



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

SYKB390-O-2024-VÅR-FLOW assign

Predefinert informasjon

Startdato:	26-04-2024 09:00 CEST
Sluttdato:	10-05-2024 14:00 CEST
Eksamensform:	Bacheloroppgave
Termin:	2024 VÅR
Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Flowkode:	203 SYKB390 1 O 2024 VÅR
Ekstern sensor:	Ekstern sensor 1
Intern sensor:	Intern sensor 1

Deltaker

Kandidatnr.:	223
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7898
----------------------	------

Egenerklæring *:

Ja

Jeg bekrefter at jeg har registrert

oppgavetittelen på

norsk og engelsk i

StudentWeb og vet at

denne vil stå på

vitnemålet mitt *:

Ja

Gruppe

Gruppenavn:	(Anonymisert)
Gruppenummer:	27
Andre medlemmer i gruppen:	Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller

Nei



BACHELOROPPGAVE

Trygghet gjennom lek, kommunikasjon og foreldresamarbeid:
*Sykepleiers rolle i å redusere barns negative reaksjoner i
preoperativ fase*

Safety through play, communication and parental collaboration:
*Nurses' role in reducing children's negative reactions in
preoperative phase*

Kandidatnummer: 223

Bachelor i sykepleie, Bergen

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Innleveringsdato: 10.mai 2024

Antall ord: 7898

Summary

Background: 90% of children admitted in hospital report experiencing at least one frightening event during hospital admission, with younger children being the most affected. Hospitalization can trigger various negative emotions like uncertainty, fear, anxiety, discomfort, and pain due to the unfamiliar environment replacing their usual routines. This thesis aims to explore children's reactions to hospitalization and investigate nursing approaches to fostering security for the child.

Research question: How can nurses contribute to reduce negative reactions in children aged 3-6 years during hospital admission in the preoperative phase?

Method: The method used in this thesis is a literature study. I found five studies through a systematic literature search, to discuss the research question. Some of the studies have a qualitative approach and some have a quantitative approach.

Results: The included studies show how information and communication, play, and parental collaboration can reduce negative emotions and reactions in children.

Conclusion: Nurses must adapt care to each child's needs, communicate effectively and use play as a positive tool, as well as collaborate with parents. This approach is vital for providing support for children in the preoperative phase. Continuing to refine these methods ensures children receive the care they need. Nurses can make the preoperative phase and the hospital setting a better experience for children by staying attentive, creative, and empathetic.

Innholdsfortegnelse

1.0 Introduksjon	2
1.1 Bakgrunn for valg av tema	2
1.2 Avgrensninger og begrepsavklaringer	2
1.3 Barnets utvikling	3
1.4 Barnets reaksjon på sykehusinnleggelse	4
1.5 Joyce Travelbees sykepleieteori	5
1.6 Informasjon og kommunikasjon til barn	6
1.7 Lek	7
1.8 Foreldresamarbeid	7
2.0 Presentasjon av problemstilling	8
3.0 Metode	8
3.1 Litteraturstudie som metode	8
3.2 Søkestrategi	8
3.2.1 Inklusjon og eksklusjonskriterier	9
3.2.2 Søkehistorikk	10
3.3 Etske overveielser	11
4.0 Presentasjon av artikler	11
4.1 Presentasjon av resultater	11
4.1.1 Informasjon og kommunikasjon	11
4.1.2 Lek	12
4.1.3 Foreldresamarbeid	13
4.2 Kildekritikk	13
5.0 Diskusjon	16
5.1 Tilpasning av kommunikasjon til barn i preoperativ fase	16
5.2 Effekten av lek: trivsel, forberedelse og avledning	19
5.3 Betydningen av foreldresamarbeid, og sykepleierens rolle i samarbeidet	21
6.0 Konklusjon	23
Litteraturliste	23
Vedlegg	25
Vedlegg 1: Litteraturmatrise	25
Tabeller	
Tabell 1: PICO	9
Tabell 2: Inklusjons- og eksklusjonskriterier	9
Tabell 3: Søkehistorikk	10

1.0 Introduksjon

Hele 90% av barn på sykehus forteller at de har opplevd minst én skremmende hendelse ved sykehusinnleggelse, og redselen er størst hos yngre barn (Lindheim, u.å.). I 2022 ble 188 393 barn i alderen 0-9 år behandlet på sykehus i Norge, og 68 872 av disse barna hadde døgnopphold på sykehuset (Statistisk Sentralbyrå, 2023). Når barn blir innlagt på sykehus, kan det utløse en rekke negative følelser og reaksjoner hos dem. Følelser som usikkerhet, uforutsigbarhet, frykt, engstelse, ubehag og smerter oppstår gjerne i forbindelse med sykdom og sykehusinnleggelse. Hverdagens trygge omgivelser og rutiner forsvinner og erstattes med et fremmed miljø som kan oppleves som skremmende og ubehagelig (Grønseth & Markestad, 2022, s.69). I denne oppgaven vil jeg se nærmere på hvordan barn reagerer på en sykehusinnleggelse i preoperativ fase, og undersøke ulike sykepleietilnærminger som kan bidra til å skape trygghet for barnet.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg har valgt å skrive om sykepleie til barn ettersom dette er noe jeg engasjerer meg for og ønsker å jobbe med når jeg er ferdigutdannet. Barn er sårbare, og det å kunne være en trygg og støttende tilstedeværelse for dem i en tid preget av usikkerhet og sykdom, er noe jeg ønsker å kunne bidra til. Studiet inneholder lite pensum som omfatter sykepleie til barn og jeg har derfor brukt bacheloroppgaven som en mulighet til å lære mer om akkurat dette. Jeg ser på dette som en verdifull mulighet til å utvide min kunnskap og kompetanse innenfor barnesykepleie, slik at jeg kan bli en enda bedre sykepleier og bidra til å gi barn den omsorgen de fortjener.

1.2 Avgrensninger og begrepsavklaringer

Jeg har valgt å fokusere oppgaven på barn i alderen 3-6 år. Jeg har valgt denne aldersgruppen ettersom barn i alderen 3-6 år har like utviklingsmessige særtrekk som har innvirkning på hvordan de vil håndtere en sykehusinnleggelse (Grønseth & Markestad, 2022, s.72). Dette gjør at tilnærmingen vil være ganske lik til en 3-åring som til en 6-åring. Gjennom oppgaven vil skillet mellom aldre variere litt ut ifra den aktuelle teorien eller studien som nevnes, men hovedfokuset vil være på rundt 3-6 år.

Jeg har valgt sykepleie i preoperativ fase, som er perioden fra en endelig beslutning om å gjøre et bestemt kirurgisk inngrep tas, frem til operasjonen (Stubberud & Grønseth, 2022, s.359). I den preoperative fasen skal barnet blant annet få informasjon, klargjøres med navnebånd og sykehestøy, tas målinger av og få bedøvelseskrem i forkant av innleggelse av perifert venekateter (Grønseth & Markestad, 2022, s.152-153). Dette er altså en fase som er preget av undersøkelser og prosedyrer, i tillegg til en overhengende usikkerhet knyttet til den kommende operasjonen. Jeg har valgt kirurgi ved innleggelse i sykehus fremfor dagkirurgi, da en innleggelse innebærer en mer omfattende omveltning av barnets hverdag. Jeg tar utgangspunkt i at sykehusinnleggelsen skjer ved norske sykehus. Jeg har valgt å ikke ta hensyn til diagnose, ettersom den generelle tilnærmingen til barnet i preoperativ fase vil være relativt lik, uavhengig av spesifikk diagnose.

