barnet forsiktig. Barnet bør gradvis bli vant til stemmen, utseende og fremtoningen til sykepleier (6). Hun kan prøve seg fram og spørre barnet om det gruer seg til operasjonen eller om det er skummelt å være på sykehus. Barnet kan oppleve at sykepleieren bryr seg om hvordan det har det, og denne opplevelsen kan påvirke barnet både fysisk og psykisk (9). Denne egenskapen hos sykepleier er ifølge Travelbee (1999) en form for sympati som er viktig for at barnet skal føle seg velkommen og respektert, og ikke minst trygg. Jeg mener dette kan være avgjørende for om barnet makter å involvere seg i samspillet med sykepleier og omgivelsene, og dermed for utfallet av sykehusopplevelsen.

Grunnet konkret tankegang og mangelfullt utviklet tidsbegrep kan barnet fort misforstå en beskjed om at mor eller far kommer tilbake om "et øyeblikk" (6). Derfor er det viktig at kommunikasjonen er entydig (12). Omsorg, kontakt, stimulering og regelmessighet er en viktig basis for utviklingen til barnet (6). Å tilpasse seg barnets individuelle forutsetning er en oppgave sykepleier må ta på alvor, samtidig som hun må gjøre foreldrene klar over situasjonen barnet befinner seg i. Høyt stressnivå kan redusere foreldrenes omsorgsevne ved at de blir mindre oppmerksomme på barnets signaler og behov (6). Derfor bør sykepleier veilede og informere foreldrene til å opprettholde tilnærmet de samme rutinene og grensene som ellers. Grensene bidrar til økt trygghet fordi barnet gjenkjenner situasjonen og merker at noe er som før (12).

Tveiten (1998) henviser til nyere forskning som viser at et traumatisk sykehusopphold som innebærer atskillelse fra foreldre kan gi symptomer hos barnet i tiden etter sykehusoppholdet. Sykepleier bør på en konstruktiv måte informere foreldrene om at en av dem bør være hos barnet hele tiden. Hvis de trenger pause behøver de bare si ifra til sykepleier, og hun vil ta seg av barnet. Å gi foreldrene inntrykk av at sykepleier er til å stole på er således viktig. Jeg mener det derfor blir viktig å oppnå et menneske-til-menneske-forhold til foreldrene på lik linje som til barnet. Foreldrene er ofte de som kjenner barnet sitt best, og det er viktig å ikke fornærme dem eller "trække dem på tærne". Det blir en fin balansegang når sykepleier og foreldre skal ta seg av barnet og utfylle hverandres roller (6). Her blir det viktig å prate med foreldrene, og understreke at foreldrene uansett er barnets viktigste omsorgspersoner, men at sykepleier vil bistå og bruke sine kunnskaper for at oppholdet skal bli en mest mulig positiv opplevelse for barnet.

## **5.2 Barneavdelingens utforming kan ha betydning for barnets opplevelse av sykehusoppholdet**

Mye på barneavdelingen kan være nytt for barnet. Enhver ytre hendelse som individet ikke har erfaring med, og som dermed krever en uvanlig innsats for å mestre, er stress (1). Ifølge Travelbee (1999) gir møtet med sykdom og lidelse mennesket en spesiell anledning til personlig vekst og utvikling. Dersom stress- og kriseopplevelser skal gi vekst, må barnets mestringsevne stå i forhold til de kravene barnet møter (12). Sykepleier bør derfor

inneha kunnskaper om stressutløsende faktorer slik at hun kan fjerne eller reduseres disse. Hun bør også inneha kunnskaper om hvilke faktorer som bidrar til at barnet får et positivt inntrykk av sykehuset. Barnets personlige tolkning av en situasjon eller en tilstand er medbestemmende for om situasjonen skal utløse følelser og eventuelt også hvilke følelser (1).

Barnet er ifølge Piaget sterkt bundet til visuelle inntrykk (1). Førsteintrykket av sykehuset er med andre ord avhengig av mer enn hvordan sykepleier tar imot barnet. Varme og glade farger på veggene og personalets tøy kan få barneavdelingen til å framtre som et vennlig og hyggelig sted (6). Studiet som ble gjort i Texas forteller også at bilder med naturmotive i dempede farger hadde en viss formildende virkning på barnets stressnivå (16). Sykepleier må vite hva som kan gjøres for at avdelingen skal gi et godt førsteinntrykk. Jeg mener det er sykepleierens ansvar at arbeidsplassen hennes framstår som et innbydende og trivelig sted for barna som kommer. Kvalitet på sykepleietilbudet vil si sykepleiernes kompetanse, tilgjengelige ressurser og organisering av sykepleien (12).

