



# Bacheloroppgave

**SAE00 Sykepleie**

**Barn på sykehus**

**Children in hospital**

Heidi Rødal

Eric G. dePano

Totalt antall sider inkludert forsiden: 51

Molde, 07.05.10



# Publiseringsavtale

**Tittel på norsk: Barn på sykehus**

**Tittel på engelsk: Children in hospital**

**Forfatter(e): Heidi Rødal og Eric G. dePano**

**Fagkode: SAE00 Sykepleie**

**Studiepoeng: 15**

**Årstall: 2010**

**Veileder: Ingeborg Ulvund og Elin Mordal**

## 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.

Oppgaver 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: 07.05.10**

**Antall ord 11 443**

### **Sammendrag**

**Bakgrunn:** 89,519 barn i Norge ble innlagt på sykehus i 2008. Barn har andre behov en voksne, det vil kreves kunnskaper for å ivareta sykepleierens funksjon til denne pasientgruppen. Kunnskap om barns opplevelse gir oss muligheten til å dekke barnets behov for pleie og omsorg.

**Hensikt:** Hensikten med studien var å undersøke hvordan barn opplever å være innlagt på sykehus. Vi vil også undersøke hva sykepleiere kan gjøre for at disse barna skal få et trygt opphold.

**Metode:** Studien er en litteraturstudie. Vi brukte Goodmans sju steg tilpasset, for å systematisk finne vitenskapelig litteratur.

**Resultat:** Barn opplever utrygghet, smerte, mangel på kommunikasjon og informasjon, tap av selvbestemmelse og separasjon fra sitt daglige liv. De synes humor, høflighet og evnen til å gi omsorg er viktige egenskaper hos sykepleier, og de liker å få positive tilbakemeldinger for sin tapperhet under prosedyrer.

**Konklusjon:** Det blir viktig for sykepleiere å skape trygghet, gjennom å vise god faglig kompetanse, vise engasjement til barnet, god tilrettelagt kommunikasjon, tilstrekkelig smertelindring og inkludering av foreldrene.

**Nøkkelord:** Barn, opplevelse, sykehus, sykehusinnleggelse og persepsjoner.

## **Abstract**

**Background:** 89,519 children in Norway were hospitalized in 2008. Children has different needs than adults, it will require other knowledge's to maintain the nurse's function of these patients. Knowledge of children's experience gives us the opportunity to meet the child's need for nursing and care.

**Purpose:** The Purpose of this study was to examine how children experience being hospitalized. We will also examine what nurses can do for these children to have as safe stay.

**Method:** The study is based on the study of literature. We used Goodman's seven steps customized, to systematically identify and examine the scientific literature.

**Results:** Children experienced insecurity, pain, lack of communication and information, loss of self-determination and separation from their daily lives. Children find that humor, courtesy and ability to provide care are important characteristics of a nurse. Children appreciate receiving positive feedback for his bravery during the procedures.

**Conclusion:** It will be important for nurses to create safety, by showing good academic competence, showing commitment to the child, adequate pain relief and inclusion of parents.

**Keywords:** Children, experience, hospital, hospitalization and perception.

# Innhold

<b>1.0 Innledning</b> .....	<b>1</b>
1.1 Barn på sykehus .....	1
1.2 Hensikt og problemstilling .....	2
1.3 Oppgavens oppbygning: .....	2
<b>2.0 Teoribakgrunn</b> .....	<b>3</b>
2.1 Historikk.....	3
2.2 Barn på sykehus .....	4
2.3 Barn 6-12 år.....	6
2.4 Teori om trygghet.....	6
2.5 Utviklingsteori og rettigheter ved sykehusinnleggelse .....	7
2.6 Piagets utviklingsteori .....	7
2.7 Rettigheter .....	8
<b>3.0 Metode</b> .....	<b>10</b>
3.1 Steg 1 - Presisere problemet før søkingen.....	10
3.2 Steg 2 - Presisere inklusjons- og eksklusjonskriterier .....	10
3.3 Steg 3 - Utarbeide plan for litteratursøk.....	11
3.4 Steg 4 - Litteratursøkningen og valg av forskningsartikler.....	12
3.5 Steg 5 – Kvalitetssikre artikler .....	15
3.6 Analyse av funnene .....	15
<b>4.0 Resultat</b> .....	<b>16</b>
4.1 Miljø på sykehuset .....	16
4.2 Sykepleierens kompetanse .....	19
4.3 Kommunikasjon .....	21
4.4 Smerte .....	22
4.5 Foreldre .....	23
<b>5.0 Diskusjon</b> .....	<b>25</b>
5.1 Metodediskusjon .....	25
Studens fremgangsmåte .....	25
Analyse.....	26
5.2 Resultatdiskusjon .....	28
5.2.1 Barnets møte med miljøet på sykehuset.....	28
5.2.2 Barnets opplevelse av sykepleiers kompetanse.....	30
5.2.3 Barnets opplevelse av kommunikasjon.....	33
5.2.4 Barnets smerteopplevelse.....	35
5.2.5 Barnets behov for å ha foreldre tilstede .....	36
<b>6.0 Konklusjon</b> .....	<b>38</b>
<b>Referanseliste</b> .....	<b>39</b>
<b>Vedlegg 1 Artikkel tabell</b> .....	<b>I</b>

## **1.0 Innledning**

### ***1.1 Barn på sykehus***

Grunnen til at vi valgte å skrive om barn på sykehus er at dette var et interessant og viktig tema som er aktuelt for sykepleiere, fordi vi kan møte barn på vanlige voksen avdelinger i tillegg til barneavdelinger. På en barneavdeling vil det være mer fokus på barnesykepleie enn på en voksen avdeling. I 2008 var det 89,519 sykehusinnleggelser blant barn og unge ifølge statistisk sentral byrå. Det blir viktig å ha kunnskap på hvordan vi kan møte disse barna på sykehus, fordi de har helt andre behov enn voksne. I de tre årene vi har gått på sykepleiestudiet har det vært lite fokus på barn på sykehus, og ser derfor at det er behov for mer kunnskap på dette området. Vi ønsker derfor å se nærmere på pensumlitteraturen angående dette temaet for å få et større innblikk i hvordan vi skal møte disse barna når de er innlagt på sykehus.

Barn har et helt annet behov enn voksne når de er innlagte. De har et annet tenkemønster og uttrykker seg annerledes, enn det voksne gjør. Man kan ikke sammenligne deres kognitive, psykiske og psykososiale utvikling på lik linje med voksne, og de har et individuelt tilrettelagt behov for pleie og omsorg. Barn har i tillegg andre rettigheter enn voksne, som er lovbestemt, når de er innlagt på sykehus. Forskrift om barns opphold på sykehus sier blant annet de har samværsrett, rett til informasjon, rett til et tilrettelagt miljø, rett til aktivisering og undervisning (Grønseth og Markestad 2006).

Det vil derfor være viktig å finne ut om hvordan vi kan møte disse barna som er innlagt, og hva vi kan gjøre for å møte deres behov for omsorg. Ved å tilegne oss mer kunnskap om barns perspektiv, opplevelse og behov vil vi være mer forberedt på å møte disse barna som igjen bidrar til å skape en god opplevelse og trygghet for disse barna.

Barna vi valgte å fokusere på var i aldersgruppen 6 – 12 år som var innlagt på sykehus. Grunnen til at vi valgte denne aldersgruppen var at barn i denne alderen har nok kognitiv, psykososial og psykisk utvikling til å forstå hva voksne sier, men de har likevel behov for

forklaring ut i fra deres kognitive utvikling. Vi ekskluderte alvorlig syke barn som var i en terminal fase og akutt innlagte barn i akuttfasen.

## ***1.2 Hensikt og problemstilling***

**Hensikt:** Hensikten med studien var å undersøke hvordan barn opplever å være innlagt på sykehus. Vi ville også undersøke hva sykepleiere kan gjøre for at disse barna skal få et trygt opphold.

For å belyse hensikten vil vi besvare følgende problemstilling:

”Hvordan opplever barn å være innlagt på sykehus?”

## ***1.3 Oppgavens oppbygning:***

Videre i oppgaven kommer vil til å presentere en teoridel som vil belyse problemstillingen. Studien vil ta for seg litt historikk, teori om barn på sykehus, utviklingsteori, lover og forskrifter. Etter teori vil det følge et metodekapittel som vil presentere hvordan vi har jobbet med studien. Vi skal vise hvordan vi har søkt etter litteratur og analysert litteraturen. Vi skal også presentere kildekritikk av vår egen studie. Under kapitel 4 vil vi presentere fem emner som vi mener er viktige funn ut fra 10 forskningsartikler. Diskusjonen kommer under kapitel 5. Der vil vi drøfte litteraturstudiens framgangsmåte under metodediskusjonen og studiens funn under resultatdiskusjonen. Diskusjonen danner grunnlaget til konklusjonen som kommer til slutt.

## **2.0 Teoribakgrunn**

Vi vil nå presentere litt historikk og aktuelle lovverk om hvilke rettigheter barn faktisk har når de blir innlagt på sykehus. I tillegg vil vi presentere litt teori om barn på sykehus, sykepleie til barn og barns utvikling. Vi har forholdt oss etter pensumlitteratur når vi har hentet vår teoribakgrunn. I tillegg brukte vi en review artikkel som teori bakgrunn.

### **2.1 Historikk**

Rundt 1850 ble de første sykehusene for barn i Europa åpnet. På den tiden ble foreldrene oppfordret til å være så mye som mulig på sykehuset sammen med barna, og personalet brukte egne klær og hadde ikke sykehusuniformer (Tveiten 2004).

Mot slutten av 1800-tallet endret dette synet seg, man vurderte da smitterisikoen som stor ved at foreldrene var tilstedet. I tillegg reagerte barna på at foreldrene forlot dem når besøket var over. Barna som ikke hadde besøk roet seg ned fortere, og det ble antatt at disse barna tilpasset seg sykehusmiljøet raskere og bedre. Disse erfaringene førte til at foreldrene ble frarådet å besøke barna sine på sykehuset (Tveiten 2004).

I 1940 årene begynte man å forstå at denne innstillingen om tilpasning til sykehusmiljøet uten besøk av foreldrene, var en reaksjon som ikke var god for barnet. Barna som opplevde atskillelse i forbindelse med sykehusopphold reagerte med å takle atskillelser dårlig, de fikk problemer med å inngå forpliktende forhold til andre mennesker og de følte angst og utrygghet senere i livet etter innleggelsen (Tveiten 2004).

Tidlig forskning viste at atskillelse var usunt for barna. Likevel tok det lang tid før praksis endret seg. Først i 1979 ga Sosialdepartementet forskrifter om barn på sykehus. Disse forskriftene ble revidert i 1988 og da ble trygghets skapende tiltak enda mer lagt vekt på. Disse forskriftene innebar at barnet hadde rett til å ha en av foreldrene med seg når de var innlagte, barnet og foreldrene hadde rett på å få informasjon, foreldrene hadde rett på å få avlastning, og fordelingen av arbeidsoppgaver mellom foreldre og personal (Tveiten 2004).



## ***2.2 Barn på sykehus***

Barn er hele tiden under utvikling og har ut i fra alder og kognitiv utvikling behov for individuell tilrettelegning av omsorg. Sykepleierens kunnskap om utvikling og modning hos barn, er viktig i forhold til sykepleiers behandlende og lindrende funksjoner. Dersom sykepleier har nok kunnskap om barnets utvikling og modning, kan man lettere forstå barnet fra deres perspektiv som igjen kan føre til at vi kan gi god nok omsorg og pleie for barnet. I tillegg kan denne kunnskapen være med på å forebygge traumer og forsinket vekst og utvikling (Grønseth og Markestad 2006).