1.3 Barnets utvikling

Når man møter barn på sykehus, er det avgjørende å forstå barnets utviklingsstadier for å kunne tilpasse kommunikasjon og informasjon etter barnets alder (Tveiten et al., 2012, s.102). Jean Piaget utviklet en teori om kognitiv utvikling, hvor han argumenterte for at barn går gjennom ulike stadier av utvikling (Eide & Eide, 2019, s.294). Denne utviklingen er et resultat av samspillet mellom modning og erfaring (Tveiten et al. 2012, s.100-101). I denne oppgaven er det preoperasjonelle stadiet mest relevant, som tar for seg barn fra 2 til 7 år. Barna i dette stadiet er her og nå-orientert og har et begrenset tidsbegrep (Eide & Eide, 2019, s.294). De kan for eksempel si "i morgen" uten nødvendigvis å forstå tidens begrep fullt ut, og klarer ikke å skille mellom "i morgen" og "om en stund". Selv om de kan beherske språket og si ord korrekt, forstår de altså ikke alltid betydningen fullt ut. Videre er barnets logikk hovedsakelig basert på følelser og er preget av egosentrisme (Tveiten et al., 2012, s.101). De har også en god hukommelse og kan huske tidligere opplevelser, spesielt hvis de har vært negative, noe som kan føre til engstelse selv i nye situasjoner. Fantasi og magisk tenkning er fremtredende, og barnet kan gi seg selv skylden for uheldige hendelser, som for eksempel hvis de er sinte på en forelder og forelderens blir syk (Eide & Eide, 2019, s. 294-295). Samtidig kan de ha vanskelig for å forstå sykdom og hvorfor undersøkelse og behandling er nødvendig (Grønseth & Markestad, 2022, s.72). Andre utviklingsmessige særtrekk ved barn i alderen 3-6 år er separasjonsangst, avhengighet av normale rutiner, og frykt for blant annet å miste kontroll, smerte, døden, mørket og monstre (Grønseth &

Markestad, 2022, s.72-73).

1.4 Barnets reaksjon på sykehusinnleggelse

Som nevnt innledningsvis kan en sykehusinnleggelse utløse ulike negative følelser og reaksjoner hos barnet. Det har en betydelig innvirkning på barnets daglige liv og utgjør i seg selv en kilde til stress. I tillegg kommer det gjerne medisinske prosedyrer, enten for undersøkelse eller behandling, som også er en stressende opplevelse for barn. Dette kan resultere i angst på flere områder, da barnet uansett alder og utviklingsnivå er sårbart i en slik situasjon (Tveiten et. al, 2012, s. 52). Barnet befinner seg i en ny og ukjent setting preget av uforutsigbarhet, nye rutiner, venting, og potensielt skremmende og ubehagelige opplevelser, og i noen tilfeller kan også barnet bli adskilt fra foreldrene. Barnet mister de kjente og trygge omgivelsene sine, samt rutiner som normalt gir stabilitet og forutsigbarhet i hverdagen. Sykehusmiljøet kan også oppleves som skremmende med maskiner, lys og lyder (Grønseth & Markestad, 2022, s.69). Videre vil barnet bli undersøkt, og sannsynligvis tatt på av en fremmed, uten å ha full forståelse for hva som skjer. I tillegg gjennomføres prosedyrer som kan være vonde og ubehagelige, for eksempel blodprøver eller innleggelse av venekateter (Grønseth & Markestad, 2022, s. 69). Dette er ekstra problematisk for små barn ettersom følelser, tanker og opplevelse av mestring er knyttet til barnets kroppslige opplevelser og kontroll (Grønseth & Markestad, 2022, s.69). Det vil også være begrenset mulighet til deltakelse i aktiviteter som barnet opplever meningsfulle hjemme og i barnehagen, som igjen kan ha negative konsekvenser for deres trivsel og skape stress (Grønseth & Markestad, 2022, s.69).

Stress og andre negative reaksjoner kan ha uheldige virkninger. Stress kan blant annet gi utrygghetsfølelse, forsterke smerteopplevelsen, ha negativ innvirkning på immunforsvaret og sårtilheling, og øke forbrenningen slik at kroppen krever mer energi, som igjen kan forverre barnets tilstand (Grønseth & Markestad, 2022, s.69). Dermed er forebygging av slike reaksjoner viktig. Forebygging understrekes også som et av sykepleierens viktige funksjonsområder, og innebærer å redusere eller fjerne sykdomsfremkallende, skadelige og negative faktorer (Kristoffersen et al., 2021a, s. 20).. Videre har også sykepleier en lindrende funksjon som handler om å redusere eller begrense omfanget av ulike typer belastninger av fysisk, psykisk, sosial eller åndelig karakter. Det er altså sykepleiers ansvar å i så stor grad

som mulig redusere de nevnte faktorene som skaper negative reaksjoner hos barn, og samtidig redusere den belastningen disse faktorene kan gi.

1.5 Joyce Travelbees sykepleieteori

Joyce Travelbee var en sykepleier og teoretiker som hovedsakelig fokuserte på mellommenneskelige relasjoner i sykepleiepraksis. Selv om hennes teori ikke primært er rettet mot barn, inneholder den prinsipper og perspektiver som kan være relevante for omsorg for barn. Teorien legger vekt på etableringen av et menneske-til-menneske-forhold, som innebærer at sykepleier og pasient oppfatter hverandre som unike individer fremfor «sykepleier» og «pasient» (Travelbee, 1966/1999, s.171). Etableringen av et slikt forhold skjer i følge Travelbee gjennom flere faser. Den første fasen er det innledende møtet hvor barnet og sykepleier vil få førsteinntrykk av hverandre. I denne fasen er sykepleierens ansvar å betrakte pasienten som en unik person og å kommunisere sin egen erfaring som sykepleier, mens man legger til side alle forhåndsoppfatninger og forventninger om hvordan pasienten burde være (Travelbee, 1966/1999, s.186). Deretter vil det skje en fremvekst av identitet, hvor sykepleier og pasienten ser hverandre som unike individer og etablerer en tilknytning (Travelbee, 1966/1999, s.188). Den neste fasen handler om å forholde seg empatisk til pasienten. Travelbee definerte empati som evnen til å innta og forstå et annet individs nåværende psykologiske tilstand. Hun understreket at det ikke betyr å tenke og føle som den andre, men å forstå og samtidig opprettholde en distanse – uten å miste medfølelsen (Travelbee, 1966/1999, s.193). Videre må sykepleier gå fra empati til sympati. Travelbee beskrev sympati som et genuint ønske eller trang til å hjelpe pasienten. Det innebærer en vilje til å hjelpe pasienten, ikke fordi det forventes, men fordi hun anerkjenner pasienten (Travelbee, 1966/1999, s.200). Til slutt er etableringen av gjensidig forståelse og kontakt, som resulterer i at sykepleier og pasient har opprettet et menneske-til-menneske-forhold. For å nå denne fasen må sykepleierens sympati ha bidratt til å faktisk lindre pasientens plager gjennom handlinger (Travelbee, 1966/1999, s.211-212).

Travelbee sin teori legger altså vekt på betydningen av å etablere tillitsfulle og støttende forhold mellom sykepleier og pasient. Dette er spesielt viktig i sykepleie til barn hvor tillit og god relasjon til sykepleier er sentralt, og kan ha mye å si for samarbeidet og hvordan barnet opplever sykehusinnleggelsen (Grønseth & Markestad, 2022, s.75). Tillit er helt

grunnleggende for barnets opplevelse av trygghet. Det bidrar til å skape en trygg relasjon, og kan få barnet til å slappe mer av (Kristoffersen et al, 2021b, s. 95).

1.6 Informasjon og kommunikasjon til barn

Et viktig aspekt ved sykepleie til barn er å gi alderstilpasset informasjon, samt å tilpasse kommunikasjonen. Ifølge yrkesetiske retningslinjer skal sykepleier sikre at både pasient og pårørende mottar informasjon, veiledning og opplæring tilpasset deres kultur, språkferdigheter, kognitive funksjon og psykiske behov, samt sikre at informasjonen er forstått (Norsk sykepleierforbund, 2023). Samtidig har barn egne rettigheter knyttet til informasjon. Ifølge Pasient og brukerrettighetsloven § 3-1 og § 3-2 har barn rett til informasjon og medvirkning, og dette skal tilpasses barnets alder og modenhet (1999). Både barnet og foreldre skal få praktisk informasjon som blant annet inneholder hva som vil skje før og etter operasjonen, ulikt utstyr de vil se, og hva de kan oppleve etter operasjonen, for eksempel smerte eller kvalme (Grønseth & Markestad, 2022, s.150). Det er avgjørende at informasjon og kunnskap blir formidlet på en måte som er tilpasset barnet og foreldrenes evne til å forstå og oppfatte det som blir sagt. Dette innebærer å ta hensyn til språklig og kulturell bakgrunn, samt barnets alder og utviklingsnivå (Tveiten et al., 2012, s.163). Selv om barn mellom 3 og 6 år har like utviklingsmessige særtrekk, vil det variere hva informasjon de trenger. For en 3-åring kan det viktigste være å ikke bli separert fra foreldrene, mens en 6-åring har mer behov for utfyllende informasjon og forklaringer (Grønseth & Markestad, 2022, s.150).