Selv om barnets forestillingsverden og personlige vurdering av enhver situasjon er avhengig av tidligere erfaringer, er den også avhengig av spesielle kjennetegn i den aktuelle situasjonen (1). Slik jeg ser det er utseendet til avdelingen et slikt kjennetegn, og det blir sykepleier sin oppgave at avdelingen ”sier” noe positivt til barna. Barneavdelingen kan på denne måten være en del av kommunikasjonen sykepleier benytter seg av når hun skal arbeide for at sykehusoppholdet blir en positiv opplevelse for barnet. Den kan brukes som et hjelpemiddel når sykepleier samhandler med barnet, og det uten at barnet nødvendigvis er klar over det. Utseendet til barneavdelingen kan derfor sies å være en form for non-verbal kommunikasjon, noe både Travelbee (1999) og Tveiten (1998) mener at barn på 4-6 år er spesielt mottakelige for. Selv om denne typen kommunikasjon ikke gir en konkret beskjed, kan den være kilde for velvilje og positive følelser hos barnet, og dermed ha et budskap. Sykepleier kan også forme denne ”følelseskilden” på den måten hun ønsker, og hun bør utnytte dette terapeutisk.

Egen erfaring tilsier at barnet anser barnestua på voksenavdelingen som det tryggeste rommet. Dette kan være fordi rommet er innredet med mange leker og fine farger, og dessuten fordi det er jevnaldrende å leke med. De fleste barna på barnestua var etter min erfaring i førskolealder, og dette kan være positivt ettersom de da viser interesse for

samme type lek. Fra 2- til 6-årsalderen dominerer symbollek, late-som-lek, rollelek og fantasilek (6). Barna liker også bokstavrim, regler og skapende virksomhet som å tegne, tre perler, veve og lage ting (6). Sykepleier kan ta initiativ til at barnet utfolder seg i lek, enten alene eller med andre. Jeg kan tenke meg at barnet får mye utløp for tanker og følelser i lek med medpasienter. Siden leken ofte foregår ”på liksom”, skaper den også avstand til og ufarliggjør følelser og opplevelser som er skremmende å forholde seg til i virkeligheten (6). Derfor mener jeg sykepleier kan anse barnets medpasienter som viktige ressurser. Det kan hende at barna ubevisst hjelper hverandre med å mestre situasjonen, og at sykepleiers viktigste oppgave blir å igangsette leken. Barnet går inn i et samspill med andre i leken, det kommer i kontakt med gjenstander og mennesker, og lærer verden å kjenne (12).

Det er viktig at sykepleier kjenner til betydningen av samspill og legger til rette for samspill mellom barn og foreldre ettersom dette kan bli påvirket av sykehusinnleggelsen (12). Sykepleier kan vise initiativ ved å igangsette en hobbyvirksomhet eller et spill med barnet, og derved overføre dette initiativet videre til foreldrene. Lekerom og arealer på avdelingen er viktige faktorer for barns trivsel (6). Sykepleier kan vise barnet og foreldrene hvordan disse arealene kan benyttes, samtidig som hun forsikrer dem om at det er lov å utfolde seg i lek på avdelingen. Barn har behov for å leke for å utvikle seg mentalt, emosjonelt, sosialt og fysisk (8). På barneavdelingen må man benytte seg av de midlene man har, og det er viktig med engasjement, oppfinnsomhet og kreativitet (6). Dette kan bidra til en god atmosfære, i tillegg til at behovet for lek blir ivaretatt. Å ta initiativ er viktig for at sykepleieren skal få barnet til å prate, og dermed opprette kontakt og etablere tillit (12). Sykepleiers oppfinnsomhet og evne til å ta initiativ tror jeg også kan påvirke hele miljøet på avdelingen og bidra til at kollegaer får samme ønske om å gi god sykepleie til barnet. Egen erfaring tilsier at sykepleierne på avdelingen lot barna benytte seg av alle areal. De responderte positivt til barna som var kontaktsøkende, og tok de med på kjøkken og personalrom slik at de kunne kose seg med is eller prate med sykepleierne. Det samme gjorde de da foreldrene forlot avdelingen for en liten stund. Dette tror jeg er viktig for humør og tillitsforhold, både hos barn og sykepleier.