Dersom man ikke greier å kommunisere med barna på en ordentlig måte, vil dette hemme deres gode opplevelse av å være innlagt. Barnet er avhengig av god kommunikasjon for å kunne skape et tillitsforhold med sykepleieren. For at barnet skal forstå informasjon om hva som skal foregå kreves det at man kommuniserer slik at barnet forstår.

Kunnskap om kommunikasjon med barn blir viktig for å kunne skape et tillitsforhold med barnet. Ved å kunne kommunisere på barnets nivå kan man informere om prosedyrer og svare på barnets spørsmål slik at det forstår hva som skal skje. God kommunikasjon er i tillegg nødvendig for å kunne vurdere og tolke barnets opplevelse av prosedyrer, smerter og inntrykk (Grønseth og Markestad 2006).

Barn ble sett på som umodne og hadde behov for beskyttelse når helsepersonell skulle gi informasjon, på den andre siden hadde barna rett til å bli hørt og rett på å få informasjon. Selv om sykepleiere prøvde å informere barna, ble de avbrutt av foreldrenes innspill som førte til at samtalen ble omdirigert til foreldrene. Både de små og store barna ble rutinemessig utelukket fra diskusjoner og fikk begrenset selvstyre, fordi barna sjelden var inkludert under medisinske konsultasjoner. Barn opplevde mindre optimal kommunikasjon og hadde ofte behov for å få svar på spørsmålene sine. Mange foreldre ventet på klarsignal fra helsepersonell når det var riktig å involvere barna i avgjørelser (Coyne 2008a)

Ved en sykehusinnleggelse kan ukjente og skremmende omgivelser føre til at barn lett blir utrygge. En viktig oppgave for sykepleieren blir å skape trygge rammer for barnet. Kjente rutiner, glede, humor og lek bidrar til trygghet og velvære. Slike tiltak vil være en essensiell del av å skape trygge omgivelser for barnet. I tillegg vet man at foreldrenes tilstedeværelse er både en rettighet og viktig ressurs for å kunne skape trygge omgivelser for barnet (Grønseth og Markestad 2006).

Barn som blir innlagt på sykehus vil gjennomgå undersøkelser, prosedyrer og behandling. Dette kan skape mye engstelse og bekymring. Mange av barna sier at dette er det verste med hele sykehusoppholdet. Ofte er barnet usikker på om det som skje er ufarlig eller smertefullt. For lite informasjon fører til at barnet må hele tiden være i beredskap hele tiden. Smertefulle prosedyrer og undersøkelser er ikke noe barn venner seg til, opplevelsen blir tvert imot mer traumatisk etter hvert (Tveiten 2004).

En av hovedårsakene til at barna blir engstelige, er barnets begrensede forståelse og mangel på kontroll. Dette kan forsterkes av separasjonsangst, ukjente omgivelser og rutiner, og frykt for at kroppen blir skadet eller lemlestet. Tap av barnets selvkontroll ved fysiske restriksjoner, som å bli holdt fast under prosedyrer, kan skape panikk hos barnet. Smerter, ubehag, undersøkelser og behandling kan i tillegg være en trussel mot barnets integritet og selvbilde (Tveiten 2004).

Barnet fratras deler av sin vanlige medbestemmelse ved sykehusinnleggelse. Samtidig stiger stressnivået til langt over det normale. For å ha kontroll over situasjoner, er det viktig å ha muligheten til å kunne påvirke valg og beslutninger angående hva som skal skje med sin egen kropp. Valgene som foretas under en sykehusinnleggelse hos barn foregår under gitte rammer (Tveiten 2004).

### **2.3 Barn 6-12 år**

Det spesielle med barn som er i denne aldergruppen er at de har nedsatt toleranse for stress når foreldrene ikke er til stede. De er fortsatt avhengige av rutiner som for eksempel som ved leggetid. Tidsbegrepet til barna er bedre, og de kan forstå bedre sammenheng og virkning og har større evne til abstrakt tenkning. Selv om barnet har en større forståelse av sykdom kan de fortsatt se på sykdom som straff og få skyldfølelser. Når man kommer i alderen 10-11 år kan de forstå sammenheng mellom sykdom, smerte og behandling og de greier å skille mellom relevante og irrelevante opplysninger. Behovet for mer selvstendighet og føle seg nyttig øker også med alderen. Frykten for å bli skadet på kroppen, miste selvkontrollen, ikke leve opp til forventningene og mislykkes er også særtrekk ved denne aldergruppen. Bekymringer for medpasienter, atskillelse fra søsken og venner, å være annerledes og å henge etter på skolen er i tillegg vanlig for denne alderen (Grønseth og Markestad 2006).

### **2.4 Teori om trygghet**

Fleste barn opplever stress når de blir innlagt på sykehus og dette gir barnet en følelse av utrygghet. Ved å hjelpe barnet til mestring av stress, kan det gi en trygghetsfølelse. Som sykepleier er det viktig å gi trygghets skapende tiltak for barnet. For å gi dette er det viktig å la foreldrene være til stede på sykehuset. Når barnet er innlagt er det en fordel at barnet får en primærsykepleier slik at barnet har få personer å forholde seg til. Om barnet har med seg kjente ting hjemmefra kan det være en trygghetsfølelse for barnet. Dette kan for eksempel være en bamse eller noe annet som barnet føler seg knyttet til. Selv om barnet er innlagt må man prøve å gjøre hverdagen så kjent som mulig. Videre er det viktig å forberede barnet på hva som skal skje. Snakke med barnet om de forskjellige prosedyrene på forhånd og gi følelsemessig støtte. Barn har forskjellige mestringsmekanismer, det barnet velger å bruke må vi støtte. Dersom barn får mer valgfrihet og medbestemmelse føler barnet selv at det er inkluderende i pleien og behandlingen av selve opplevelsen blir tryggere (Grønseth og Markestad 2006).

## ***2.5 Utviklingsteori og rettigheter ved sykehusinnleggelse***

Vi trenger kunnskap om barn på sykehus slik at vi kan vise omsorg, utføre pleie og arbeide på en profesjonell måte som er til det beste for barnet. Vi trenger å vite noe om hvordan barnet reagerer på sykehusinnleggelse, hva slags rettigheter barn har ved sykehusinnleggelse og om barns utvikling.

## ***2.6 Piagets utviklingsteori***

Barnas evne til å skape orden og mening i tilværelsen begrenses av deres intellektuelle umodenhet. Læring og utvikling av intellektuelle ferdigheter skapes av et godt læringsmiljø. Omsorg, kontakt, stimulering og regelmessighet er en viktig basis for utviklingen (Grønseth og Markestad 2006).

Jean Piagets beskriver utviklingen i fire stadier. I stadium tre kommer 6 til 12 år som er den aldersgruppen vi har konsentrert oss om. I dette stadium betegner Piaget som den konkret- operasjonelle fasen. Barnet har nå en tankestruktur som gjør det mulig og bevisst å søke etter, ordne og systematisere informasjon. Barnet er flinkere til å holde oppmerksomheten rundt det barnet holder på med, og det greier å skille mellom relevante og irrelevante opplysninger. Barnet kan nå greie å tenke tilbake, og forestille seg hvordan det var før hendelser inntraff. Etter hvert som den egosentriske tankegangen avtar, kan barnet vurdere ting fra ulike synsvinkler og se flere sider av gjenstander, mennesker og situasjoner. Barnet opererer nå mer på et abstrakt tankemessig plan, og evnen til abstraksjon bedres. Det kan holde fast ved at størrelser, tall og mengde er konstant, uavhengig av hvilken form de presenteres i. Barnet begynner å reflektere over egne tankeprosesser og erfaringer i 9-10 års alder. De vil også da være mer spørrende etter informasjon om det er noe de er usikre på og ikke forstår. De vil også ta kontroll over det å ha forstått informasjonen riktig. Språk og skriveferdigheter gjennomgår en omfattende utvikling (Grønseth og Markestad 2006).

## **2.7 Rettigheter**

Når barn legges inn på sykehus er det en del lover og forskrifter som gjelder. I denne sammenhengen er hensikten med disse lovene og forskriftene å legge til rette for at barnets rettigheter, vekst og utvikling ivaretas og at sykdom og sykehusinnleggelse blir minst mulig belastende (Tveiten (2004).

### **Rett til et tilrettelagt miljø for barn på sykehus**

Ifølge forskrift om barns opphold i helseinstitusjon kapittel 1. Generelt, skal det være av medisinske grunner for at barnet legges inn på sykehus. Barnet skal tas hånd om fortrinnsvis av det samme personalet under oppholdet. Personalet må ha kunnskap om barns utvikling og behov, og informere og veilede foreldre om barns mulige reaksjoner i forbindelse med sykdom og sykehusoppholdet (Grønseth og Markestad 2006).

### **Samværsrett**

Ifølge forskrift om barns opphold i helseinstitusjon kapittel 2. Samværsrett for foreldre, Barn har rett til å ha minst en omsorgsperson hos seg under hele sykehusoppholdet. Bare ved alvorlige og livstruende sykdom kan begge foreldrene være hos barnet. Barnet kan også ha med seg en omsorgsperson under behandlingen, om det ikke kommer til hinder for behandlingen. Personalet skal avklare hvilke oppgaver foreldrene ønsker å gjøre selv når de er hos barnet og personalet må avlaste foreldrene ved behov (Grønseth og Markestad 2006).

### **Rett til aktivisering og undervisning**

Ifølge forskrift om barns opphold i helseinstitusjon kapittel 4. Aktivisering/undervisning, skal barn aktiviseres og stimuleres dersom helsetilstanden tillater det. Det skal være avsatt egnet areal og tilstrekkelig utstyr til undervisning, aktivisering og stimulering på ulike alderstrinn. Barn som går på skole har rett til undervisning på sykehuset. Det må være en førskolelærer som leder den pedagogiske virksomheten (Grønseth og Markestad 2006).

### **Rett til informasjon**

Ifølge pasientrettighetsloven kapittel 3. Rett til medvirkning og informasjon, har barn og foreldre rett til informasjon om barnets tilstand, behandling og hva som skal skje under sykehusoppholdet. Fra de er 12 år, har de rett til å bli hørt når det gjelder deres egen helse og behandling. For at den retten skal være reel, må informasjonen være tilpasset alder og modenhet. Når barn blir utskrevet fra sykehus og må ha oppfølging etter utskrivelsen, skal sykehuset i samråd med foreldrene opprette kontakt med det kommunale hjelpeapparatet. Foreldre skal få utdelt forskrifter om barns opphold i helseinstitusjon og samt orienteres om aktuelle interesseorganisasjoner (Grønseth og Markestad 2006).

### **3.0 Metode**

Studien vår var basert på en litteraturstudie. Mulrow og Oxman har definert en systematisk litteratur studie som at den utgår fra et tydelig spørsmål, som besvares systematisk gjennom å identifisere, velge, vurdere og analysere relevant forskning (Forsberg og Wengstrøm 2006).

Vi valgte å bruke Goodman's sju steg tilpasset slik at vi kunne finne og granske forskningsartikler på en oversiktlig måte.