Sykepleier har både et profesjonelt, og et etisk ansvar for å skape en omsorgsrelasjon hvor barnet føler seg trygg (Kristoffersen et al., 2021b, s. 96). Flere faktorer spiller inn for at barnet skal oppleve trygghet. Sykepleier må blant annet vise omsorg og empati, utstråle varme, og gi trøst og bekreftelse (Kristoffersen et al., 2021b, s.101-106). Dette påvirker hvordan sykepleier bør kommunisere med barnet. I kommunikasjon med barn er det viktig å starte med å forstå hva barnet er interessert i, tilrettelegge kommunikasjonen i tråd med barnets perspektiv, hjelpe barnet med å forstå og finne mening i det som blir sagt eller hva det har opplevd, samt kommunisere på en måte som gjør at barnet føler seg kompetent (Grønseth & Markestad, 2022, s.104).

1.7 Lek

Barn i alderen 3-6 år har stor aktivitetstrang (Grønseth & Markestad, 2022, s.73), og Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon sier at barn skal aktiviseres og stimuleres i den grad helsetilstanden tillater det (2000, §12). Lek er en naturlig del av barnets normale hverdag, og bidrar til utvikling og god livskvalitet hos barn (Grønseth & Markestad, 2022, s.86). Bruk av lek kan også virke som avledning, som er en effektiv tilnærming hos barn (Grønseth & Markestad, 2022, s.83). Barnets nysgjerrighet og interesse for nye ting kan brukes for å flytte konsentrasjonen fra smerte, ubehag eller engstelse over til noe annet. For at avledningen skal ha effekt, er det viktig at det tilpasses barnets alder og interesser (Tveiten et al., 2012, s.152). Hos førskolebarn kan det være å blåse eller stryke mot det vonde området, bruke magitriks, se en film, spille spill, eller å lese eller fortelle historier (Grønseth & Markestad, 2022, s. 83). På grunn av barnets fantasi kan bruk av rollespill være en spesielt god tilnærming. Slik lek kan brukes for å forberede barnet før undersøkelser og prosedyrer, og samtidig bearbeide vonde opplevelser. Leken kan også være et middel for barnet å uttrykke sin følelsesmessige tilstand og spiller en betydelig rolle i kommunikasjonen. I tillegg kan lek bidra til opplevelsen av mestring, og dermed øke selvtilliten og selvfølelsen (Tveiten et al., 2012, s. 62).

1.8 Foreldresamarbeid

Barn på sykehus opplever stor frykt for å bli forlatt eller være alene, og har rett til å ha minst en av foreldrene til stede under hele sykehusinnleggelsen (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 6-2). Det er derfor viktig å ha foreldrene til stede og inkludere dem i så stor grad som mulig gjennom hele oppholdet. Dette gjelder spesielt i stressende situasjoner, som for eksempel ved undersøkelser eller prosedyrer, da dette skaper trygghet for barnet og øker toleransen for stress (Grønseth & Markestad, 2022, s. 77-78). Sykepleier har ansvar for det kliniske, men foreldre kan likevel bidra ved prosedyrer i den grad det er forsvarlig og kjennes trygt for foreldrene (Tveiten et al., 2012, s.72). Ved gjennomføring av undersøkelser og prosedyrer kan det være et godt tiltak å sitte på foreldrenes fang for å redusere stress og engstelse (Grønseth & Markestad, 2022, s. 82). Foreldre bør også ta del i omsorgsoppgaver for å opprettholde barnets normale rutiner (Grønseth & Markestad, 2022, s.72). Foreldrene kan også bidra som en ressurs for sykepleier i kommunikasjon med barnet. Foreldrene

kjenner barnets reaksjonsmønstre, og kan lettere tolke barnets signaler og uttrykk (Grønseth & Markestad, 2022, s. 108).

2.0 Presentasjon av problemstilling

Jeg har valgt å se nærmere på hvordan sykepleier kan gjøre sykehusinnleggelsen mindre skremmende for barnet for å redusere de ulike negative reaksjonene som kan oppstå. Jeg har derfor formulert problemstillingen: *Hvordan kan sykepleier bidra til å redusere negative reaksjoner hos barn i alderen 3-6 år ved innleggelse i sykehus i preoperativ fase?*

3.0 Metode

3.1 Litteraturstudie som metode

Metoden for denne oppgaven er en systematisk litteraturstudie. Det innebærer at jeg vil anvende eksisterende forskning og fagkunnskap for å besvare problemstillingen. Formålet med en litteraturstudie er å gi leseren en oppdatert og grundig forståelse av kunnskapen innenfor det spesifikke området som problemstillingen adresserer, og å beskrive metodene som er anvendt for å oppnå denne kunnskapen (Thidemann, 2020, s.78). Dette er en god metode for å svare på problemstillingen min fordi det gir en grundig oversikt og forståelse av temaet.

3.2 Søkestrategi

Jeg begynte søkeprosessen med å identifisere relevante søkeord for å finne konkret forskning knyttet opp mot problemstillingen min. Dette gjorde jeg ved hjelp av rammeverket PICO. Bokstavene i PICO representerer ulike kategorier; pasient, intervensjon, sammenligning og utfall (Helsebiblioteket, 2021). Basert på problemstillingen min identifiserte jeg ord innenfor hver av kategoriene, bortsett fra sammenligning ettersom det ikke har vært relevant for min problemstilling. Jeg valgte å kun inkludere engelske søkeord, ettersom jeg kun gjorde søk i engelske databaser.

Tabell 1: PICO

P - patient	I - intervention	C - comparison	O - outcome
Child, hospitalized Child, preschool	Distraction Play and playthings Play therapy Nurs* Preoperative care	-	Anxiety Fear Stress Worry

Ved hjelp av søkeordene gjennomførte jeg først et innledende søk for å få en oversikt over eksisterende litteratur og forskning, og omfanget av temaet (Thidemann, 2020, s.82). Det innledende søket ga en indikasjon på hva det var forsket mest på, og hvilke av søkeordene som var relevante. Dette gjorde det lettere å starte det systematiske søket.

I det innledende søket fant jeg mest relevant forskning i Cinahl og PubMed, og valgte derfor å gjennomføre det systematiske søket i disse databasene. Jeg gjennomførte søk med hvert enkelt av søkeordene, og lagde ulike kombinasjoner ved hjelp av kombinasjonsordene AND og OR. Jeg brukte OR for å utvide søket, eks. «anxiety OR stress», og AND for å avgrense søket, eks. «child, hospitalized» AND «Distraction» (Helsebiblioteket, 2020).

3.2.1 Inklusjon og eksklusjonskriterier

For å videre avgrense søket og velge relevante artikler, identifiserte jeg noen inklusjons- og eksklusjonskriterier.

Tabell 2: Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Språk: Engelsk eller skandinavisk	Andre språk enn engelsk og skandinavisk
Barn i alder 3-6 år	Artikler som ikke inkluderer alderen 3-6 år
Forskning publisert etter 2010	Forskning publisert før 2010
Fagfellevurdert forskning	Forskning som ikke er fagfellevurdert

Jeg valgte å bruke artikler på språk jeg selv forstår for å unngå å bruke en oversetter hvor jeg risikerer at innholdet oversettes feil. I innledende søk opplevde jeg at mange studier undersøker større eller flere aldersgrupper samtidig, så jeg valgte derfor å ikke ekskludere artikler med flere aldersgrupper så lenge de også inkluderer barn i alderen 3-6 år. Videre valgte jeg å kun bruke forskning publisert etter 2010 for å sikre at jeg fikk tak i oppdatert forskning, samtidig som jeg ønsket å inkludere et tidsrom som dekket et betydelig antall år med forskning.

3.2.2 Søkeshistorikk

Enkelte av søkene ga mange treff, selv etter å ha avgrenset dem ved å bruke årstall, språk og eventuelt alder som filtre. For å finne de beste artiklene for oppgaven min, leste jeg derfor gjennom overskrifter og sammendrag, og ekskluderte de som ikke virket relevant for problemstillingen min. Jeg valgte å inkludere fem artikler.