Studiet som ble utført med de spesialtrente klovnene konkluderte med at den stressreducerende effekten av klovnene var størst i første del av sykehusoppholdet (13). Klovnene benyttet seg av ulike triks og avledningsmanøvrer for å få pasientene sin oppmerksomhet, og dette kan man benytte seg av på ei barneavdeling. Om det er vanskelig

å skaffe slike klovner på grunn av økonomi eller prioritering av andre midler kan man enkelt gjenskape noe lignende ved å bruke en klovnenese når man samhandler med barnet. Det blir viktig å bruke seg selv terapeutisk (9). Travelbee (1999) skriver at jo mer kreativ, kunnskapsrik og dyktig hun er, desto bedre er hun i stand til å øse av den kraften og styrken som ligger i kommunikasjon. Jeg tror sykepleier med andre ord kan komme langt ved å "tørre" å bruke seg selv. Hun kan prøve seg fram og finne ut hva som appellerer til barnet, og bygge videre på dette.

### **5.3 Kommunikasjon med barnet på barnets premisser**

Den siste fasen i etableringen av et menneske-til-menneske-forhold er en nær og gjensidig forståelse mellom pasient og sykepleier (9). Sykepleier bør derfor strebe etter å kommunisere med barnet på barnets premisser. Sykepleie tilpasset barnas egne behov kan forebygge traumer og forsinket vekst/utvikling (6). For å kunne gi denne sykepleien blir det viktig at barnet stoler på sykepleier. God kommunikasjon er som kjent nøkkelen til å skape tillitsforhold til barn (6,9). Jeg vil også si at tillitsforholdet kan bli nøkkelen til god kommunikasjon mellom sykepleier og barnet. En pasient får ifølge Travelbee (1999) sterk tillit til en sykepleier som gjennom sine handlinger viser seg som en pasienten kan stole på. Derfor er det viktig at sykepleier er ærlig gjennom kommunikasjonen og ikke bryter avtaler med barnet, som kanskje forstår lite rundt innleggelsen og som ofte er avhengig av sine omsorgspersoner for å få dekt sine grunnleggende behov.

På grunn av den gode relasjonen som sykepleier vil bestrebe seg på å oppnå med barnet, mener jeg det er viktig at barnet og dets foreldre har en primærsykepleier som de kan forholde seg til. Omsorg, kontakt, stimulering og regelmessighet er en viktig basis for utviklingen til barnet (6). På denne måten kan tillitsforholdet og tryggheten vedlikeholdes, og god sykepleie og kommunikasjon sikres ved at sykepleier kjenner pasienten sin godt og vet hva akkurat *dette* barnet behøver. Egen erfaring tilsier at dette er lettere å gjennomføre når pasienten har fått innleggelsesdøgn.

De fleste som står foran et kirurgisk inngrep vil ifølge Travelbee (1999) ha et stort behov for informasjon i tillegg til behovet for trygghet. Barnet har krav på tilpasset informasjon når det er innlagt (8). Jeg har selv erfart at sykepleierne på avdelingen i hovedsak kartla



foreldrenes behov for trygghet og informasjon, og ikke barnets. Kommunikasjonen foregikk som oftest langt over barnets hode. Selv om barna ble informert om hva som skulle skje på operasjonsstua med hjelp av en anestesisykepleier og en bamse, fikk jeg ikke inntrykk av at sykepleierne på avdelingen kommuniserte terapeutisk med barnet på barnets prinsipper. Dette tror jeg kommer av manglende kunnskap om barnesykepleie, samt lite tid til hver pasient. Kunnskap om normal vekst og utvikling er basiskunnskap i pediatrik sykepleie. Det er nødvendig for å opprettholde tillitsforhold til og kommunisere med barn på deres premisser (6). Stress og lite ressurser på en voksenavdeling kan derfor sies å berøre pasientene på barnestua i høy grad. Etter min erfaring bar likevel sykepleierne preg av vennlighet og imøtekommenhet, og stemningen på barnestua var god. Å ta vare på foreldrene er indirekte å ta vare på barnet ettersom foreldre er en ressurs i forhold til sitt barn (6). Jeg mener at sykepleier i noen tilfeller kan be foreldrene om å videreformidle informasjon til barnet ettersom foreldrene kjenner barnet best. Det kan likevel tenkes at foreldrene blir ilagt større ansvar for barnet enn det som er optimalt i forhold til teorien om at rollene til foreldrene og sykepleier er komplementære og utfyller hverandre (6).