#### ***3.1 Steg 1 - Presisere problemet før søkingen.***

Før vi utarbeidet en problemstilling, gjorde vi et prøvesøk på temaet barn på sykehus. Etter prøvesøket fant vi ut at dette var et stort tema, og at det var mange artikler som omhandlet barn på sykehus. Vi bestemte oss for å konsentrere oss om barns opplevelse av det å være innlagt på sykehus. Barns opplevelse ble viktig å trekke inn i søkene våre etter artikler. Hensikten med studien var å undersøke hvordan barn opplever å være innlagt på sykehus. Vi ville også undersøke hva sykepleiere kan gjøre for at disse barna skal få et trygt opphold.

#### ***3.2 Steg 2 - Presisere inklusjons- og eksklusjonskriterier***

De artiklene som vi valgte å inkludere var først og fremst forsknings artikler som var referee bedømt og kvalitative, ettersom vi ville finne ut om barns opplevelse og gå inn i dybden på dette. Artiklene skulle omhandle pasientperspektivet. I tillegg skulle de inneholde forskning som inkluderte barn i aldersgruppen 6-12 år. Artiklene skulle ikke være mer enn 10 år gammel forskning.

Vi ekskluderte artikler som hadde overskrifter hvor det ikke hadde noe med vår problemstillingen vår å gjøre. Når vi søkte på for eksempel child\* dukket termen childbirth opp. Disse artiklene ble automatisk ekskludert. Vi leste artikler hvor abstract ga oss informasjon om at forskningen ikke var relevant for vår problemstilling, disse artiklene ble også ekskludert. Artikler som ikke fylte krav som forskningsartikkel ble ekskludert. Dette

innebærer artikler som ikke inneholdt metode, abstract og diskusjon. For kvalitetssikring brukte vi sjekklister for vurdering av kvalitativ forskning fra kunnskapssenteret.

### ***3.3 Steg 3 - Utarbeide plan for litteratursøk***

#### **Identifisere tilgjengelige ressurser**

Vi hadde bibliotekar tilgjengelig fra høgskolen for hjelp og veiledning av litteratursøket. Biblioteket var tilgjengelig for å finne pensumbøker for bakgrunns litteratur. Dersom forskningsartikler ikke var tilgjengelig gjennom internett, kunne vi bestille artiklene gjennom biblioteket og få de tilsendt i posten.

#### **Identifisere relevante kilder**

Bakgrunnsteori er hentet fra pensumbøker og en review artikkel. Litteratursøk ble gjort gjennom databasene Ovid Nursing Full Text Plus, Medline, SveMed og Norart. Disse databasene ble brukt fordi de inneholder relevant forskning innenfor helse og sykepleie.

#### **Avgrense forskningsproblem og fastsett hovedpunktet i søkningen**

Vi var ute etter å finne ut om opplevelsen til barn på sykehus. Søkerord vi brukte var experience fordi det var selve opplevelsen til barnet vi var ute etter. Child\* med MeSH termen Child Care, fordi dette var pasientgruppen vi var ute å finne ut noe om. Hospital\*, fordi det var barn på sykehus vi søkte etter. Disse tre søkeordene ble kombinert med AND. Vi begrenset i tillegg utgivelsesåret fra 2005 til nylig forskning. Andre søkeord vi brukte for å konkretisere søket vårt var hospitalised\* og perception. I kombinasjon med child\* og experience, fikk vi nye treff på forskningsartikler.

#### **Utvikle en søkemetode for hver database**



Vi hadde formulert en klar plan på hvordan vi skulle søke på artikler. Vi ville finne artikler som sa noe om barnets opplevelse av å være innlagt på sykehus. Det ble brukt et PIO skjema slik at vi kunne systematisere hvilke søkeord vi ville bruke. Ved å avgrense og spesifisere søket til barns opplevelse ved en innleggelse på sykehus, kom vi frem til relevante forskningsartikler som kunne hjelpe oss å svare på problemstillingen.

### ***3.4 Steg 4 - Litteratursøkingen og valg av forskningsartikler***

Litteratursøket gjorde vi sammen. Når vi hadde fått et begrenset antall treff, leste vi først gjennom abstract på relevante artikler. De artiklene vi mente kunne anvendes i studien ble lest slik at vi kunne finne ut om den kunne brukes videre i studien. Artikler som hadde potensialet til å svare på problemstillingen ble kvalitetssikret og sjekket om de var referee bedømt. Forskningsartiklene som var relevante og ble godkjent gjennom kvalitetssikring valgte vi å ta med videre i studien for å svare på problemstillingen.

Vi begynte å søke etter forskningsartikler da vi hadde bestemt oss for tema. Vi begynte med et par prøvesøk og fant fort ut at vi måtte bruke mer presise søkeord.

Vi brukte først databasen British Nursing Index gjennom Ovid når vi søkte etter forskningsartikler. Ved å bruke ordene child\*, experience\* og hospital\* fikk vi mange treff. Vi brukte limit år 2005 – current for å få enda mindre treff. Gjennom å lese alle abstrakt bestemte vi oss for å lese 12 artikler. Etter at disse ble lest, kvalitetssikret vi sju artikler fra dette søket. Tre av disse artiklene ble vurdert som gode nok til å kunne brukes til vår studie.

Vårt andre søk gjorde vi gjennom Medline. Her inkluderte vi ordet kid\* og hospitalised. Disse ordene kombinerte vi med child\* og experience\*. På dette søket fikk vi 44 treff. Etter å ha lest overskrifter og 20 abstrakt valgte vi å lese fire artikler. Vi kvalitetssikret tre artikler og to artikler ble godkjent til bruk i vår studie.

Vårt tredje søk gjorde vi etter vi hadde hatt veiledning. Vi gikk tilbake til British Nursing Index, men prøvde andre kombinasjoner av ord. Vi brukte ordene perception\*, child\*, hospital\* og hospitalised\*. Vi inkluderte også mesh termene children hospitalised og paediatric nursing. Dette søket ga 34 treff. Etter å ha lest 13 abstrakt bestemte vi oss for å velge ut ni artikler som skulle leses. Seks av disse artiklene ble kvalitetsvurdert. Ut i fra disse valgte vi å bruke fem artikler til vår studie.



Dato	Database	#	Søkeord	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Kvalitets vurdert	Brukte artikler	Tittel på inkluderte artikler
05.01 2010	Ovid Nursing Full Text Plus. British Nursing Index	1	Child* Mesh: child care	15359	70	12	7	3	Capturing Children's voices for quality improvement
		2	Experience*	12521					Telling tales: a qualitative exploration of how children's nurses interpret work with unaccompanied hospitalized children"
		3	Hospital*	10614					Children's experiences of hospitalization
		4	1 and 2 and 3	161					
		5	Limit 4 to yr "2005-current"	90					
Dato	Database	#	Søkeord	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Kvalitets vurdert	Brukte artikler	Tittel på inkluderte artikler
10.01 2010	Medline gjennom Ovid. Helse- biblioteket	1	Kid*	41772	20	4	3	2	Use of non-convetnional nurses attire in a paediatric hospital: a quasi – experimental study
		2	Child*	101265					Impact of nurses clothing on anxiety of hospitalised children
		3	Experience*	153205					
		4	Hospitalised*	230					
		5	1 or 2	134067					
		6	3 and 4 and 5	55					
		7	Limit 6 to yr "2005- current"	44					
Dato	Database	#	Søkeord	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Kvalitets vurdert	Brukte artikler	Tittel på inkluderte artikler
15.01 2010	Ovid Nursing Full Text Plus. British Nursing Index	1	perception*. Mesh: children behaviour	6741	13	9	6	5	Nurses' knowledge, attitudes, and practices regarding children's pain.
		2	Child* Mesh: child care	15359					Nurses' perceptions of children's pain: a pilot study of cognitive representations.
		3	hospital*	10614					Hospitalized children's perceptions of nurses and nurse behaviors.
		4	hospitalised*. Mesh: or children hospitalised/ or Children : Hospitalised/ or paediatric nursing/						Disruption of parent participation: nurses' strategies to manage parents on children's wards.
		5	3 or 4	11597					Hospitalized children's views of the good nurse.
		6	1 and 2 and 5	124					
		7	Limit 6 to (full text and yr="2005 - Current")	34					

### ***3.5 Steg 5 – Kvalitetssikre artikler***

Vi brukte kunnskapssenterets sjekkliste når vi har kvalitetssikret forskningsartiklene. Hovedgrunnen til at vi brukte denne er at den var på norsk, noe vi mente ville bidra til mindre sjanse for misforståelser når vi skulle vurdere kvalitative forskningsartikler. Kunnskapssenterets sjekkliste for kvalitativ forskning har ni spørsmål hvor sju av dem er spørsmål hvor vi kan kommentere om vi kan stole på resultatene, hva resultatene forteller og om resultatene er relevant for vår studie.

Vi kvalitetssikret forsknings artiklene hver for oss og møttes for å diskutere om vi begge hadde kommet frem til om forskningsartikkelen er av god nok kvalitet for vår studie. Vi kvalitetssikret 21 artikler og inkluderte 10 i studien vår.

De artiklene vi ekskluderte etter å ha lest dem tilfredstilte ikke aldersgruppen vi hadde tatt for oss i studien eller hadde ikke barns opplevelse i fokus. Enkelte artikler hadde for uklare resultat eller hadde ikke barnets perspektiv som resultat. En artikkel var ikke referee bedømt.

### ***3.6 Analyse av funnene***

Etter vi hadde diskutert og lest artiklene flere ganger kom vi frem til de 10 artiklene vi valgte å inkludere i studien. Vi måtte få en oversikt over resultatene som kunne svare på hensikten og problemstillingen vår i studien. Det første vi gjorde var å lese en artikkel og trakk ut de viktigste resultatene. Disse resultatene førte til at vi fikk delt opp i ulike tema som vi så for oss som overskrifter for resultatene. De ulike temaene ble fargekodet slik at det ble et tydelig skille på hva som var de ulike tema. De neste resultatene fra andre forskningsartiklene ble fargekodet. Resultat som omhandlet samme tema fikk lik farge slik at det ble enklere å se hvilke resultat som hørte under de ulike temaene vi satte opp. Etter hvert som vi leste flere artikler dukket det nye resultater med andre tema opp. Dette skapte nye overskrifter fordi disse resultatene hadde andre funn.

Etter vi hadde skrevet ned resultatene fra de ulike artiklene, satt vi igjen med mange funn og mange ulike tema med forskjellige overskrifter. Vi ble enige i at det ble for mange overskrifter, og vi ble nødt til å slå sammen resultat for å få færre overskrifter. Vi prøvde å skape overskrifter som kunne beskrive flere av temaene vi hadde sett for oss.

Vi endte med å dele opp resultatene inn i 6 kategorier som hadde resultat om samme tema. Disse resultatene ble grunnlaget for diskusjonen i studien vår.

## **4.0 Resultat**

Vi skal nå presentere resultatene fra funnene våre. Vi har delt opp funnene i emneområder.

### ***4.1 Miljø på sykehuset***

Det å være i ukjente omgivelser og usikkerheten angående behandlinger, skapte følelser av angst, selv om mange av barna hadde tidligere opplevelser med sykehusinnleggelse. Dette tydet på at kjennskap til sykehus og/eller rutiner ikke alltid nødvendigvis fjernet eller reduserte barnets reaksjoner på sykehusinnleggelse (Coyne 2006).

Sykehusinnleggelse førte til avbrudd av barnets daglige liv hvor de opplevde separasjon fra familie og avbrudd av familie rutinene og hverdagslige aktiviteter. Barna fortalte om bekymringer slik som det å være separert fra foreldre og søsken, hjemmemiljøet og deres venner. Det viste seg også at barna savnet ulike aspekter med å være hjemme som å være komfortabel hjemme, atmosfæren, mors hjemmelagde mat, komfortable senger, deres eget rom og kjæledyr (Coyne 2006).