Tabell 3: Søkeshistorikk

Dato og database	Søkeord	Antall treff	Avgrensninger	Treff etter avgrensninger	Artikler inkludert
14.02.24, Cinahl	(anxiety OR stress OR fear) AND (child, preschool) AND (preoperative care) AND "nurs*"	10	Publisert etter 2010 Språk: engelsk	4	Thomasgaard et al. (2021): <i>"The Worst Is the Worry": Importance of Preoperative Preparation of Preschool Children</i>
16.02.24, Pubmed	(child, preschool) AND (child, hospitalized) AND (anxiety)	420	Publisert etter 2010 Språk: engelsk Alder: 2-5	109	Li et al. (2016): <i>Play interventions to reduce anxiety and negative emotions in hospitalized children.</i>
19.02.24, Cinahl	(stress OR fear OR anxiety) AND "nurs*" AND (child, hospitalized)	83	Publisert etter 2010 Språk: engelsk	58	Karlsson et al. (2014): <i>Nurses' perspectives on supporting children during needle-related medical procedures</i>
20.02.24, Cinahl	(anxiety OR fear OR stress OR worry) AND (child, preschool) AND (child, hospitalized)	123	Publisert etter 2010 Språk: engelsk	45	Claridge et al. (2022): <i>Children's experiences of stress and coping during hospitalization: A mixed-methods examination.</i>
26.02.24, Cinahl	(child, preschool) AND (preoperative care) AND (play therapy OR play and playthings)	19	Publisert etter 2010 Språk: engelsk	11	Paladino et al. (2014): <i>Therapeutic play in preparing for surgery: behavior of preschool children during the perioperative period</i>

3.3 Ethiske overveielser

Jeg har vært opptatt av at studiene har innhentet etisk godkjenning, og fått samtykke fra både barn og foreldre. FNs barnekonvensjon slår fast at barn har rett til å uttrykke sine synspunkter i alle saker som angår dem, og at deres synspunkter skal bli tatt hensyn til i henhold til deres alder og modenhet (Barnekonvensjonen, 1989, art. 12). Samtidig er barn sårbare deltakere i forskning, og etisk godkjenning er derfor svært viktig. Den skal sikre beskyttelse av barnas rettigheter, vurdere risiko og nytte, tilpasse samtykkeprosessen til barnas alder og modenhet, ivareta konfidensialitet og personvern, og sikre at forskningen utføres på en ansvarlig og respektfull måte (Backe-Hansen, 2023).

4.0 Presentasjon av artikler

I dette kapittelet vil forskningsartiklene fra det systematiske søket bli presentert. Artiklene vil bli presentert i en litteraturmatriks (vedlegg 1) inspirert av Thidemann (Thidemann, 2020, s.95). Videre vil jeg beskrive resultatene fra de ulike studiene, og hvordan jeg har kritisk vurdert de. For å gjøre resultatene mer oversiktlige har jeg gjort en tematisk analyse. Det er en systematisk metode for å identifisere temaer i dataene ved å lese gjennom og gjøre seg kjent med resultatene, og sortere dem etter felles mønstre (Clarke & Braun, 2016).

4.1 Presentasjon av resultater

4.1.1 Informasjon og kommunikasjon

Karlsson et al. (2014) understrekte å utvikle relasjoner gjennom samtale, som innebærer å tilpasse informasjon basert på barnets alder, erfaring og engstelse. Samtaler og «small talk» brukes også for å distrahere barnet og skape en trygg atmosfære, og sykepleiere bruker metaforer for å forklare prosedyrene på en forståelig måte (Karlsson et al., 2014). Videre la studien vekt på å lese barnas kroppsspråk for å avgjøre om de er trygge eller engstelige før prosedyren, for å kunne tilpasse støtten. Det er også viktig for sykepleiere å tolke og tilpasse omgivelsene der prosedyrene utføres for å skape en trygg og komfortabel atmosfære. Studien la også vekt på å gi håp og mot. Sykepleierne bruker ord som "modig" og "god" for å rose barna etter prosedyren, slik at de får positive erfaringer å ta med seg til fremtidige besøk (Karlsson et al., 2014). I studien til Claridge et al. (2022) fremhevet barna helsepersonell som en viktig faktor for å føle seg avslappet og komfortabel på sykehuset.

Personalet bidro til å skape positive opplevelser ved å få dem til å le, bygge relasjoner med dem, lære dem mestringsferdigheter og samhandle på vennlige måter. Disse positive interaksjonene ble verdsatt av barna og gjorde sykehusoppholdet mer utholdelig for dem. Thomasgaard et al. (2021) legger mye vekt på sykepleierens rolle ved å *bruke seg selv* for å skape en positiv og tillitsfull relasjon med barnet, og en trygg atmosfære. Det innebærer å sikre at det første møtet mellom sykepleieren og barnet er positivt, for eksempel ved å tilby en liten leke eller premie, og unngå å skremme barnet med kirurgisk utstyr før det er nødvendig. Videre vil det også bety å tilpasse sin tilnærming til hver situasjon, og ta hensyn til barnets individuelle behov og tidligere erfaringer. Funnene peker på kommunikasjon og ærlighet som nøkkelen til å bygge tillit og skape en trygg atmosfære for barnet (Thomasgaard et al., 2021).

4.1.2 Lek

Studien til Paladino et al. (2014) viser at lek er et positivt tiltak, som også hadde positiv innvirkning på hvordan barnet håndterte induksjon av anestesi og oppvåkning i etterkant av operasjonen. Studien til Li et al. (2016) fant også at lek gjorde at barna forstod mer om de medisinske prosedyrene, og at dette reduserte engstelse og stress. Samtidig bidro lekintervensjonene til å endre synet deres på helsepersonellet, som de tidligere hadde opplevd som apatiske. Etter lekintervensjonen opplevde de at helsepersonellet brydde seg om deres psykologiske behov og syntes det var lettere å uttrykke bekymringer og stille spørsmål. Barna fortalte også at leken var morsom og interessant, og ga muligheten til å sosialisere seg med andre som igjen førte til mindre ensomhet (Li et al., 2016). Studien til Karlsson et al. (2014) viser at bruk av lek kan være en god tilnærming for å spille i takt med barnet. Å la barnet se og ta på utstyr, bruke det på en bamse eller dukke, og ta det med seg hjem, er noe som bidrar til å ufarliggjøre situasjonen. Studien viser også at bruk av lek som avledning kan være en nødvendig tilnærming i noen tilfeller, men at det likevel er best å unngå dette så langt det er mulig (Karlsson et al., 2014). I studien til Claridge et al. (2022) beskrev barna ulike distraksjoner som gjorde sykehusoppholdet mer likt et vanlig liv. Mange nevnte et lekerom og turer utenfor rommet som viktige avbrekk. Disse mulighetene til å forlate sykehusrommet var nyttige og ga en pause fra den vanlige sykehusrutinen. Aktiviteter som kunst, brettspill, videospill og filmer ble også diskutert, og disse virket å gi barna en distraksjon fra det vanlige sykehuslivet og en følelse av normalitet (Claridge et al.,

2022). Thomasgaard et al. (2021) viser at å introdusere barna for utstyret de ville se under induksjonen og bli kjent med utstyret reduserte deres engstelse. Sykepleierne rapporterte positive erfaringer med å bruke lek under innledningen av anestesi. Hos de yngste barna ble fantasien deres brukt til å for eksempel late som at ventilasjonsbagen var en ballong barnet kunne blåse opp. Denne tilnærmingen bidro til å redusere angst og gjorde prosessen mer involverende for barna (Thomasgaard et al., 2021).

4.1.3 Foreldresamarbeid

Noen av studiene dro også frem foreldresamarbeid som en viktig tilnærming. I studien til Claridge et al. (2022) uttrykte barna at de opplever mindre stress og føler seg mer komfortabel når foreldrene er til stede og involvert i omsorgen på sykehuset. De fortalte også at foreldrene hjelper dem med å forstå diagnosen og takle stresset (Claridge et al., 2022). Thomasgaard et al. (2021) legger også vekt på betydningen av foreldrenes tilstedeværelse for å berolige barn før og under induksjon av anestesi. Foreldrene ble sett på som en viktig ressurs, da barna følte seg tryggere med noen de kjente i den skremmende situasjonen. Det ble også vektlagt at den mest selvsikre forelderen burde være til stede under innledningen av anestesi, og hvis begge foreldrene var svært engstelige, kunne en annen voksen som barnet kjente og stolte på, være mer egnet til å være til stede (Thomasgaard et al., 2021). Karlsson et al. (2014) viser også at foreldrenes tilstedeværelse og kommunikasjon er avgjørende for barnets trygghet og følelse av sikkerhet. Samtidig må foreldrenes involvering styres av en bevissthet om barnets behov og foreldrenes evne til å gi trygghet (Karlsson et al., 2014).