Barnets språk er ofte lite utviklet, og den kognitive kapasiteten reduseres i pressede situasjoner (6). De kommuniserer best, forstår lettest og nås enklest når ord og handlinger kombineres (6,12). Nettopp derfor kan bamsen til barnet være et godt utgangspunkt når sykepleier skal informere og samtale med barnet. På denne måten tilpasses informasjonen til barnets individuelle forutsetninger. Bruk av hjelpemidler i samtalsituasjoner skaper distanse til og gjør det lettere å snakke om opplevelser og følelser (6). Travelbee (1999) nevner at non-verbal kommunikasjon kan være overføring ved hjelp av tegn eller symboler; bilder, musikk, dans og mime. I 4-årsalderen er skapende virksomhet svært populært (6). Dette kan også være et godt utgangspunkt for en samtale. Sykepleier kan be barnet om å lage en tegning av livet på sykehuset. Deretter kan sykepleier bruke sine kunnskaper til å tolke budskapet i denne tegningen, samt be barnet fortelle litt om tegningen selv. Det kan virke mot sin hensikt hvis barnet føler at det presses til å prate (6). Jeg tror at en avslappet og vennlig innstilt sykepleier vil komme langt med kommunikasjonen med barnet.

Barn har kort oppmerksomhetstid, og de kan lett bli forstyrret hvis rommet er fullt av leker eller andre synsinntrykk (6). Sykepleier må derfor være flink til å ta med barnet og foreldrene til et rom hvor sjansen for avbrytelser er liten når hun skal snakke med dem.

Hun bør også passe på at samtalene blir nokså kortvarige. Barnet kan både se oppmerksomt ut uten å høre etter, og motsatt, se ukonsentrert ut, leke og lytte intenst (6). Derfor tror jeg sykepleier godt kan la barnet leke eller gjøre som det vil under samtalen. Når barnet lytter på sine egne premisser vil stemningen bli bedre, og dette kan ha positiv betydning for barnets oppfattelse av informasjonen (12).

Hvis barnet er villig til å fortelle kan sykepleier dreie samtalen inn på hvilke tidligere erfaringer det har med sykehus, og om hvilke forventninger det har til dette oppholdet. Ifølge Travelbee (1999) bør det også kartlegges hvilket angstnivå og informasjonsbehov barnet har. Barnets fantasi, egosentrisitet, bruk av animisme og begrensede evne til å se sammenheng mellom virkning og årsak kan være en kilde til mange misoppfatninger (6). Ved å følge barnets utspill og la barnet bestemme innholdet i samtalen kan man se hva det er opptatt av (6). Sykepleier kan på denne måten berolige ved å avklare misoppfatninger. Jeg mener det er veldig viktig at sykepleier er klar over denne spesielle tenkningen til barnet ettersom den kan få barnet livredd i løpet av sekunder, og det uten at de voksne alltid legger merke til det. Barnet har kanskje kun hørt om slanger i forbindelse med pytonslangene på tv, og vil automatisk tenke på disse farlige skapningene når sykepleier nevner infusjonsslangen. Ved sykehusinnleggelse fratras barnet deler av sin vanlige medbestemmelsesrett, samtidig som stressnivået stiger til langt over det normale (6). Jo mer uhåndterlige situasjonene blir for barnet, desto mer kan den kognitive kapasiteten svikte, og desto flere misoppfatninger tror jeg vil oppstå.

Informasjonen som barnet gir vil ikke alltid være tilstrekkelig. Jeg tror foreldrene blir en viktig kilde og de kan gi mye verdifull informasjon. I tiden før sykehusoppholdet er det ikke utenkelig at barnet har gitt uttrykk for mange tanker og redsler om den forestående hendelsen. Dette mener jeg sykepleier bør ta tak i. Helhetsperspektivet er viktig, og barn og foreldres stressnivå stiger og synker i samme takt (6). Sykepleier bør finne ut hvordan foreldrene opplever situasjonen. Undersøkelsen som ble gjort i Brighton viser at foreldrene som fikk videoinformasjon opplevde at stressnivået og informasjonsbehovet var mindre enn hos foreldrene som ikke mottok slik informasjon (17). Undersøkelsen viste også at stressnivået sank hos foreldrene i kontrollgruppen, som mottok skriftlig og verbal informasjon preoperativt (17). Dette viser at en detaljert beskrivelse av et preoperativt forløp kan bidra positivt på angstnivået hos foreldre. Trygge foreldre gir trygge barn (6). Det kan tenkes at også barnet vil respondere positivt til slik videoinformasjon. Men i

hovedsak viser dette at godt informerte foreldre kan bidra til et positivt sykehusopphold for barnet.