Sykehusinnleggelse førte i tillegg til avbrudd på de vanlige rutinene i livet til barna som skole, sportslige aktiviteter, kontakten med venner og planlagte ferieturer. Barna rapporterte at de savnet den sosiale kontakten de hadde på skolen med venner, deltakelse i sportslige aktiviteter og å kunne få gå på skole. Noen uttrykte angst angående å ikke kunne gå på skolen som kunne føre til at de ble hengende etter i skolearbeidet, mens andre virket å savne kontakten de hadde med venner på skolen (Coyne 2006)

Et annet funn fra Coyne (2006) viste at barna opplevde problemer med å sove på grunn av dårlig ventilasjon, skarpt lys og ulike lyder som telefoner som ringte, sykepleiere som snakket i korridorene og andre barn som gråt.

Selv om dette var et problem fortalte barna at de ble vant til det etter hvert og greide å tilpasse seg sykehusmiljøet rutinene på sykehuset (Coyne 2006).



Ved å forme nye vennskap med andre barn i samme situasjon på avdelingen, virket det som om de taklet avbruddet i deres daglige liv bedre, noe som var en positiv opplevelse for barna (Coyne 2006).

På et sykehus følte barna at det var vanskelig å finne på ting mens de var innlagt, fordi det var et for lite tilbud til lek og moro (Coyne 2006).

Det ble hevdet at barn opplevde tap av selvbestemmelsen sin når det gjaldt personlige behov på sykehuset. Dette gjaldt mangel av kontroll angående søvnmønster, mat og drikke og bruk av fasilitetene på avdelingen. De snakket om at de var nødt til å be om tillatelse for å gjøre ulike ting som å stå opp og kle på seg. Det med å kunne ta avgjørelser virket å være et viktig tema for barnet, spesielt det med søvn. Barna opplevde det å ikke kunne bestemme hvor de skulle ligge på avdelingen var frustrerende. Det å bli fysisk flyttet fra rom til rom. Dette føltes generelt ugunstig for barna spesielt når det hadde oppstått et godt miljø og vennskap på rommet. Det virker som om små men viktige ting ikke var i deres kontroll lenger, men styrt av sykehusets regler. Barna foretrakk å ha mer selvbestemmelse. Barns tilgang til mat var begrenset ettersom de ikke hadde lov til å ta mat og drikke direkte fra matvognen eller hadde tillatelse til kjøkkenet (Coyne 2006).

Studier viser at utseende til sykepleier spilte en viktig rolle i hvordan barna oppfattet sykepleierne på sykehuset. Et funn fra Brady (2009) påpekte at de fleste av barna forventet at sykepleierne hadde rene klær og at de kunne identifiseres som sykehusansatte. Schmidt (et al. 2007) og Brady (2009) påpekte hvor viktig det var for barna at sykepleierne brukte navneskilt, for å kunne identifisere hvem som var sykepleiere.

Uniform, fornuftig skotype og moteriktige klær ble lagt merke til og kommentert av barna. Så lenge klærne var fornuftige og viste profesjonalitet kunne uniformene like gjerne være moteriktig. Symboler som viste at de jobbet på sykehus, som for eksempel kors på uniformen, virket positivt for barna (Brady 2009).

I følge Festini (et al. 2008) viste det seg at sykepleierens antrekk kunne spille en rolle for å skape et miljø som gjør det mindre traumatisk for barnet. Antrekket var en viktig del av den non-verbale kommunikasjonen mellom sykepleier og barnet som var innlagt. Studien tydet på at når sykepleierne brukte flerfargede, ikke-konvensjonelle antrekk, oppfattet barna at de hadde mer menneskelige egenskaper og følelsen for frykt ble noe redusert. En annen studie av gjort av Roohafza (et al. 2008) underbygger disse funnene og viste at barn som ble eksponert av sykepleiere med fargede uniformer, hadde lavere grad av angst sammenlignet med barn som ble eksponert av sykepleiere med tradisjonelle hvite uniformer. Psykologiske symptomer på angst var betydeligere lavere hos barna, som ble eksponert for sykepleiere med fargede uniformer ved utskrivelse.

Å være ren og ha rent hår var en felles bekymring for mange av barna. De trodde at sykepleiere som hadde skittent hår kunne ha hodelus som kunne spre seg til både barn og personale. Barn var også klar over at hår kunne falle ned i maten eller i et sår, noe som ville vært ubehagelig og kanskje kunne skade dem. Riktig skotøy var også viktig for barna. De la merke til om skoene satt godt på foten, eller om de brukte sandaler. For mye sminke og uhygieniske klær som for eksempel klær med rifter var nevnt som noe av det negative. I tillegg var det å gå med saks i lommen sett på som negativt, ettersom at noen av de yngre barna kunne ta saksen å klippe over ledninger (Brady 2009).

## ***4.2 Sykepleierens kompetanse***

Sosiale egenskaper som barn synes var viktig var humor og høflighet. De understrekte viktigheten av at sykepleieren kunne spøke, ha det gøy og le sammen med dem. Barna satte også pris på at sykepleierne tilbrakte tid med dem, ved å se på tv sammen eller snakke med dem. Noen av barna antydte at det var en positiv egenskap når sykepleierne brøt med normene på avdelingen og gjorde oppholdet morsomt for barna. Når sykepleiere tok seg tid fra arbeidet sitt, for å delta i lek og moro hjalp de barna med å tenke positivt. Selv om sykepleierne deltok i det morsomme, var det likevel viktig at sykepleierne konsentrerte seg om arbeidsoppgavene sine (Brady 2009).



Lindeke (et al. 2006), Brady (2009) og Schmidt (et al. 2007) hadde alle funn som viser at barna satte pris på lek og moro når de var innlagt på sykehus. Dette innebærer underholdning, lek og samspill med andre barn, at sykepleier tok seg tid for å leke med dem og at sykepleier fikk dem til å le.

I følge Schmidt (et al. 2007) satte barna satte pris på å få leketøy, klistermerker og fargestifter.

Barna verdsatte vennskap og høflighet som ble vist til foreldre og besøkende. Den dårlige sykepleieren hadde dårlig temperament, var gretten, ropte og var ofte sjefete. I tillegg hørte ikke den dårlige sykepleieren på hva barna hadde å si. En dårlig kroppsholdning som barna la merke til, var dersom sykepleierne hadde hendene i lomma eller på hoften. Dette virket for barna som et tegn på at de ikke brydde seg om barna, eller at de ikke hørte på dem. Noen av barna la merke til at noen sykepleiere hadde hastverk når de gikk fra pasient til pasient, dette kunne fremkalle frykt eller gjøre det verre for barna (Brady 2009).

Barn satte pris på omsorg og det å bli godt tatt vare på. Barna verdsatte sykepleiere som møtte barnas fysiske behov som for eksempel hygiene, ernæring og psykososiale behov. Noen barn satte pris på at sykepleierne hjalp de med å børste håret, servere mat, hjalp dem med medisiner og trillet dem rundt i rullestol på avdelingen. I noen tilfeller antydte barna at sykepleieren hadde en slags rolle som erstatning for foreldrene. Barn trengte mer støtte og omsorg av sykepleierne dersom foreldrene var lite på sykehuset. Disse barna hadde en følelse av at de ble tatt godt vare på, når foreldrene ikke var til stede (Schmidt et al. 2007).

Brady (2009) hadde funn som tydet på at barna forventet og satte pris på at sykepleieren var organisert og forberedt med riktig utstyr til prosedyrer. I tillegg forventet de at sykepleieren utførte visse prosedyrer kompetent og raskt.

Schmidt (et al. 2007) hevdet derimot at noen barn sa at ting kunne gå litt for fort under prosedyrer og at sykepleierne ikke tok seg god nok tid.

Barnets syn på den gode sykepleieren var noen som gjorde en innsats for å gjøre enkelte prosedyrer så skånsomt som mulig for å gjøre minst mulig skade. I tillegg skulle den gode sykepleieren gi medisiner med en gang barnet hadde behov for det (Brady 2009).

Tillit var en viktig egenskap hos sykepleieren. Barna måtte kunne stole på sykepleierens gode karakter og kompetanse som sykepleier. Det var viktig for barna å bli sett av sykepleieren, og når de ringte i snora skulle de komme raskt (Brady 2009). Schmidt (et al. 2007) og Lindeke (et al. 2006) konkluderte med at barna syntes at sykepleiere skulle ha en atferd som skulle fremheve trygghet, sikkerhet, beskyttelse og/eller overvåkning av behov og velvære.

### **4.3 Kommunikasjon**

Mange barn syntes at kommunikasjonen kunne være forvirrende, fordi det ofte ble brukt ord som de ikke forsto, og at de voksne ofte pratet med hverandre uten å inkludere de i samtalen (Lindeke et al. 2006).

Barna satte pris på å få kjærlige kallenavn, som for eksempel ved å si: ”Hvordan går det lille venn”. Dette fikk barnet til å føle seg spesiell (Brady 2009).

Både Brady (2009) og Schmidt (et al. 2007) studie viser at barna satte pris på å få positiv tilbakemelding for sin tapperhet under ubehagelige prosedyrer eller når de hadde tatt medisiner som de ikke likte. Brady (2009) antydte at dette viste empati hos barnet når sykepleieren viste at man brydde seg.

Barna satte i tillegg pris på ærlighet, spesielt under prosedyrer som er smertefulle, og at de fikk trøstende ord etter at prosedyren var over. Det at sykepleier var tilstedet for barnet når de hadde behov for det og at de fikk tilstrekkelig informasjon om hva som skal skje var viktige faktorer for at barnet skulle føle seg trygg på sykehuset (Brady 2009).

Barna ga uttrykk for en rekke engstelser angående undersøkelser, prosedyrer og operasjoner i forbindelse med muligheten for å bli skadet, lemlestet, oppleve smerte og muligheten av å kunne dø. Barn som skulle gjennom kirurgisk behandling var bekymret og redd for den kirurgiske prosessen. Bekymringer angående potensielle bivirkninger av behandling ble nevnt av barna. Noen barn uttrykte bekymringer angående infeksjoner, at indre organer

ikke ville fungere som de skulle, at de ville opptre annerledes enn andre barn etter en operasjon og at de ville få synlige arr eller permanent vansiring (Coyne 2006).

Noen barn rapporterte frykt mot helsearbeidere og prosedyrene de måtte gå gjennom. Barnas frykt virket å være basert på bakgrunn av feilinformasjon angående sykehus fra ulike kilder. Dette indikerte hvordan lite erfaring og feil informasjon kan bidra til gale oppfatninger angående sykehus, som igjen førte til stor grad av angst hos noen barn (Coyne 2006).

De eldre barna som hadde mer forståelse av sykepleierens rolle, sa at de alltid på forhånd fikk vite hva som skulle skje under prosedyrer og undersøkelser. Dette var betryggende for barna, slik at de kunne forberede seg på hva som skulle skje. I tillegg ble fysisk tilstedeværelse og berøring, hvor sykepleieren hadde samtaler med dem etter en ubehagelig prosedyre, også verdsatt av barnet (Schmidt et al. 2007).

Barna la merke til kroppsspråk og stemmeleie hos sykepleierne. Barna satte pris på den gode sykepleieren, som ikke ropte og hadde en snill og rolig tone når de snakket til barna. I tillegg var den gode sykepleieren villig til å høre på barna og tilbringe tid sammen med dem, ved å sette seg ned ved sengekanten og få øyekontakt med barna (Brady 2009).