4.2 Kildekritikk

Før jeg har tatt i bruk forskningsartiklene i oppgaven, har jeg kritisk vurdert artiklene. Hensikten med å kritisk vurdere forskningen er å evaluere validiteten til informasjonen som presenteres i studien (Helsebiblioteket, 2018). Jeg har brukt Helsebibliotekets sjekklistene for å kritisk vurdere forskningen. Sjekklistene består av ulike spørsmål avhengig av hvilken type forskning man vurderer, for å blant annet vurdere om resultatene er til å stole på, og om funnene er relevante eller nyttige (Helsebiblioteket, 2018). Jeg har kun valgt artikler som følger IMRAD-strukturen (introduksjon, metode, resultat og diskusjon), da det gir god oversikt og samsvarer med forskningsprosessen (Thidemann, 2020, s.67), noe som igjen gjør

det lettere å kritisk vurdere artikkelen.

Studien til Karlsson et al. (2014) er fra Sverige, som har svært like kulturelle forhold som Norge, og jeg ser derfor på resultatene fra denne studien som svært overførbare til norske forhold. En begrensning ved studien er at den kun bygger på sykepleiernes erfaringer og perspektiver. Mangelen på innsikt fra barna selv kan begrense forståelsen av deres erfaringer og hva som virkelig kan bidra til å lindre barnets angst og bekymringer. Jeg har likevel valgt å inkludere den ettersom sykepleierne i denne studien hadde lang arbeidserfaring og kan gi verdifull innsikt. Studien benytter en kvalitativ metode, som er velegnet for å samle inn dybdeinformasjon og utforske erfaringer, opplevelser og meninger (Thidemann, 2020, s. 76). Videre er metoden og analysen godt beskrevet, noe som øker studiens pålitelighet og gjør det mulig for andre forskere å etterprøve og validere funnene.

Studien til Claridge et al. (2022) er fra USA, som i likhet med Norge er et land med vestlig kultur. Til tross for mulige forskjeller i helsevesenet og organisatoriske forhold mellom disse to landene, ser jeg likevel på denne studien som svært overførbare til norske forhold. Dette skyldes at både USA og Norge deler lignende kulturelle verdier og normer knyttet til barns trivsel og omsorg, samt at studien tar for seg generelle prinsipper om lek, distraksjon og foreldresamarbeid som kan være gjeldende på tvers av ulike kulturelle kontekster. En begrensning ved studien til Claridge et al. (2022) er at de minste barna ga korte svar under intervjuene, og intervjuerne måtte i stor grad lede samtalen. Dette kan potensielt påvirke hva barna forteller, da de kan bli påvirket av måten spørsmålene blir stilt på eller hva de tror intervjuerne ønsker å høre. Samtidig hadde intervjuerne kjennskap til barns utvikling, og de kunne dermed tilpasse kommunikasjonen etter barnets alder. Dette bidro til å skape en trygg og tillitsfull atmosfære under intervjuene, noe som kan ha ført til mer åpenhet fra barnas side. Et annet negativt aspekt er det store aldersspennet som ble inkludert i studien (4-15 år), da det er stor forskjell i barnas behov og erfaringer. Jeg har likevel valgt å inkludere studien ettersom barn i alderen 4-6 år er inkludert, og funnene samsvarer med både teori og annen forskning. Det gjør at jeg anser resultatene som pålitelige. Studien hadde tilfeldig valgte pasienter, noe som gjør at studien er mer representativ for den generelle barnepopulasjonen på sykehuset, og funnene kan derfor i større grad generaliseres til andre barn i samme situasjon. Studien beskriver grundig både metoden og analysen som ble brukt,

og bruk av både kvalitative og kvantitative metoder gir et mer helhetlig bilde av barnas opplevelser og behov. Denne tilnærmingen gir mulighet for å undersøke både dybde- og breddeaspekter ved temaet.

Studien til Li et al. (2016) er fra Kina, og kulturen der kan være annerledes enn i Norge. Likevel er det sannsynlig at noen normer innen helsevesenet er like. Tilnærmingen til barn kan være ganske lik, uansett kultur, siden barn generelt trenger omsorg og støtte i preoperative situasjoner. Derfor er det grunn til å tro at funnene fra studien også kan være relevante og overførbare til norske forhold. Studien hadde et stort aldersspenn (3-12 år), men også her har jeg valgt å inkludere den ettersom barn i alder 3-6 år er inkludert. Studien inkluderte hele 304 barn, noe som styrker gyldigheten til resultatene og gir et bredere perspektiv på temaet. Videre sammenlignet studien to grupper barn, en som fikk intervensjon og en som ikke fikk. Dette gjør det lettere å undersøke om intervensjonen faktisk hadde en effekt. Målinger av angst-nivå ble gjort i begge gruppene før intervensjonen, og resultatene av disse var svært like i begge gruppene, som tyder på at resultatene etter intervensjon vil være pålitelige og sammenlignbare.

Studien til Paladino et al. (2014) kommer fra Brasil, og i likhet med studien til Li et al (2016) har jeg valgt å inkludere den da jeg mener at barns behov i en preoperativ fase vil være universelle, til tross for forskjeller i kultur. Studien inkluderer kun barn i alderen 3-5 år, og er derfor relevant for min oppgave. Utvalget av barna er grundig beskrevet, noe som bidrar til å styrke studiens troverdighet og representativitet. Studiens resultater var kort beskrevet, og dette kan ha begrenset forståelsen av funnene. Dette kan delvis skyldes at studien brukte en kvantitativ metode, som generelt sett kan gi en noe mindre detaljert beskrivelse, eller mindre dybdeforståelse av resultatene sammenlignet med en kvalitativ metode.

Studien til Thomasgaard et al. (2021) er gjennomført i Norge, og resultatene vil derfor være direkte overførbare til ulike sykehus i Norge ettersom de tar hensyn til den lokale kulturen og praksisen innenfor det norske helsevesenet. En svakhet ved studien er at den baserer seg utelukkende på sykepleiernes erfaringer, og det oppgis lite informasjon om sykepleierne som deltok. Uten tilstrekkelig informasjon om deres bakgrunn, egenskaper og situasjon kan det være vanskelig å forstå resultatene fullstendig. På den positive siden gir studien en

detaljert analyse av sykepleiernes erfaringer og observasjoner knyttet til forberedelse av barn i preoperativ fase, og tar for seg mange ulike tilnærminger.

5.0 Diskusjon

I dette kapittelet vil jeg drøfte problemstillingen «*Hvordan kan sykepleier bidra til å redusere negative reaksjoner hos barn i alderen 3-6 år ved innleggelse i sykehus i preoperativ fase?*» i lys av teori og forskning presentert i oppgaven.

5.1 Tilpasning av kommunikasjon til barn i preoperativ fase

Å tilpasse informasjon og kommunikasjon handler ikke bare om å gi barnet en bedre forståelse av deres medisinske situasjon, men også om å påvirke deres trivsel og mestring under oppholdet. Gjennom tydelig kommunikasjon og tilpasset informasjon kan barnet få bedre forståelse for både sin medisinske tilstand og hva det kan forvente seg av kommende prosedyrer (Thomasgaard et al., 2021). Dette vil igjen gjøre at barnet kan føle seg mer forberedt og trygg på situasjonen, noe som gir barnet en følelse av forutsigbarhet og kontroll. Dette påvirker deres trivsel ettersom kontroll og oversikt over situasjonen reduserer stress og engstelse (Grønseth & Markestad, 2021, s.80).