Travelbee (1999) skriver at et kirurgisk inngrep er mer enn en prosedyre, det er også en menneskelig erfaring. Jeg tror at god kommunikasjon er svært viktig for at barnet skal kunne vokse på denne erfaringen og for at det skal få positive minner fra sykehusoppholdet. Kommunikasjon er en forutsetning for å forberede, informere og hjelpe barn og foreldre til å bearbeide opplevelser som følge av sykdom og sykehusopphold (6).

#### **5.4 Samspill med barnet under prosedyrer og behandling**

Barnet kan ifølge Tveiten (1998) føle seg truet under en sykehusinnleggelse. Det må vanligvis tas blodprøve og legges inn veneflon forut for en operasjon. Dette er prosedyrer som kan være ubehagelige for barnet i en allerede truet situasjon. Kunsten blir å gjennomføre dette slik at barnet ikke får skrekken for hverken sykehus eller nålstikk. Jeg mener prosedyrene optimalt sett bør bli en opplevelse hvor barnet i ettertid husker at det fikk ros. De kan således være avgjørende for om barnet får et positivt sykehusopphold. Tillitsforholdet mellom barnet og sykepleier blir satt på prøve. Med bakgrunn i at en pasient ifølge Travelbee (1999) får sterk tillit til en sykepleier som gjennom sine handlinger viser seg som en pasienten kan stole på, bør kanskje sykepleier unngå å være den som påfører barnet smerte. Det tror jeg fort kan sette en sperre for videre utvikling i menneske-til-menneske-forholdet mellom barnet og sykepleier.

Egen erfaring tilsier at blodprøvene blir tatt av bioingeniører, og at veneflonen først blir innlagt når barnet kommer til anestesivdelingen før operasjonen. Jeg tror den beste løsningen er å la fagpersoner utenfor avdelingen foreta disse prosedyrene. Sykepleier kan heller være tilstede og gjøre det hun kan for å avlede barnet. Forskning viser at avledning og distraksjon virker positivt i ubehagelige situasjoner for barnet (6,13,15,16). Jeg mener at løsningen med bioingeniørene som kommer på avdelingen og tar blodprøvene er den beste når man tar tillitsforholdet mellom sykepleier og barnet i betraktning. Samtidig tror jeg at barnet fort blir skremt av flere fremmede på en gang. Fremmede voksne virker lett truende på barn, spesielt i situasjoner hvor alt er nytt og fremmed (6). Innleggelsen av veneflonen skjer samtidig som barnet møter mange nye fremmede på anestesivdelingen.

Innledningen av narkose er en stressende situasjon for barn (4,13,14). Derfor tror jeg det er en god løsning at en anestesisykepleier kommer opp på barneavdelingen og legger inn veneflonen, og gjerne en anestesisykepleier som skal være med på operasjonen. På denne måten får barnet anledning til å bli litt kjent med en av de som skal være hos det på operasjonsstua. Forståelsen for menneskelig atferd og evnen til å forutse både egen og andres atferd er sykepleiers kunnskapsområde (9). Det blir opp til sykepleier å avgjøre hvem som skal utføre prosedyrene ettersom hun kjenner barnet godt nok i denne fasen til å forutse hva som er best for barnet.

Å ha en viss kontroll over forløpet av en stressutløsende hendelse synes også å redusere stressnivået (1). Barnet trenger en detaljert beskrivelse av hvordan ting vil oppleves via sansene (6). Bamsen og late-som-lek kan også her bidra til at barnet får en god innsikt i hva som venter (6). Barnet kan møte vanskelige situasjoner ved først å ha opplevd dette gjennom bamsen. Barnet går inn i et samspill med andre i leken, det kommer i kontakt med gjenstander og mennesker og lærer verden å kjenne (12). Sykepleier kan vise nøyaktig hva som skal skje, eksempelvis når barnet får innlagt veneflon, og hun kan gjøre det på bamsen først. Hun må fortelle ærlig og åpent om hvordan dette vil kjennes ut for barnet. Å være direkte og åpen er viktig for at barnet skal merke at det respekteres og blir tatt på alvor (12). Samtidig viser sykepleier at hun er til å stole på. Sykepleier kan også la barnet delta ved å la det leke doktor, mens hun er pasient. Intellektuell forståelse av hendelser er trygghetsskapende fordi det gir forutsigbarhet og kontroll (6).