#### **4.4 Smerte**

Schmidt et al. (2007), Coyne (2006), Van Hulle Vincent (2005), Brady (2009), og Lindeke (et al. 2006) funn viste at barn opplevde smerte når de var innlagt på sykehus. Disse smertene var relatert til selve sykdommen, ulike prosedyrer og behandlinger. Barn forventet å oppleve smerte i forbindelse med sykehusinnleggelse, og barna var klar over at smerte var uunngåelig og at smerte var en del av prosedyrene på sykehuset.

Mange sykepleiere gjorde en innsats for å lindre smertene til barna, men at det var likevel rom for forbedringer. Det viser seg at barnas smerte ble ikke godt nok lindret (Van Hulle Vincent 2005).

Sykepleierens tiltak for å begrense smerte var viktig for barn i alle aldre. Det å gi smertestillende og ta av plaster skånsomt ble verdsatt av barna fordi dette var tegn på at

sykepleiere gjorde forsøk på å lindre smerten deres. Sykepleiere hadde lenge visst at barna ble skremt under smertefulle prosedyrer. Sykepleiere utviklet strategier som distraksjon, verbalt og fysisk oppmuntring for å hjelpe barna gjennom den skremmende opplevelsen. Sykepleiere kunne ikke garantere at barna ikke ville oppleve smerte, men de forøkte å forsikre barna at var der for å hjelpe (Schmidt et al. 2007).

Sykepleiere hadde rikelig og variert kunnskap om barns smerte. Sykepleierne kjente til flere viktige metoder i å vurdere og behandle barns smerter, men brukte likevel ikke anbefalt selvrapporing og atferds vurdering som bakgrunn for vurdering av smerte (Van Hulle Vincent 2007).

En annen studie gjort av Van Hulle Vincent (2005) sier mye av det samme som underbygger disse funnene, hvor det viste seg at majoriteten av sykepleierne ikke aksepterte barnas selvrapporing angående smerter som pålitelige. Majoriteten av sykepleierne trodde på barnas selvrapporing angående smerte, kun når barnet viste atferdsmessige reaksjoner på smerte. Dersom de atferdsmessige reaksjonene var fraværende, trodde rundt halvparten av sykepleierne på barnas selvrapporing angående smerter. Videre fant forskeren ut at dersom barna hadde atferdsmessige reaksjoner på smerte fikk man mer smertestillende.

Funnene til Van Hulle Vincent (2007) tyder på at konkret informasjon som atferdsmessig tegn på smerte blir tatt mer på alvor enn subjektiv informasjon som selvrapporing av smerte. Det ble også gjort et positivt funn på at sykepleierne vurderte selvrapporingen av smertens intensitet som en viktigere form for vurdering av smerte, enn atferdsmessige reaksjoner hos barnet.

#### **4.5 Foreldre**

Foreldres tilstedeværelse under et sykehus opphold ble betraktet for å kunne redusere grad av smerte hos barnet. I tillegg kunne lengden på sykehusoppholdet til barnet reduseres, og den emosjonelle traumen hos barnet minskes ved utskrivelse av barnet, dersom foreldre var tilstedet under oppholdet. Selv om foreldrene til barnet hadde rett til å være tilstede, var det ikke alltid en garanti for at foreldrene var fysisk og/eller emosjonelt tilstede for barnet. Det var i tillegg viktig å være bevisst på det følelsesmessige aspektet ved arbeidet

med både barn og foreldre på sykehus, slik at man kunne opptre profesjonell og gjøre det som var best for barnet (Livesley 2005).

Sykepleiene understrekte viktigheten av at foreldrene måtte få bestemme hvor mye de skulle engasjere seg i barnets pleie ved en sykehusinnleggelse, slik at de slapp å oppleve noe press på hva de måtte gjøre for barnet. Et slikt press kunne føre til stress hos forelder som igjen ville ha påvirket barnets omsorg (Coyne (2008b).

Det var viktig for barna at foreldrene var til stede, dette bidro til å skape en stor trygghetsfølelse for barna (Lindeke et al. 2006).

Det blir hevdet at foreldre som ikke kunne kontrollere sine følelser eller atferd kunne påvirke barnet negativt. Foreldre som overdramatiserte barnets sykdom og krevde at det skulle få mer smertelindring enn andre, hindret sykepleieren i å utføre sine plikter ved å gjøre kommunikasjonen med barnet vanskelig. Dette hindret utførelse av pleie og prosedyrer.

Sykepleiene fremmer hvor viktig det er å ikke være dømmende og ikke beskyldte foreldrene for sine reaksjoner, men heller prøve å forstå årsaken til foreldrenes sinne (Coyne 2008b).

## **5.0 Diskusjon**

### **5.1 Metodediskusjon**

Her vil vi diskutere styrkene og svakhetene ved metoden som er brukt i studiet. Vi vil innlede med å si noe om fremgangsmåten. Deretter vil vi diskutere søkestrategien vår og analysen.

#### **Studiens fremgangsmåte**

Det å basere vår studie på andres forskning har vært positivt fordi deres forskning bekreftet teorien på enkelte områder og hadde nyere funn som ikke var nevnt i teorien. Ut ifra skolens nye forskrifter er det nå pålagt at vi skal jobbe to sammen om oppgaven. Dette har vært en god måte å jobbe på, fordi kvaliteten på studien blir bedre. Fordelen er at man får gitt hverandre innspill og at man har ulike perspektiv når man studerer forskningsartikler, som fører til et mer grundig arbeid enn om man skulle gjort det alene. Vi har avtalt tid på skolen, og vi har jobbet hver for oss hjemme. Dette har fungert veldig bra da vi har lest og skrevet teori som vi kunne diskutere med den andre.

Som partnere har vi jobbet sammen veldig godt, det har blitt en del diskusjoner om hvordan vi skal arbeide og hva som er relevant av forskning og funn, men dette har bidratt til at vi har til sammen kommet frem med nye ting. Denne måten å jobbe på har vært bra til tross for diskusjoner som oppstår når man jobber sammen med noen andre. Diskusjonene vi har hatt angående studien og måten man må systematisere søk av forskning på, har vært med på å heve oppgaven. Denne metoden å arbeide på har egnet seg for vår studie. Vi har fått masse kunnskap om barn på sykehus. Vi fant mer forskning angående dette temaet selv med få søkeord.

#### **Søkestrategi**

Søket etter forskningsartikler krevde at vi måtte formulere en klar plan på søkeord og databaser. Det ble diskutert hvilke søkeord som skulle brukes, og det endte opp med at vi

valgte å bruke minst mulig søkeord for å ikke få så alt for mange treff på søk. Dette har gitt oss gode treff på forskningsartikler til tross for få søkeord. Styrken med få søkeord har vært at vi har greid å spesifisere søket vårt og fått mange relevante forskningsartikler som er relatert til problemstillingen. Dette har gjort det enklere å ekskludere irrelevante forskningsartikler.

Svakheten med få søkeord kan være at vårt søk ikke har vært omfattende nok med tanke på at vi kan ha gått glipp av andre relevante forskningsartikler, som kunne ha bidratt til å svare på vår problemstilling.

Vi valgte å ikke bruke databasene SweMed og NorArt som vi mente var relevante kilder, fordi søkene ikke ga oss forskningsartikler. Vi fikk kun fagartikler gjennom disse databasene, når vi forsøkte å søke etter relevante forskningsartikler.

Vi valgte å bruke Ovid og Medline fordi disse databasene omfatter andre databaser som inneholder relevant forskning og tidsskrifter innenfor medisin, helse, biologi og sykepleie. Vi kunne ha utvidet søket vårt, men valgte å ikke gjøre det siden vi hadde fått masse treff.

## **Analyse**

Forskningsartiklene vi inkluderte var skrevet på engelsk. Vi måtte lese og oversette artiklene slik at vi kunne bedømme om kvaliteten av forskningen var god nok og om resultatene var relevante for vår studie. Svakheten med vår analyse kan være vår tolkning og oversettelse av forskningsartiklene. Det kan ha oppstått mistolkninger under vår analyse, men vi er trygge på at vi har fått med oss essensen av artiklene.

Ingen av artiklene som vi har inkludert har basert forskningen sin i Norge. Vi har inkludert artikler fra USA, Sverige, Italia, Irland, Storbritannia og Iran. Likevel valgte vi å inkludere disse artiklene ettersom den vestlige delen av verden har mange likheter som Norge når det gjelder kultur, oppvekstvilkår og livskvaliteter. Artikkelen fra Iran har vi valgt å inkludere fordi deres funn angående angst ble målt med en internasjonal anerkjent angstsкала. Deres funn hadde ingen bemerkelsesverdige avvik, enn annen forskning fra andre land som hadde tatt i bruk samme angstsкала.

### **Goodman's sju steg**

Vi bestemte oss for å bruke Goodman's sju steg tilpasset, når vi søkte og analyserte artiklene. Styrken med å bruke Goodman, var at vi fikk en oversiktlig måte å arbeide på. Svakheten kan ha vært at vi har hatt lite erfaring med Goodman's sju steg, noe som kan ha påvirket vår metode å søke og analysere artikler på.

Når vi har kvalitetssikret forskningsartiklene vi har inkludert i studien vår, har vi brukt sjekklister fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Styrken med å bruke denne sjekklisten er at den er basert på internasjonale verktøy for kritisk vurdering. En svakhet kan være at vi har lite erfaring med å bruke disse sjekklister.

Inkluderingskriteriene for forskningsartiklene var at resultatene kunne brukes i studien vår. Forskningsartiklene måtte være tydelige i hvordan de hadde kommet frem til resultatene når det gjaldt redegjørelse av utvalget, tydelig metode valg, klar sammenheng mellom innsamlet data og kategorier som forskeren har kommet frem til og om man forskeren hadde brukt andre kilder for å underbygge data. Forsknings artiklene måtte i tillegg være referee bedømt.

Styrken med vår analyse er at vi har skrevet ned funn hver for oss som vi synes var relevante for vår problemstilling. Da vi møttes igjen diskuterte vi funnene våre og vi var kritisk til hverandres funn. Det at vi analyserte forskningsartikler hver for oss førte i tillegg til at vi fant forskjellige funn som den andre hadde gått glipp av eller vært uenig i.



## **5.2 Resultatdiskusjon**

Hensikten med studien var å undersøke hvordan barn opplever å være innlagt på sykehus. Vi ville også undersøke hva sykepleiere kan gjøre for at disse barna skal få et trygt opphold. Ved å diskutere hensikten opp i mot studiens resultater og teoribakgrunn, kan vi få et bilde av hvordan barn opplever å være innlagt på sykehus, og hva sykepleiere kan bidra med slik at barnet får et trygt opphold. Vi vil også diskutere resultatene opp mot egne erfaringer med møte av barn på sykehus, i tillegg til teorien om barn på sykehus.

### **5.2.1 Barnets møte med miljøet på sykehuset**

Forskning viser at det å være i ukjente omgivelser og usikkerheten angående behandlingen skaper følelser av angst hos barnet. Høye lyder, skarpt lys og andre forstyrrende faktorer var et problem og kunne bidra til følelsen av angst, men på en sykehusavdeling er disse inntrykkene nesten umulig å unngå. Barn opplevde tap av selvbestemmelsen sin når det gjaldt personlige behov og det å ta selvstendige avgjørelser på sykehuset. Barn foretrakk å ha mer selvbestemmelse. Likevel hevdes det på at barna greide å tilpasse seg sykehusmiljøets rutiner etter hver som de ble vant til lyder og andre nye inntrykk. I tillegg viste barn blant annet bekymring over å bli hengende etter på skolen når de var innlagt (Coyne 2006).