Å kommunisere ærlig og åpent med barna og deres foreldre kan bidra til å bygge tillit mellom barnet, foreldre og helsepersonell (Thomasgaard et al., 2021). I studien til Claridge et al. (2022) påpekte barna at helsepersonell som skapte en relasjon med dem, lo med dem, og ellers samhandlet med dem på vennlige måter bidro til at de følte seg avslappet og komfortabel. Også Travelbee vektlegger det å bygge relasjon, *et menneske-til-menneske-forhold*, til pasienten for å sikre at pasientens behov blir ivaretatt (Travelbee, 1966/1999, s.177). Det å etablere en tillitsfull relasjon og kommunisere på en god måte tilpasset barnet, kan derimot være utfordrende i en preoperativ fase ettersom det å opprette tillit er en prosess som kan ta tid, spesielt med små barn (Grønseth & Markestad, 2022, s. 75). Det kan likevel være mulig å bygge en form for relasjon og tillit, selv om det kan være utfordrende å etablere et dypt og fullstendig menneske-til-menneske-forhold på kort tid. Det er innholdet i kommunikasjonen som avgjør om det er mulig å etablere en relasjon mellom sykepleier og pasienten (Travelbee, 1966/1999, s.147). Små handlinger og empatisk kommunikasjon fra

sykepleieren kan bidra til å skape en følelse av støtte, forståelse og trygghet hos barnet og deres familie, og skape en positiv og støttende atmosfære. Relasjonen blir kanskje ikke like dyp som den kunne blitt over lengre tid, men sykepleieren kan likevel gjøre en betydelig forskjell ved å være til stede, lytte og vise omsorg i den begrensede tiden de har sammen. Thomasgaard et al. (2021) påpeker at det er viktig at det første møtet er positivt for at situasjonen skal oppleves trygt for barnet. For at det første møtet skal være positivt må sykepleier fremstå så menneskelig som mulig, for eksempel ved å unngå å bruke munnbind, og ha en myk start (Thomasgaard, et al., 2021). Det kan være til hjelp å gi en liten gave eller premie når en møter barnet og bruke tid på å snakke med barnet og prøve å bygge tillit, før sykepleier gjennomfører prosedyrer eller undersøkelser.

I kommunikasjonen med barnet er det ikke bare spørsmål om hva som sies, men også hvordan det sies, og om det tilpasses barnets individuelle forståelsesnivå og behov. For å kunne tilpasse informasjon og kommunikasjonen må derfor sykepleier ha kunnskap om barnets behov og utviklingsnivå (Tveiten et al., 2012, s. 38). Videre må sykepleier bli kjent med det aktuelle barnet. I møte med barnet må sykepleier være oppmerksom på barnets både verbale og non-verbale signaler, og forholde seg hensiktsmessig til dem (Karlsson et al., 2014). Sykepleieren bør snakke direkte til barnet, bruke en vennlig tone og gi tydelige forklaringer (Claridge et al., 2022). Videre i kommunikasjonen bør sykepleier bruke positive ord, metaforer og sammenligninger (Thomasgaard et al., 2021; Karlsson et al., 2014). Det er også viktig å forsikre barnet om at det som skjer ikke er straff og å rydde opp eventuelle misforståelser (Grønseth & Markestad, 2022, s. 72). Barnets evne til magisk tenkning er en faktor som kan bidra til å skape misforståelser (Thomasgaard et al., 2021; Paladino et al., 2014). Piaget beskriver magisk tenkning som et særtrekk hos barn i førskolealder, som kan gjøre at de for eksempel gir seg selv skylden for sykdom (Eide & Eide, 2019, s. 294-295). Dersom barnet misforstår eller tolker informasjonen på feil måte, kan dette føre til unødig bekymring eller stress for barnet og deres foreldre. Sykepleier bør derfor ha fokus på barnets oppfatning av situasjonen, for å kunne korrigere feiloppfatninger barnet kan ha (Grønseth & Markestad, 2022, s. 105). Et godt hjelpemiddel kan for eksempel være å bruke lek eller tegning for å hjelpe barnet å konstruere sammenhengende historier (Eide & Eide, 2019, s.296). Det er også viktig at informasjonen som gis er realistisk, da det kan skape en følelse av forutsigbarhet og kontroll hos barnet. Man bør for eksempel ikke fortelle at en prosedyre

som er vondt, ikke er det, eller vise bilder av barn som smiler mens foreldrene forlater dem (Grønseth & Markestad, 2022, s.81). Videre er det viktig at sykepleier møter barnet på deres nivå, noe som krever evne til empati, kreativitet og aktiv lytting (Tveiten et al, 2012, s. 166-167). Empati vektlegges også av Travelbee, spesielt når det gjelder å forstå pasientens psykologiske tilstand. Hun påpeker at empati ikke innebærer å identifisere seg fullstendig med den andre personen, men heller å kunne dele og forstå deres opplevelser mens man likevel beholder en viss distanse (Travelbee, 1966/1999, s.193). Dette perspektivet kan hjelpe sykepleier til å balansere mellom å være følelsesmessig involvert og samtidig beholde en profesjonell distanse, noe som er avgjørende når man arbeider med barn i sårbare situasjoner.

Et viktig aspekt ved kommunikasjonen er å tilpasse mengden informasjon barnet får utifra barnets behov. På den ene siden kan for mye informasjon være overveldende for noen barn. Et barn som er engstelig vil også gjerne få mindre informasjon enn et åpent og nysgjerrig barn (Karlsson et al., 2014). Omfattende informasjon om medisinske prosedyrer kan være skremmende, spesielt dersom barnet ikke forstår det fullt ut. På en annen side kan manglende informasjon gjøre barnet mer engstelig og forvirret. I studien til Claridge et al. (2022) uttrykte barn stress på grunn av usikkerhet og forvirring rundt situasjonen. Noen av barna visste ikke årsaken til sykehusinnleggelsen og andre følte seg usikre på hva som skulle skje videre, noe som konsekvent bidro til stress under innleggelsen. Barnets tidligere erfaringer spiller også inn på hvor mye informasjon barnet trenger, og hvordan sykepleier bør kommunisere. For eksempel kan barn som kom til Norge som flyktninger ha skumle erfaringer fra tidligere som gjør at de trenger ekstra forberedelse (Thomasgaard et al., 2021). Barnets tidligere erfaringer fra sykehus spiller også inn. Barn i førskolealder uten tidligere erfaring får ofte begrenset informasjon, mens barn med mer erfaring får mer detaljert informasjon (Karlsson et al., 2014). Man bør altså unngå å tenke at barnet ikke trenger like mye forberedelse dersom det har opplevd prosedyren før. Tidligere erfaring med for eksempel nåler og sprøyter kan gjøre at barnet gruer seg mer enn noen som ikke har opplevd det, fordi barnet har opplevd at det er vondt (Grønseth & Markestad, 2022, s. 79). Gjentatt informasjon og forberedelse er derfor viktig, og kan bidra til at å korrigere eventuelle misforståelser, og bearbeide opplevelsene (Grønseth & Markestad, 2022, s. 79.).

5.2 Effekten av lek: trivsel, forberedelse og avledning

Lek har vist seg å være effektivt i å redusere barns negative reaksjoner ved innleggelse i sykehus og i preoperativ fase (Li et al., 2016; Paladino et al., 2014; Claridge et al., 2022; Thomasgaard et al., 2021; Karlsson et al., 2014). Lek kan skape en positiv opplevelse for barna, og bidra til å avdramatisere situasjonen (Karlsson et al., 2014). Dette kan bidra til å redusere følelsen av det ukjente og skremmende, og gjøre barnet mer komfortable med det som skal skje. Lek kan også skape et positivt inntrykk av helsepersonell (Li et al., 2016). Ved å introdusere lek i sykemiljøet kan barna oppleve helsepersonell som mer omsorgsfulle og imøtekommende. Dette kan bidra til å styrke tilliten mellom barnet og helsepersonellet, og gjøre det lettere for barna å uttrykke sine bekymringer. Lek vil også bidra til å skape en mer normal atmosfære som ligner mer på hvordan barnet har det hjemme (Claridge et al., 2022). Dette er positivt ettersom en av tingene som skaper mest stress for barn ved sykehusinnleggelse er mangel på kjente rutiner og normalitet.