Læring og utvikling av intellektuelle ferdigheter fremmes av et godt læringsmiljø (6). Det kan være lurt å la barnet få delta i det som er mulig, for eksempel få holde utstyr og hjelpe til. Slik tror jeg barnet kan føle seg nyttig. Barnet forberedes på det som skal skje ved å leke med aktuelle instrumenter og prosedyrer (12). Sykepleier kan også la barnet ta valg innenfor gitte rammer. Det kan få velge hvilken farge eller hvilket motiv plasteret eller bandasjen skal ha. Når retten til selvbestemmelse respekteres, føler de seg verdsatt (6). Et godt samspill kjennetegnes av at barnet får ros og anerkjennelse for det som det klarer å gjøre (12). Dette tror jeg bidrar til en god og avslappet stemning. Det er også lurt å gjennomføre disse prosedyrene på nøytrale rom, og ikke på pasientrommet. Sengen og lekerommet bør være ”trygge områder” hvor det ikke utføres vonde eller ubehagelige undersøkelser (6).

Lek brukes som en avledningsteknikk ved gjennomføring av prosedyrer og undersøkelser (6). Resultatene fra studiet på Anna Meyer Pediatric Hospital i Italia viser at barna som ble underholdt av en musiker mens de fikk sprøytestikk viste et merkbart lavere stressnivå enn barna som kun hadde sine foreldre som støtte (15). Her kan sykepleier bidra mye, med alt fra såpebobler til kløvnese eller sang. Alt må tilpasses barnets alder og modenhet. Jo mer engasjert barnet blir i avledningen, desto mindre av smerten tror jeg det vil merke. Jeg mener det er viktig at barn lærer seg at enkelte situasjoner er unngåelige, og at smerte av og til er en del av livet. Samtidig er barns evne til å skape orden og mening i tilværelsen begrenset av deres intellektuelle umodenhet (6). Derfor kan det være viktig at sykepleier kompensere litt for denne umodenheten ved at hun fjerner litt av presset rundt en vanskelig situasjon. Sykepleiers rolle kan også her være avgjørende for barnets opplevelse av sykepleieoppholdet.

### **5.5 Samspill med barnet i tiden rett før operasjon**

Forberedelse kan redusere stressopplevelsen og styrke barnets kapasitet til mestring (12). Godt forberedte pasienter trenger også mindre smertestillende medisin (6). Derimot kan understimulering være et resultat av at barnets egne signaler ikke oppfattes, mottas og svares på (12). Her blir det viktig at sykepleier ser og tolker barnets tilstand. Hun må forsikre seg om at barnet skjønner hva som foregår. Intellektuell forståelse av hendelser er trygghetsskapende fordi det gir forutsigbarhet og kontroll (6).

Når sykepleier føler at barnet er godt nok forberedt, mener jeg at hun bør avlede barnet. Avledning bidrar til å fjerne litt av presset i den preoperasjonelle perioden (13,14,16). Igjen kan lek være et godt alternativ. Lek reduserer stress og gir mestringsopplevelse i uoversiktlige og krevende situasjoner (6). Den reflekterer et barns måte å se verden på og er en innfallsport til å forstå deres virkelighet (6). Jeg mener sykepleier bør kjenne barnet godt nok i denne fasen til å se om barnet trives i leken eller ikke, og om det er lek barnet behøver. Egen erfaring tilsier at barn er tydelige i kroppsspråket sitt, og at man raskt ser om det er litt trett eller full av energi. Sykepleier må likevel ikke forveksle tretthet og slapphet med apati og klamring til foreldre, noe som kan være et uttrykk for angst og utrygghet (12). Aggressivitet og urolighet kan også være en reaksjon på stress (2). Jeg

mener dette er tegn på at barnet er overstimulert og trenger skjerming fra enda flere stressutløsende faktorer.