Barn forventet at sykepleiere skulle ha rene klær og gå med navnskilt slik at sykepleiere kunne identifiseres som sykehusansatte. Barn var også opptatt av at sykepleiere skulle ha velstelt hår og ikke for mye sminke. Disse små enkle detaljene angående sykepleiers utseende ble lagt merke til av barna, noe som kunne skape utrygghet hos barnet (Brady 2009).

Fargen og utseende på sykepleienes uniform hadde en betydning for hvordan barnet oppfattet sykepleieren, og kunne være med på å skape et miljø som gjorde det mindre traumatisk for barnet (Festini et al 2008).

Det ble hevdet at fargen på sykepleierens uniform påvirket graden av angst hos barnet. Hvite uniformer økte graden av angst, i motsetning til fargede uniformer (Roohafza 2008).

Ifølge teorien er det mange nye inntrykk for barnet, når barn blir innlagt på sykehus. En sykehusinnleggelse kan preges av ukjente og skremmende omgivelser, som kan føre til at barn blir utrygge. Sykehusmiljøet har mange maskiner, lys og uvante lyd- og lysinntrykk. For mye støy og lyder skaper unødvendig stress og uro blant barna. Når barn blir utrygge og stresset kan dette føre til angst. Dette kan igjen føre til traumer, som kan påvirke barnets vekst og utvikling negativt.

Dersom barn ikke får ha noen form for selvbestemmelse kan dette påvirke barnets psykososiale utvikling negativt fordi det kan miste troen på sine egne muligheter og utvikle følelsen av å være underlegen. Barnet har behov for å utvikle selvstendighet og tiltro til seg selv. Barn fra 6 års alderen har behov for å mestre situasjoner. Dette vil utvikle selvtillit og arbeidsglede hos barnet.

Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon kapittel 4 aktivisering/undervisning § 14 påpeker at barn i skolepliktig alder har rett til undervisning under når de er innlagt (Grønseth og Markestad 2006).

I våre erfaringer i møte med barn på sykehus, hadde utseende veldig mye å si når det gjaldt barnets inntrykk av sykepleieren. Et personlig eksempel var når sykepleier hadde på seg munnbind, virket dette skremmende og barnet følte frykt. Barnet ville ikke inn til undersøkelse dersom sykepleieren hadde på seg munnbind. Et enkelt tiltak som ble gjort for å redusere frykten, var å på forhånd avtale at sykepleieren ikke skulle ha på seg munnbind, for å ikke se skummel ut. Dette resulterte i at barnet ikke ble redd for undersøkelsen, i tillegg til at barnet forholdt seg rolig under undersøkelsen.

Ut i fra hva forskning og teori viser, vil være viktig å vite hvordan barn opplever sykehusmiljøet og hvilke inntrykk de får av det å være innlagt. Både teorien og forskningen viser at barn kan bli utrygge og oppleve angst i møte med sykehusmiljøet. Når man vet hvilke konsekvenser dette kan føre til, blir sykepleiers oppgave å kunne bedre barnets opplevelse. Unødig støy som prat i korridorene og dempet belysning, kan bidra til å skape et bedre miljø for barnet. Det å sørge for å ha rene uniformer og være bevisst på utseende når man er på jobb, er enkle tiltak som sykepleiere kan utføre, for å muligens skape et positivt miljø for barnet.

Dersom barnet ønsker undervisning mens det er innlagt, må sykehuset kunne tilrettelegge for undervisning på sykehuset. Man kan på en annen side diskutere om det er gunstig for barnet å få undervisning, når barnet kanskje burde fokusere på å bli frisk. Samtidig kan man ikke nekte barnet undervisning.

Teorien nevner lite om hvilken betydning uniformen har, på hvordan barnet ser på sykepleieren. Når sykepleiere går med hvite uniformer kan barnet assosiere dette med vonde prosedyrer som for eksempel sprøytesetting. Dersom sykepleieren har fargede uniformer kan dette bidra til å redusere angst. Samtidig kan den hvite uniformen representere profesjonalitet, som kan være gunstig under prosedyrer. Dette kan igjen føre til at barnet føler seg trygg på at sykepleieren vil gjøre en god jobb under prosedyrer eller undersøkelser. I tillegg kan det å gå med hvite uniformer være en enkel måte for barna å skille mellom de som jobber på sykehuset og vanlige folk.

Likevel er det ikke uvanlig med fargede sykepleier uniformer, man kan for eksempel se på sykehjem, hvor de tar i bruk fargede overdeler og hvite bukser.

Det er uansett viktig at sykepleier viser at man er profesjonell, og man skal kunne møte barn på en profesjonell måte uansett om man har fargede eller hvite uniformer.

### **5.2.2 Barnets opplevelse av sykepleiers kompetanse**

Forskning hevder at barn satte pris på sykepleiere som utførte prosedyrer så skånsomt som mulig, for å redusere smerte og ubehag. Enkelte barn foretrakk at prosedyrene skulle utføres raskt, istedet for at man skulle ta seg god tid til å utføre prosedyren skånsomt (Brady 2009).

Annen forskning hevder derimot at noen barn sa at ting kunne gå litt for fort under prosedyrer og at sykepleierne ikke tok seg god nok tid (Schmidt et al. 2007)

Ifølge teorien vil barn gjennomgå undersøkelser, prosedyrer og behandling når de er innlagt på sykehus. Dette kan skape mye engstelse og bekymring. Mange av barna sier at dette er det verste med hele sykehusoppholdet (Tveiten 2004).

Ut i fra hva forskning sier vil bli viktig for sykepleier å vurdere hvordan man skal utføre prosedyrer, slik at man kan redusere engstelser og bekymringer barnet kan få, i forbindelse med en prosedyre. Man må huske å spørre barnet hvordan de vil at ting skal foregå. Barnet vil da i tillegg få være med å bestemme hvordan ting skal foregå, som kan gi barnet følelse av selvbestemmelse. Barn er forskjellige og noen liker for eksempel at vi tar av plasteret fort mens andre vil at vi skal gjøre det sakte.

Forskning hevder i tillegg at barna la merke til renslighet blant sykepleiere, og at det tydet på at barn var mer klar over risiko for smitte (Brady 2009).

Ut ifra barnets kognitive utvikling vil barnet forstå konsekvensene behovet for beskyttelse for smitte ifølge teorien (Grønseth og Markestad 2006).

Det vil bli enda mer viktig som sykepleiere å opprettholde god hygiene, og at man ikke blir sløv når det gjelder håndhygiene når man skal utføre prosedyrer. Det er viktig at vi er strenge med oss selv og ikke blir dårlig på håndhygiene når vi er ferdig utdannet og at vi alltid passer på at vi er oppmerksomme på håndhygien vår og hvordan man skal utføre prosedyrer ut ifra et hygienisk prinsipp.

Forskning viser også at barn satte pris på humor. Forskingen understreker viktigheten av at sykepleiere kunne spøke, ha det gøy og le samens med barna (Brady 2009).

Barn satte pris på å få leker, klistermerker og fargestifter mens de var innlagt på sykehus (Schmidt et al. 2007).

Ifølge teorien stimuleres humor gjennom lek. Syke barn også behov for lek som friske barn. Latter har vist seg å virke positivt på ulike kroppsfunksjoner, en god latter øker blodsirkulasjonen, får muskler til å slappe av og frigjør kroppens egne endorfiner (Tveiten 2004).

Ved å være en munter og leken sykepleier kan det gjøre barnas opphold mindre traumatisk. Lek og latter hører sammen, den er nødvendig for å bekrefte barnets friske side. Leken blir også viktig for barnets livskvalitet, fordi den reduserer stress, gir glede, trivsel,

mestringsopplevelser og mening i vanskelige og krevende situasjoner (Grønseth og Markestad 2006).

Å legge til rette i avdelingen for lek i forbindelse med sykdom på sykehus krever som ofte en viss form for organisering fra voksne. Dette kan for eksempel være å finne en plass å leke på, noe å leke med, noen å leke med og kanskje hjelpe barna i gang med leken (Tveiten 2004).

Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon under kapittel 4 aktivisering/undervisning § 12 sier at om barns helsetilstand tillater det så skal barn aktiviseres og stimuleres. Ut ifra alder og utvikling må barn få mulighet til tilpasset aktiviteter (Grønseth og Markestad 2006).

Erfaringene våre fra praksis var at barn ble veldig glad når vi kom leker som de kunne aktivisere seg med. Noen barn ga uttrykk for at det var så kjedelig på sykehuset fordi det var ingenting å finne på. I et tilfelle ble det trillet inn en TV på pasientrommet. Dette gjorde situasjonen for barnet mye bedre.

Det blir viktig for sykepleier å kunne sette pris på lek og moro, med barna som ser innlagt på sykehus. Ifølge forskningen tyder det på at barna setter pris på lek og moro med sykepleiere. Teorien viser i tillegg at lek og humor kan bidra til positive effekter for barnet. Sykepleier må likevel greie å kunne sette grenser mellom det å være en munter og leken sykepleier, og det å være profesjonell i sitt arbeid.

Et problem for lek kan være når barn er innlagt på en voksen avdeling. På en voksenavdeling vil det sannsynligvis ikke være like godt tilrettelagt for lek, som på en barneavdeling. På en voksenavdeling vil det kanskje være enda viktigere for sykepleier å kunne leke med barnet.

Ifølge forskning verdsetter barn sykepleiere som viser dem omsorg og støtte (Schmidt et al. 2007)

Schmidt et al. (2007) og Lindeke et al. (2006) hevder at barna satte pris på at sykepleier hadde en atferd som skal fremheve trygghet og sikkerhet.

Barn fra 6 års alderen trenger fortsatt støtte, oppmuntring, omsorg, anerkjennelse og klare grenser. Blir ikke disse behovene møtt mister barnet troen på egne muligheter, føler seg utilstrekkelig og underlegen. Det ukjente og de skremmende omgivelsene på sykehuset fører til at barnet lett blir utrygge, og det er sykepleierens oppgave å skape trygge rammer for barnet (Grønseth og Markestad 2006).

Når foreldrene ikke er til stede på sykehuset er det ekstra viktig med omsorg. Dette vil vise dem at vi er der for å gi omsorg og møte barnas fysiske og emosjonelle behov. Barn kan føle seg utrygge å bli reddet når foreldrene ikke er til stede. Dette kan da i verste fall utløse en stressreaksjon hos barnet.

### **5.2.3 Barnets opplevelse av kommunikasjon**

I følge forskning tyder det på at kommunikasjon kunne være forvirrende for barnet, spesielt når man brukte ord og uttrykk barnet ikke kunne forstå, og når de voksne pratet med hverandre (Lindeke et al. 2006).

Det at sykepleier var tilstedet for barnet når de hadde behov for det, at de fikk tilstrekkelig informasjon om hva som skulle skje var viktige faktorer for at barnet skulle føle seg trygg på sykehuset. Barna la merke til både kroppsspråk og stemmeleie hos sykepleieren (Brady 2009).

Teorien sier at kommunikasjon er en viktig del av pleien og omsorgen til barnet. Dette innebærer å kommunisere på barnets kognitive og psykososiale nivå slik at barnet forstår hva sykepleier sier. Gjennom god kommunikasjon kan man skape et godt forhold til barnet (Grønseth og Markestad 2006).