Lek er også et godt virkemiddel for å forberede barnet til det som skal skje. Gjennom lek får barn muligheten til å utforske og forstå medisinske prosedyrer på en mer intuitiv måte, noe som kan bidra til å dempe bekymringer og frykt (Li et al., 2016). Lek gjennom rollespill kan være godt egnet for å lære barnet om sykehustilværelsen og operasjonen. Barnet kan for eksempel oppfordres til å være lege eller sykepleier, mens en dukke eller bamse kan være pasient (Grønseth & Markestad, 2022), s.91). Gjennom leken bør sykepleier dra nytte av barnets fantasi og magisk tekning, ved å for eksempel late som at ventilasjonsbagen er en ballong barnet skal blåse opp (Thomasgaard et al., 2021). Samtidig bør ikke prosedyrer eller undersøkelser gjennomføres på barnets egen leke eller bamse, da den kan oppfattes som en del av barnets identitet (Grønseth & Markestad, 2022, s.80). Dette kan gjøre at barnets egen trygghet oppleves som å bli utfordret, som kan skape mer ubehag eller stress for barnet. Det er også viktig å tenke på hvilket bilde barnet får av situasjonen gjennom leken. Dersom målet med leken er å forberede barnet på det som skal skje, er det viktig at den er realistisk. Dersom leken gir barnet et urealistisk bilde av situasjonen, for eksempel ved at leken skaper en for positiv eller avdramatisert atmosfære som ikke samsvarer med den faktiske situasjonen, kan dette skape utrygghet hos barnet.

Lek kan også være en god måte å avlede barnet på (Karlsson et al., 2014). Å avlede barnet

kan være gunstig i spesielt skremmende situasjoner, for eksempel ved innleggelse av perifert venekateter. Samtidig bør sykepleier være klar over at leken potensielt kan forstyrre prosedyrer eller undersøkelser dersom barnet blir for opptatt med det. Dersom lek skal brukes som avledning under en prosedyre eller undersøkelse vil det derfor være viktig å tilpasse leken til den aktuelle prosedyren eller undersøkelsen. I eksempelet over vil det være lurt å være flere sykepleiere til stede, slik at én kan utføre prosedyren på den ene armen, mens en annen kan sitte på den andre siden av barnet og dra oppmerksomheten over til noe annet (Karlsson et al., 2014). Til tross for at avledning gjennom lek kan ha god effekt, anbefaler sykepleierne i studien til Karlsson et al. (2014) å unngå bruk av avledning når det er mulig. De argumenterer for at dersom barnet blir vant til å bli distraheret fra ubehagelige situasjoner, kan det hindre dem i å utvikle mestringsevner og håndtere utfordrende situasjoner på en konstruktiv måte. Dersom en prosedyre derimot utføres uten distraksjon vil barnet ha mer kunnskap til neste gang (Karlsson et al., 2014). Det vil derfor være viktig å være oppmerksom på barnets atferd. Dersom barnet fremstår forholdsvis trygg og kan bli beroliget ved andre metoder enn avledning, bør dette forsøkes først.

Studien til Karlsson et al. (2014) trekker også fram bruk av tvang i tilfeller hvor lek eller andre metoder for avledning ikke er tilstrekkelig. Yrkesetiske retningslinjer sier at sykepleier skal respektere pasientens rett til å ta egne valg og beskytte pasienten mot unødvendig tvang (Norsk sykepleierforbund, 2023). Samtidig er det noen prosedyrer som må gjennomføres, og bruk av tvang kan derfor bli nødvendig. Det kan for eksempel være at barnet gråter og vrir seg vekk under en nødvendig prosedyre. Tvang i slike tilfeller vil være til barnet beste, ettersom jo lengre barnet motsetter seg prosedyren, jo mer tid vil barnet ha til å bygge opp indre stress (Karlsson et al., 2014). I tilfeller hvor tvang er nødvendig skal det skje forsiktig og med gode grep, og barnet bør bli forklart hvorfor det er nødvendig (Grønseth & Markestad, 2022, s.80+82).

Barn har ulike preferanser og reaksjoner på lek og distraksjon. Det betyr at noe som fungerer for enkelte barn, kan være mindre effektivt for andre. Det er derfor viktig å ta hensyn til individuelle behov og tilpasse tilnærmingen deretter. For eksempel kan noen barn foretrekke rolige aktiviteter som lesing eller tegning fremfor mer aktive leker som rollespill. Andre faktorer kan også spille inn å gjøre leken mindre effektiv. Noen barn kan for eksempel

velge å ikke delta i leken dersom miljøet oppleves som utrygt (Grønseth & Markestad, 2022, s.86). For å oppleve de positive effektene lek kan ha, er det altså viktig at barnet er både interessert, og deltar i leken. Det er derfor viktig å ta hensyn til individuelle behov og tilpasse tilnærmingen deretter.

Det kan også argumenteres for at implementering av lekintervensjoner kan kreve ressurser (tid, personell og materielle ressurser), noe som kan være utfordrende å opprettholde i et travelt sykehusmiljø med begrensede ressurser (Li et al., 2016). Samtidig handler det «kun» om en annen tilnærming til barnet. Det handler ikke nødvendigvis om å bruke mer tid og ressurser enn man ellers ville gjort, men hvordan man bruker den tilgjengelige tiden og ressursene. Når man i tillegg ser på effekten lek kan ha på barns trivsel, mestring og forståelse av medisinske prosedyrer, kan investeringen i ressurser uansett anses å være verdt det i det lange løp.

5.3 Betydningen av foreldresamarbeid, og sykepleierens rolle i samarbeidet

Foreldrenes tilstedeværelse på sykehuset og deres involvering i omsorgen spiller en avgjørende rolle i barnets følelse av trygghet (Karlsson et al. 2014). På den ene siden opplever barn redusert stress og er mer komfortable når foreldrene er til stede og aktivt deltar i omsorgen (Claridge et al., 2022). Foreldrene kjenner barnet, noe som gjør at de lettere kan kommunisere på en måte barnet forstår. Det gjør at foreldrene kan bidra til å forklare prosedyrer og medisinske termer og dermed øke barnets forståelse av hva som skal skje og redusere følelsen av det ukjente og skremmende. I studien til Claridge et al. (2022) fortalte barna at foreldrene bidro til at de forstod diagnosen. En gutt på 5 år beskrev det slik: «Jeg lærte det av de beste av de beste [peker på mamma] ... den mest spesialiserte personen er moren min.» (Claridge et al., 2022). Samtidig kan også adskillelse fra foreldre skape mye stress, og på grunn av den magiske tenkningen kan barn i 3-6 års alderen tenke at adskillelse fra foreldre er en straff og at de ikke elsker dem lengre (Paladino et al., 2014).

På den annen side kan foreldrenes reaksjoner og engstelse også påvirke barnets følelser og stressnivå negativt. Foreldre som er svært engstelige eller reagerer negativt på situasjonen, kan overføre denne angsten til barnet og gjøre situasjonen mer utfordrende (Grønseth & Markestad, 2022, s.82). Dermed har sykepleieren en viktig rolle ved involvering av foreldre i

sykepleien til barnet. Det må styres av en bevissthet rundt barnets unike behov, og den aktuelle forelderens evne til å gi trygghet (Karlsson et al., 2014). Dette kan gjøres ved å være oppmerksom på foreldrenes kroppsspråk, uttrykk og reaksjoner for å avgjøre om de er trygge nok til å kunne støtte barnet tilstrekkelig. Hvilken rolle den enkelte forelder har bør nemlig variere ut fra deres evne til å støtte barnet (Karlsson et al., 2014). For å kunne trygge barnet må foreldrene være sikre og rolige (Thomasgaard et al., 2021).

Dersom sykepleier opplever at ingen av foreldrene klarer å støtte barna er det viktig at sykepleieren veileder foreldrene (Karlsson et al., 2014). Jo mer sykepleieren støtter foreldrene, jo bedre vil de være i stand til å hjelpe barnet sitt (Travelbee, 1966/1999, s.260). Sykepleier må gi foreldrene informasjon, lytte til deres bekymringer, og anerkjenne dem (Tveiten et al., 2012, s. 72-73). Samarbeidet med foreldre skjer ofte på sykepleierens premisser, ettersom sykepleier har mer kunnskap og autoritet, og er godt kjent i avdelingen. Som sykepleier må man være oppmerksom på denne maktforskjellen, og ta hensyn til at både foreldre og sykepleier er eksperter, men har ulike ekspertområder. Begge må respekteres for å oppnå et godt samarbeid (Tveiten et al., 2012, s. 72-73).