I innledningen i dette kapitlet skrev jeg at sykehusinnleggelse kan redusere barnets evne til å motta budskap, og dersom voksne ikke oppfatter dette kan barnet bli overstimulert (12). I tiden rett før narkoseinnledningen vil jeg tro at mange barn er overstimulerte. Forskning viser at innledning av narkose er en av de mest stressfylte situasjoner hos barn som skal til et kirurgisk inngrep (4,13). Det kan tenkes at barnet blir mindre mottakelige for samspill og kommunikasjon jo nærmere operasjonen det kommer. Sykepleierens ansvar i forhold til stress hos barn innebærer å redusere stress eller krav fra omgivelsene som barnet ikke kan mestre (12). Barnet vil i enkelte tilfeller vurdere omgivelsene som så belastende at ressursene ikke strekker til og dermed truer ens tilpasning (1). Travelbee (1999) skriver om viktigheten av å forstå menneskelig atferd og evnen til å forutse både egen og andres atferd (9). Jeg mener sykepleier av og til bør ta avgjørelser på vegne av barnet. Sykepleier kan komme fram til at det ikke er samspill med andre mennesker barnet trenger akkurat nå. Slike avgjørelser forutsetter at sykepleieren har et ønske om å hjelpe og har de kunnskaper og ferdigheter som skal til for å iverksette sykepleietiltak i samsvar med pasientens behov (9). For å lykkes med dette tror jeg også det viktig at siste fasen i menneske-til-menneske-forholdet er nådd.

I mange tilfeller tror jeg det blir viktig at barnet får noe annet å tenke på. Videospill kan lett tilbys til de innlagte barna ettersom disse distraherer barna godt (14). Selv om disse spillene ikke krever samspill med andre mennesker, vil barna bli ”oppslukte” på grunn av den kognitive og motoriske aktiviteten som kreves i et slikt spill (14). Dette kan bli særdeles viktig for at barnet skal føle det mestrer situasjonen, samtidig som det får en liten pause fra Alvoret. Siden spillet foregår ”på likksom”, skaper det avstand til følelser og opplevelser som er skremmende å forholde seg til i virkeligheten (6).

Selv om tiden rett før innledningen av narkose ofte medfører stress, er det ikke sikkert barnet husker så mye av denne perioden når det i ettertid tenker tilbake på sykehusoppholdet. Å ha foreldrene tilgjengelig til enhver tid tror jeg blir svært viktig for at barnet skal føle seg trygt. Ifølge Tveiten (1998) er tidligere erfaringer med sykehus, delaktighet fra foreldrene, sykdommens art og kvaliteten på sykepleietilbudet i avdelingen faktorer som vil påvirke reaksjonene på innleggelsen. Hvis barnet føler at situasjonen

mestres, med eller uten sykepleiers hjelp, tror jeg det heller kan se tilbake på sykehusoppholdet som en positiv erfaring. Møtet med sykdom og lidelse gir mennesket en spesiell anledning til personlig vekst og utvikling, ettersom mennesket har en tilbøyelighet og en evne til å søke etter mening i denne sammenheng (9).

## 6.0 KONKLUSJON

Sykepleier må hjelpe barnet med å mestre sykehusopplevelsen. Hvis sykehusoppholdet medfører stress i et omfang som barnet takler, representerer det en utviklingsmulighet der barnet lærer og opplever å mestre nye situasjoner. Målet med sykepleien i den preoperative fasen er å bruke samspill for å redusere stress og ubehag, samt skape mening og forutsigbarhet slik at barnet vet hva det kan forvente. God kommunikasjon er viktig for å skape et tillitsforhold mellom barnet og sykepleier, men også for å kunne informere og gi fullverdig omsorg. Tillitsforholdet og førsteinntrykket av sykepleier og barneavdelingen kan ha en avgjørende betydning for barnets opplevelse av sykehusoppholdet.

Sykepleiers personlighet og væremåte har mye å si for hvordan barnet føler seg mottatt på avdelingen. Kreativitet, oppfinnsomhet og evne til å ta initiativ må være en viktig faktor i barnesykepleien. Sykepleier må være klar over kommunikasjonens ulike sider, og hvordan disse kan benyttes terapeutisk. Barnet vil ikke alltid være klar over kommunikasjonen som sykepleier bruker. Det blir viktig med en god og avslappet stemning for at barnet skal involvere seg i samspill med omgivelsene. Kommunikasjon gjennom lek kan hjelpe førskolebarnet å kommunisere og skaffe den hjelpen det trenger, og det kan gi sykepleier innblikk i hvordan barnet har det. Å kommunisere med barnet på barnets premisser blir viktig, samt arbeidet med å gi sykepleie tilpasset barnets individuelle forutsetninger. Det er også viktig at foreldre er godt informerte og trygge ettersom barna blir påvirket av foreldrene. Alt dette kan bidra til fornøyde barn og foreldre fra første stund, noe som igjen vil bidra til at barnet sitter igjen med et positivt inntrykk av sykehusoppholdet.