Lite informasjon bidrar til økt smerte dersom barnet ikke får vite hva som skal skje på forhånd. Barnet har i tillegg rett til informasjon og sykepleiere er pliktige til å gi informasjon til barnet på en måte slik at barnet forstår hva som blir sagt (Tveiten 2004). Det viser seg at barn ofte blir utelukket fra diskusjoner angående deres helse. Barn opplevde lite kommunikasjon og fikk sjelden svar på spørsmål. Det viser seg også at barn ble sett på som umodne og hadde behov for beskyttelse. I tillegg kunne foreldre være en

faktor som førte til at barna ikke fikk informasjon, fordi foreldre avbrøt kommunikasjonen mellom barnet og sykepleier med sine innspill (Coyne 2008a).

Ifølge Piagets utviklingsteori har barn i alderen 6-12 år, en tankestruktur som gjør det mulig og bevisst søke etter, ordne og systematisere informasjon. Barnet greier å skille mellom relevante og irrelevante opplysninger og er mer spørrende etter informasjon om det er noe de er usikre på og ikke forstår (Grønseth og Markestad 2006).

Selv om det er barn som ikke har utviklet full kognitiv tenking og psykososiale egenskaper, må man informere på et nivå som barnet kan forstå. Det blir sykepleiers ansvar å kommunisere og å gi informasjon slik at barnet vet hva det kan forvente med et opphold på sykehus. Barn opplever at de ikke forstår alt som blir sagt av de voksne når de er innlagt på sykehus. Sammenligner man forskningen med teori, kan man hevde at barn ikke får nok informasjon angående sin egen tilstand. Dette kan igjen føre til negative konsekvenser som økt smerte og utrygghet for barnet.

Det blir derfor viktig at sykepleiere får kunnskap om hvordan vi kan kommunisere med barn slik at vi kan gi barna tilstrekkelig med informasjon og svare på deres spørsmål. Informasjon til barnet er viktig for å skape trygghetsfølelse.

Forskningen hevder at barn kunne bli forvirret under kommunikasjon fordi det ble brukt ord de ikke forstod. Teorien sier at kommunikasjonen er en viktig del av pleien og omsorgen til barnet.

Det blir viktig at sykepleier er bevisst på at barnet ikke har utviklet språket sitt på lik linje som voksne. Man bør da forsøke å kommunisere på en måte slik at barnet forstår. Når det er voksne å tilstede hos barnet kan man fort glemme at barnet ligger i sengen. Det blir viktig å huske på at barnet hører og observerer samtalen som foregår mellom de voksne og at man bør inkludere barnet i samtalen når man snakker om barnet.

Barn likte det å få positive tilbakemeldinger når barnet hadde vært igjennom prosedyrer eller tatt medisiner. Barna satte pris på omsorgen de mottok av sykepleieren når de hadde vært gjennom noe som var smertefullt eller ubehagelig. Det at man oppmuntret barnet og

ga trøstende ord var viktig når barnet skulle gå gjennom noe ubehagelig som en smertefull prosedyre. Sykepleiere må gjennom kommunikasjon vise at man er der for å hjelpe barna, når de gjennomgår noe barnet ikke liker. Når man viser slik form for empati, kan man skape et godt forhold til barnet, som igjen kan bidra til å skape et trygt opphold for barnet. Sykepleiere må derfor være bevisst på hvordan de opptrer foran barnet. Dette innebærer både kroppsholdning og stemmeleie. Barna legger fort merke til at man har en dårlig kroppsholdning som kan tyde på at man ikke bryr seg. Man må opptre rolig når man snakker med barnet slik at barnet ikke blir påvirket av sykepleierens holdning. Sykepleiere må også tenke på å være villig til å tilbringe tid sammen med barna og gå ned på deres nivå for å få øyen kontakt når man kommuniserer, dette kan være en trygghet for barnet.

#### **5.2.4 Barnets smerteopplevelse**

Forskningen til Schmidt (et al. 2007), Van Hulle Vincent( 2005), Brady (2009), Lindeke (et al. 2006) bekreftet at barn opplevde smerte, og at smertene var relatert til ulike prosedyrer og behandlinger. Barna forventet å oppleve smerte når de var innlagt på sykehus, og de var klar over at smerte var uunngåelig.

Sykepleiere som møtte barna på sykehus gjorde en innsats for å lindre smertene til barna, men det var likevel rom for forbedringer. Barnas smerte ble ikke godt nok lindret på sykehus (Van Hulle Vincent 2005).

Schmidt et. al (2007) påpeker at sykepleierens tiltak for å begrense smerte var viktig for barn i alle aldre. Videre viser studien at det å ta av plaster skånsomt ble verdsatt av alle barna fordi det var tegn på at sykepleieren gjorde et forsøk på å lindre smerten deres.

Schmidt et. al (2007) sier at gjennom verbal og fysisk oppmuntring kunne vi hjelpe barna gjennom smertefulle opplevelser.

Fleste barn opplever smerte på sykehus. Sammen med engstelse, bekymring usikkerheten på om prosedyrer og undersøkelser var ufarlig eller smertefullt var smerte noe av det verste barnet opplevde med sykehusoppholdet (Tveiten 2004).

God smertelindring vil redusere ubehag, bidra til raskere mobilisering og kortere sykehusopphold til barnet. Lek kan blant annet bidra til bearbeiding av smerte.

Sykepleierens kunnskap om utvikling og modning hos barn, er viktig i forhold til



sykepleierens behandlende og lindrende funksjoner. Sykepleier må utføre tiltak som lindrer eller begrenser smerte hos barn, fordi smerte fører til stress som er svært energikrevende. Det blir viktig å lindre smerte slik at sykdomstilstanden til barnet ikke blir verre. Stress kan i tillegg føre til regresjon hos barnet, som er negativt med tanke på barnets vekst og utvikling (Grønseth og Markestad 2006).

Ved å begrense smerte hos barn, skaper vi et tryggere opphold for barna på sykehus. Dette er viktig fordi utrygge omgivelser eller opplevelse kan føre til angst hos barnet (Tveiten 2004).

Vår erfaring på dette området var et vi så hvor viktig det var med rosende ord når barnet gikk gjennom en smertefull prosedyre. Vi så også hvor viktig det var med belønning for barna. På sykehuset fikk de små lykketroll, og selv om de hadde grått gjennom hele prosedyren, ble det brått slutt når de fikk belønning. Det virket som om smerten forsvant med en gang de fikk en belønning. Smerte på sykehus var noe de fryktet mest. Et eksempel var når en sykepleier i praksis tok ut en veneflon fra barnets hånd, begynte barnet å gråte før man hadde begynt å ta den ut.

Et oppsiktsvekkende funn av Van Hulle Vincent (2007) var at anbefalt selvrapporing og atferdsvurdering av smerte hos barn ble lite brukt i praksis.

Smerte er en subjektiv opplevelse og vi kan ikke bedømme barns smerte uten å ha hørt barnets egen vurdering av sin egen smerte (Grønseth og Markestad 2006).

Det blir viktig for sykepleier å ha kunnskap om selvrapporing av smerte, og at det blir brukt i praksis slik at man kan vurdere smerten barn opplever mye bedre.

### **5.2.5 Barnets behov for å ha foreldre tilstede**

Forskning hevder at foreldres tilstedeværelse under et sykehus opphold, ble betraktet for å kunne redusere grad av smerte hos barnet. I tillegg kunne lengden på sykehusoppholdet til barnet reduseres, og den emosjonelle traumen hos barnet minskes ved utskrivelse av barnet, dersom foreldre var tilstedet under oppholdet. (Livesley 2005).

Det var viktig for barna at foreldrene var tilstede når de var innlagt på sykehus, dette bidro til å skape en stor trygghetsfølelse for barna (Lindeke et al. 2006).

Funn fra studien til Livesley (2005) påpeker også dette, men ifølge hennes studie var ikke alle foreldre fysisk eller emosjonelt til stede for barnet.

Barnet kan bli påvirket negativt dersom foreldre ikke greier å kontrollere følelsene eller atferden sin når barnet blir syk. Dette kan bli et hinder for sykepleierens oppgaver og plikter (Coyne 2008b).

Barna observerte hvordan foreldrene deres opplevde stress når de var tilstedet på sykehuset. Foreldre som opplevde stress, kunne føre til at barna ble urolige (Coynes 2006).

Teorien sier at foreldrenes tilstedeværelse er en viktig ressurs for å kunne skape trygge omgivelser for barnet (Grønseth og Markestad 2006).

Det å ta vare på foreldrene er å indirekte ta vare på barnet. Barn er oppmerksomme for følelser og uttrykk som kommer fra foreldrene. (Tveiten 2004).

Det er viktig å involvere foreldre i pleien fordi de har mye å bidra med i pleien og omsorgen av barnet. Ingen kjenner og forstår barnet bedre enn en forelder. Dersom foreldre ikke blir involvert kan dette påvirke samspillet mellom barn og forelder negativt (Tveiten 2004).

Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon kapittel 2 § 6 sier at barn har rett til å ha minst en av foreldrene hos seg under institusjonsoppholdet (Grønseth og Markestad 2006).

Sykepleiere må observere foreldres emosjonelle tilstand slik at de kan avlaste foreldre dersom det er behov for det. Dette vil sørge for at barnet får god nok pleie og omsorg. Sykepleiere må i tillegg gi god nok støtte til foreldrene slik at det slipper å føle press av at de må gjøre alt for barnet sitt. Dette kan bidra til at foreldrene ikke blir stresset, som vil føre til at barnet ikke blir urolig. Det at barnet har rett til å ha en forelder tilstedet hos seg vil gi barnet en trygghetsfølelse. Utfordringen for sykepleiere kan være å takle foreldre som kan virke negativt for pleien og omsorgen for barnet, nettopp fordi det er viktig at de er tilstede. Sykepleiere må kunne takle disse foreldrene slik at de kan hjelpe barnet på en profesjonell og omsorgsfull måte.

## 6.0 Konklusjon

Hensikten med studien var å undersøke hvordan barn opplever å være innlagt på sykehus. Vi ville også undersøke hva sykepleiere kan gjøre for at disse barna skal få et trygt opphold.

Resultatene viser at barn opplever både negative og positive sider av det å være innlagt på sykehus. Sykepleiere har mange omfattende oppgaver og har mye de trenger å være bevisst på når de skal fremme et trygt opphold på sykehuset. Resultatene viser at det er mange faktorer som har en betydning for at barn skal oppleve trygghet når de er innlagt.

Barn kan oppleve miljøet på sykehuset som usikkert og utrygt. Fleste barn opplever angst, tap av selvbestemmelse, separasjon og avbrudd av sitt normale liv. I tillegg opplever barn lek og moro, forming av nye vennskap, omsorg av sykepleiere.

Sykepleiere ble satt pris på når de viste høflighet, humor, god kompetanse under prosedyrer, fremmet trygghet og velvære.

Kommunikasjonen kunne bli opplevd som forvirrende av barna. Barn kunne oppleve lite informasjon under prosedyrer og undersøkelser.

Mange barn opplevde smerte under en sykehusinnleggelse under prosedyrer og undersøkelser. Fleste av disse barna ble ikke godt nok smertelindret. Bruk av barns subjektive selvrappoterer av smerte ble ikke sett på som pålitelig når sykepleiere skulle vurdere barns smerte.

Foreldrenes tilstedeværelse var viktig for barnets trygghetsfølelse. Når foreldrene var tilstede under sykehusoppholdet, kunne dette redusere grad av smerte hos barnet, lengden på sykehusoppholdet og den emosjonelle traumen til barnet.