## **7.0 EVALUERING AV EGET ARBEID**

Nå har jeg arbeidet med denne avsluttende eksamen i sykepleie i lang tid. Jeg synes jeg har arbeidet strukturert og systematisk fra første stund. Mesteparten av arbeidet har gått til å skaffe relevant og god teori, og å få denne ned på papiret. Etter at arbeidet med forskningsartiklene var ferdig, følte jeg at jeg var godt i rute med oppgaven. Jeg synes jeg har planlagt tiden godt, og derfor har også motivasjonen til å skrive vært på topp. Resultatet er jeg godt fornøyd med.

Jeg valgte et tema som interesserer meg veldig. Etter å ha skrevet denne oppgaven har interessen vokst, og min økte kunnskap om barnesykepleie er motiverende når jeg skal vurdere hvilken videreutdanning jeg skal ta. Samtidig valgte jeg et litt generelt tema innenfor barnesykepleie som jeg tror jeg kan få bruk for på mange ulike avdelinger på et sykehus; enten barnet er pårørende eller pasient.

Jeg vil rette en takk til veileder for gode og konstruktive tilbakemeldinger underveis, samt til personalet på biblioteket som har vært behjelpelig med å bestille forskningsartikler og annen faglitteratur.

## LITTERATURLISTE

(Selvvalgt litteratur merket med \*)

(1) Bunkholdt, Vigdis (2002): *Psykologi. En innføring for helse- og sosialarbeidere*. 2.utg. Universitetsforlaget.

(2)\* Bondesen, Anne og Jørgensen, Gitte (red.)(2005): *Børn og unge: sundheds- og sygepleje*. Munksgaard Danmark.

(3) Dalland, Olav (2007): *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 4. utg. Gyldendal Akademisk.

(4)\* Eckhoff, E. (2009): *Informasjon til foreldre: Dag-kirurgisk inngrep med narkose*. Inspira: Tidsskrift for Anestesi- og Intensivsykepleiere 2009; (1):14-5

(5) Eide, Hilde og Eide, Tom (2000): *Kommunikasjon i relasjoner*. Gyldendal Akademisk

(6)\* Grønseth, Randi og Markestad, Trond (1998): *Pediatrici og pediatriisk sykepleie*. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

(7) Høgskolen i Molde (2008): *Fagplan*

(8)\* Johannessen, Kristine B. (2004): *Lek på alvor*. Sykepleien nr 17/2004. Tilgjengelig fra <http://www.sykepleien.no/article.php?articleID=1072&categoryID=24>

(9) Kristoffersen, Nina Jahren (1996): *Teoretiske modeller i sykepleie*. I Kristoffersen, Nina Jahren (red.), *Generell sykepleie bind 1. Fag og yrke – utvikling, verdier og kunnskap*. Universitetsforlaget AS.

(10) Nordtvedt, M; Jamtvedt, G; Graverholt, B. og Reinar, L. (2007): *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere*. Norsk Sykepleierforbund. Bryne Offset AS.

(11) Travelbee, Joyce (1999): *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Universitetsforlaget AS.

(12) Tveiten, Sidsel (1998): *Barnesykepleie*. Gyldendal Norsk Gyldendal AS.

### **Forskningsartikler**

(13)\* Golan, G; Tighe, P; Dobija, N; Perel, A. og Keidan, I. (2009): *Clowns for the prevention of preoperative anxiety in children: a randomized controlled trial*. Pediatric Anesthesia 19: 162-266. USA og Israel

(14)\* Patel, A; Schieble T; Davidson, M; Minh, T; Schoenberg, C; Ellise, D. og Bennett, H. (2006): *Distraction with a hand-held video game reduces pediatric preoperative anxiety*. Pediatric Anesthesia 16: 1019-1027. USA

(15)\* Caprilli, S; Anastasi, F; Grotto, R; Abeti, M. og Messeri, A. (2007): *Interactive music as a treatment for pain and stress in children during venipuncture: a randomized prospective study*. J Dev Behav Pediatr 28: 399-403. Italia

(16)\* Eisen, S; Ulrich, R; Shepley, M; Varni, J; og Sherman, S. (2008): *The stress-reducing effects of art in pediatric health care: art preferences of healthy children and hospitalized children*. Journal of Child Health Care 12: 173-190. USA

(17)\* McEwen, A; Moorthy, C; Quantock, C; Rose, H. og Kavanagh, R. (2007): *The effect of videotaped preoperative information on parental anxiety during anesthesia induction for elective pediatric procedures*. Pediatric Anesthesia 17: 534-539. Storbritannia