Det blir viktig for sykepleiere å skape trygghet gjennom å vise god faglig kompetanse, vise engasjement til barnet, god tilrettelagt kommunikasjon, tilstrekkelig smertelindring og inkludering av foreldrene

## Referanseliste

- Brady, Mary. 2009. Hospitalized children's views of the good nurse. *Nursing Ethics*. 2009 Sep. 16(5). pp. 543-60.
- Coyne, Imelda 2006. Children's experiences of hospitalization. *J Child Health Care*. 2006 Dec. 10(4). pp. 326-36.
- Coyne, Imelda. 2008a. Children's participation in consultations and decision-making at health service level: a review of the literature. *Int J Nursing Studies*. 2008 Nov. 45(11). pp. 1682-9.
- Coyne, Imelda. 2008b. Disruption of parent participation: nurses' strategies to manage parents on children's wards. *J Clinical Nursing*. 2008 Dec. 17(23). pp. 3150-8
- Festini, Filippo, Occhipinti, Valentina, Cocco, Margherita, Biermann, Klaus, Neri, Stella, Giannini, Chiara, Galici, Valeria, de Martino, Maurizio og Caprilli, Simona. 2008. Use of non-conventional nurses' attire in a paediatric hospital: a quasi-experimental study. *J Clinical Nursing*. 2009 Apr. 18(7). pp. 1018-26.
- Forsberg, Christina og Wengström, Yvonne. 2006. *Att göra systematiska litteraturstudier*. Finland: Natur och Kultur
- Grønseth, Randi og Markestad T. 2006. *Pediatri og pediatrik sykepleie*. 2.utg. Bergen :Fagbokforlaget
- Lindeke, Linda Nakai, Miyuki og Johnson, Lauren. 2006. Capturing children's voices for quality improvement. *MCN*. 2006 Sep/Oct. 31(5). pp. 290-5.
- Livesley, Joan. 2005. Telling tales: a qualitative exploration of how children's nurses interpret work with unaccompanied hospitalized children. *J Clinical Nursing*. 2005 Jan. 14(1). pp. 43-50.
- Roohafza, Hamidreza, Pirnia, Afsaneh, Sadeghi, Masoumeh, Toghianifar, Nafiseh, Talaei Mohammad og Ashrafi, Mahmood. 2008. Impact of nurses clothing on anxiety of hospitalised children. *J Clinical Nursing*. 2009 Jul. 18(13): pp. 1953-9

Schmidt, Cynthia, Bernaix, Laura, Koski, Aimee, Weese, Jessica, Chiappetta, Maria og Sandrik, Kathy. 2007. Hospitalized children's perceptions of nurses and nurse behaviors. *MCN*. 2007 Nov/Dec. 32(6). pp. 336-44.

Tveiten, Sidsel. 2004. *Barnesykepleie*. 3.utg. Oslo: Gyldendal Akademiske

Van Hulle Vincent, Cynthia. 2005. Nurses' knowledge, attitudes, and practices regarding children's pain. *MCN*. 2005 May/Jun. 30(3). pp. 177-83.

Van Hulle Vincent, Cynthia. 2007. Nurses' perceptions of children's pain: a pilot study of cognitive representations. *J Pain & Symptom Management*. 2007 Mar. 33(3). pp. 290-301.

## Vedlegg 1 Artikkel tabell

Forfattere År Land Tidsskrift	Tittel	Hensikt	Metode/Instrument	Deltagere/Frafall	Hovedfunn	Kvalitet
Mary, Brady 2009 Storbritannia Nursing Ethics	Hospitalized children's views of the good nurse.	Rette opp et gap i litteraturen, identifisere kjennetegn ved en god sykepleier ut i fra det innlagte barns perspektiv og informere om barnesykepleie praksis	Intervju, med å skrive og tegne teknikk.	22 barn ble intervjuet	Fem tema knyttet til den gode sykepleier ble tatt opp. Sykepleieren burde være flink til å kommunisere, ha god faglig kompetanse, fremme trygghet, ha et profesjonelt utseende og gode egenskaper.	God Kvalitet  Inkludert
Imelda, Coyne 2008 Storbritannia Journal of Clinical Nursing	Disruption of parent participation: nurses' strategies to manage parents on children's wards.	Undersøke foreldrenes deltakelse i omsorgen for barnet som er innlagt på sykehus fra barnets, foreldrenes og sykepleierens å leierens perspektiv.	Grundige intervjuer, spørreundersøkelser og observasjoner	12 sykepleiere fra fire pediatriske avdelinger i to sykehus i England	Sykepleiere forventet at foreldre innrettet seg etter avdelingens rutiner og delta i pleien av barnet. Dersom foreldrene ikke fulgte avdelingens normer kunne de forstyrre avdelingens rutiner.	God Kvalitet  Inkludert

<p>Cynthia Schmidt, Laura Bernaix, Aimee Koski, Jessica Weese, Maria Chiappetta og Kathy Sandrik. 2007 USA MCN, American Journal of Maternal Child Nursing</p>	<p>Hospitalized children's perceptions of nurses and nurse behaviors.</p>	<p>Bidra til kunnskap angående innlagte barns syn på sykepleiere og sykepleiers oppførsel ut ifra hva barnet sier.</p>	<p>Semi strukturert intervju guide</p>	<p>65 sykehus innlagte barn</p>	<p>Barn verdsatte sykepleiere med positive holdninger, som lindret deres smerte, som var underholdt dem, som fremmet trygghet, dekket deres grunnleggende behov og ga dem anerkjennelse.</p>	<p>God kvalitet Inkludert</p>
<p>Cynthia, Vincent Van Hulle 2007 USA Journal of Pain &amp; Symptom Management</p>	<p>Nurses' perceptions of children's pain: a pilot study of cognitive representations.</p>	<p>For å forstå hvordan sykepleiere tenker og reagerer angående barnas smerte.</p>	<p>Sykepleiernes kognitive representasjoner ble målt og sammenliknet med standarder for praksis og beslutninger i case studier. Kaplan's teori om kognitive representasjoner ble brukt som retningslinjer i studien. Kognitive representsasjoner ble målt med Conceptual Content Cognitive Map</p>	<p>20 registrerte sykepleiere</p>	<p>Ved smerte stolte 65 % av deltakerne på barns selvrapportering av smerte, 80% stolte på barnets atferdmessige reaksjoner på smerte, 50% stolte på begge metodene for vurdering av smerte.</p>	<p>God kvalitet Inkludert</p>

			open-ended technique.			
Cynthia, Vincent Van Hulle 2005 USA MCN, American Journal of Maternal Child Nursing	Nurses' knowledge, attitudes, and practices regarding children's pain.	Beskrive sykepleieres kunnskap og holdninger angående smertelindring av barn, barrierer for barns optimale smertelindring og smertestillende som blir administrert av sykepleiere i forhold til barnets grad av smerte.	Utfallet ble målt med: The Nurses' Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain, the Nurses' Perceived Barriers to Optimal Pain Management for Children Survey. Oucher scale ble brukt for å måle barns smerte. Man observerte og kalkulerte hva slags og mengden analgetikum som ble gitt av sykepleieren	67 sykepleiere og 132 barn i deres pleie	Fleste sykepleiere viste kunnskap og positive holdninger for å lindre barns smerte. Det ble vist mangel på kunnskap angående forekomst av respirasjonsdepresjoner hos barn ved administrering av opioder. Legers mangelfulle legeordrer var største barriere for å kunne gi optimal smertelindring. Barn ble smertelindret men ikke optimalt.	God kvalitet  Inkludert



Forfattere År Land Tidsskrift	Tittel	Hensikt	Metode/Instrument	Deltagere/Frafall	Hovedfunn	Kvalitet
Joan, Livesley 2005 Storbritania Journal Clinical Nursing	Telling tales: a qualitative exploration of how children's nurses interpret work with unaccompanied hospitalized children	Utforske hvordan kvalifiserte barnesykepleiere definerer, tolker og gir mening til deres arbeid med enslige barn på sykehus	Tok opp ustruktureerte intervju på lydbånd hvor deltakere fortalte egne historier fra arbeidet deres.	4 kvalifiserte barnesykepleiere.	Foreldres rettigheter for å være tilstede for barnet sitt er ingen garanti for at de er emosjonelt eller fysisk tilstede. Sykepleiere må være forsiktig med å bli for emosjonelt tilknyttet og tenke på nærhet og distanse	God kvalitet Inkludert
Linda Lindeke, Miyuki Nakai og Lauren Johnson 2006 USA MCN American Journal of Maternal Child Nursing	Capturing Children's voices for quality improvement	Undersøke barnas oppfatninger og erfaringer av deres innleggelse, for å forbedre omsorg, og utvikle den i retning av barns behov og ønsker	Intervju hvor barna ble bedt om å kommentere hva de syntes var best og verst med sykehusinnleggelsen og deres anbefalinger for forandringer	120 barn	Smerte og ubehag ble nevnt som det verste med sykehusinnleggelse og var områder som hadde mest behov for forbedringer. Lekeaktiviteter ble verdsatt av barn i alle aldre. Deres positive forhold til sykehusansatte ble ofte nevnt.	God kvalitet Inkludert

Imelda, Coyne 2006 Storbritania Journal Child Health Care	Children's experiences of hospitalization	Undersøke barns opplevelser ved sykehusinnleggelse	Semistrukturerte intervjuer	11 barn alderen 7- 11 år.	Barna identifiserte en rekke angst og bekymringer. Dette inkluderte separasjon fra foreldre og familie, ukjente omgivelser, undersøkelser og behandlinger og tap av selvbestemmelse	God kvalitet  Inkludert
Hamidreza Roohafza, Afsaneh Pirnia, Masoumeh Sadeghi, Nafiseh Toghianifar, Mohammad Talaei og Mahmood Ashrafi. 2008 Iran Journal of Clinical Nursing	Impact of nurses clothing on anxiety of hospitalised children	Undersøke angst nivåer mellom to grupper av barn utsatt for sykepleiere med hvite uniformer mot fargede uniformer i et universitetssykehus i Iran.	Klinisk forsøk hvor deltakerne ble utsatt for sykepleiere med ulike uniformer. Grad av angst ble målt med en internasjonal angstskala	92 barn alderen 7- 15 år	Barn utsatt for sykepleiere i hvite uniformer viste høyere grad av angst enn barn utsatt for sykepleiere i fargede uniformer.	God kvalitet  Inkludert

<p>Filippo Festini, Valentina Occipinti, Margherita Cocco, Klaus Biermann, Stella Neri, Chiara Giannini, Valeria Gailici, Maurizio de Martino og Simona Caprilli 2008 Italia Journal of Clinical Nursing</p>	<p>Use of non- conventional nurses attire in a paediatric hospital: a quasi – experimental study</p>	<p>Teste virkningen av en multi-farget ikke-konvensjonelle antrekk på en populasjon av barn innlagt på pediatrik sykehus</p>	<p>Kvasi- eksperimentell studie. Multifargede uniformer ble introdusert til to avdelinger på pediatrik sykehus. Det ble brukt åpne spørsmål og semantic differensial scales (SDS), når de evaluerte effekten av multi fargede uniformer.</p>	<p>112 barn og deres foreldre</p>	<p>Multifargede ikke- konvensjonelle uniformer ble foretrukket av barna. Uniformene påvirket verken barnas eller foreldrenes syn på sykepleierens profesjonalitet.</p>	<p>God kvalitet  Inkludert</p>
--	--	--	--	---------------------------------------	--	--