Samtidig må sykepleier også være klar til å ta over støtten eller kommunikasjonen for foreldrene dersom foreldrene føler seg utilstrekkelig (Karlsson et al., 2014; Grønseth & Markestad, 2022, s.108). Foreldresamarbeid er også viktig fordi foreldrene kan være en god ressurs for sykepleieren. Foreldrene kjenner best til barnets behov og preferanser, noe som kan gjøre det lettere å tilpasse sykepleien. Foreldrene vet gjerne hva barnet er interessert i og hva som kan funke best i lek eller som avledning. Foreldrene kan også være en hjelp i kommunikasjonen mellom barnet og sykepleier, da de kjenner til barnets ord og uttrykk (Grønseth & Markestad, 2022, s. 108). Det er imidlertid viktig å understreke at foreldrene først og fremst skal være til støtte for barnet, ikke sykepleieren. Deres primære rolle er å hjelpe barnet å føle seg trygt og ivaretatt. Involvering av foreldre vil likevel være til fordel for både barnet og sykepleieren, ettersom trygge barn er lettere å samhandle med, og dette gjør det også enklere for sykepleieren å utføre sitt arbeid effektivt og omsorgsfullt.

6.0 Konklusjon

I denne oppgaven har jeg utforsket ulike tilnærminger for å redusere negative reaksjoner hos barn i alderen 3-6 år i preoperativ fase. Sykepleier må anerkjenne den omfattende tilpasningen som kreves i omsorgen for barn i preoperativ fase. Dette innebærer å tilpasse kommunikasjonen og informasjonen etter barnets alder og modenhet, og å skape en positiv opplevelse gjennom å samarbeide med foreldre, og bruke lek både som en positiv aktivitet, og som avledning. Denne tilnærmingen, som tar hensyn til barnets erfaringer og individuelle behov, er avgjørende for å skape trygghet og støtte i en ellers utfordrende situasjon.

Oppgaven understreker behovet for å se hvert barn som en unik person og tilpasse omsorgen deretter. Det er viktig å fortsette å utforske og forbedre tilnærmingene for å sikre at barn i preoperativ fase får den omsorgen og støtten de trenger for å håndtere situasjonen på best mulig måte. Ved å fortsette å være oppmerksomme, kreative og empatiske kan sykepleiere spille en betydningsfull rolle i å gjøre sykehusoppholdet til en mindre belastende opplevelse for barnet og deres familie.

Litteraturliste

Backe-Hansen, E. (2023, 20.november). *Når barn og unge deltar i forskning*. De nasjonale forskningsetiske komiteene.

<https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/bestemte-grupper/barn/>

Barnekonvensjonen. (1989). *FNs konvensjon om barnets rettigheter* (20-11-1989). Lovdata.

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-05-21-30/bkn>

Claridge, A. M & Powell, O.J. (2022). Children's experiences of stress and coping during hospitalization: A mixed-methods examination. *Journal of Child Health Care*, 27(4).

DOI: 10.1177/13674935221078060

Clarke, V., & Braun, V. (2017). Thematic analysis. *The Journal of Positive Psychology*, 12(3), 297–298. DOI: 10.1080/17439760.2016.1262613

Eide, H & Eide, T. (2019). *Kommunikasjon i relasjoner* (3.utg). Gyldendal Akademisk.

Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (2000) *Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon* (FOR-2000-12-01-1217) Lovdata.

<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1217>

- Grønseth, R., Markestad, T. (2022). *Pediatri og pediatrik sykepleie* (5.utgave). Fagbokforlaget.
- Helsebiblioteket. (2020) 3.5 *Søketeknikker*. Kunnskapbasertpraksis.no.
<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no>
- Helsebiblioteket. (2021) 2.1 *PICO*. Kunnskapbasertpraksis.no.
<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no>
- Helsebiblioteket. (2018) 4. *Kritisk vurdering*. Kunnskapbasertpraksis.no.
<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no>
- Karlsson, K., Rydström, I., Enskär, K. & Englund, A-C. D. (2014). Nurses' perspectives on supporting children during needle-related medical procedures. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 9(1). DOI: 10.3402/qhw.v9.23063
- Kristoffersen, N. J., Skaug, E., Steindal, S. A. & Grimsbø, G. H. (2021a). *Grunnleggende sykepleie 1: Fag og profesjon*. (4.utgave). Gyldendal.
- Kristoffersen, N. J., Skaug, E-A. Steindal, S. A. & Grimsbø, G. H. (2021b). *Grunnleggende sykepleie 2: Grunnleggende behov og helse*. (4.utg.) Gyldendal
- Li, W. H.C., Chung, J.O.K., Ho, K.Y. & Kwok, B. M. C. (2016). Play interventions to reduce anxiety and negative emotions in hospitalized children. *BMC pediatric*, 16 (1). DOI 10.1186/s12887-016-0570-5
- Lindheim, M. Ø. (u.å.) *Når barn er på sykehus*. Norsk psykologforening.
<https://www.psykologforeningen.no/fag-og-politikk/psykisk-helse/livsutfordringer/nar-barn-er-pa-sykehus>
- Norsk sykepleierforbund. (2023). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*.
<https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer-sykepleiere>
- Paladino, C. M., Carvalho, R. & Almeida, F. A (2014). Therapeutic play in preparing for surgery: behavior of preschool children during the perioperative period. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48 (03). DOI: 10.1590/S0080-623420140000300006
- Pasient og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63) Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_7#KAPITTEL_7

Statistisk sentralbyrå. (2023). 10261: *Pasienter, behandlinger og liggedager ved somatiske sykehus, etter alder, statistikkvariabel og år.*

<https://www.ssb.no/statbank/table/10261/tableViewLayout1/>

Stubberud, D-G & Grønseth, R. (2022). *Klinisk sykepleie 1.* (6.utg.) Gyldendal.

Thidemann, I-J. (2020). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2.utg). Universitetsforlaget.

Thomasgaard, M., Lohne, V. & Valeberg, B. T. (2021). "The Worst Is the Worry": Importance of Preoperative Preparation of Preschool Children. *AANA journal*, 89 (4).

Travelbee, J. (1999) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (K. M. Thorbjørnsen, Overs.) Gyldendal akademisk. (Opprinnelig utgitt 1966)

Tveiten, S., Wennick, A, Steen, H. F. (2012) *Sykepleie til barn* (1.utg). Gyldendal akademisk.

Vedlegg

Vedlegg 1: Litteratormatrise

Tittel på artikkel	Therapeutic play in preparing for surgery: behavior of preschool children during the perioperative period	Play interventions to reduce anxiety and negative emotions in hospitalized children	"The Worst Is the Worry": Importance of Preoperative Preparation of Preschool Children	Nurses' perspectives on supporting children during needle-related medical procedures	Children's experiences of stress and coping during hospitalization: A mixed-methods examination
Forfatter (år), land	Paladino, C. M., Carvalho, R. & Almeida, F. A (2014), Brasil	Li, W. H.C., Chung, J.O.K., Ho, K.Y. & Kwok, B. M. C (2016), Kina	Thomasgaard, M., Lohne, V. & Valeberg, B. T. (2021), Norge	Karlsson, K., Rydström, I., Enskär, K. & Englund, A-C. D. (2014), Sverige	Claridge, A. M & Powell, O.J. (2022), USA
Tidsskrift	<i>Revista da Escola de Enfermagem da USP</i>	<i>BMC pediatrics</i>	<i>AANA journal</i>	<i>International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being</i>	<i>Journal of Child Health Care</i>
Hensikt	Å beskrive atferden til barn under instruksjonsbasert terapeutisk lek (ITP) i perioperativ fase	Å undersøke effekten av lek for å redusere angst og negative følelser hos innlagte barn på sykehus.	Å skaffe kunnskap som kan forbedre måten man forbereder førskolebarn til anestesi og kirurgi	Å beskrive opplevelsen av å støtte et barn under nål-relaterte medisinske	Å beskrive hvordan barn opplever stress og mestring under sykehusopphold, og identifisere

				prosedyrer (NRMP) fra et sykepleieperspektiv	faktorer som påvirker opplevelsene
Metode	Kvantitativ metode. 30 barn i alderen 3-5 år deltok i studien. Atferd under ITP-økten samt i peroperativ fase ble registrert og analysert.	Kvasieksperiment. 304 barn i alderen 3-12 år deltok i studien, hvor 154 fikk lek som intervensjon, mens 150 barn fikk vanlig behandling.	Kvalitativ metode. Seks anestesisykepleiere deltok i et fokusgruppeintervju for å samle data.	Kvalitativ metode. 14 sykepleiere deltok i studien. Det ble brukt videoopptak fra NRMP, med påfølgende intervjuer.	Kvalitativ og kvantitativ metode, med hovedvekt på kvalitative funn. 17 barn mellom 4 og 15 år deltok i semistrukturerte intervjuer.
Funn	Under ITP deltok flertallet av barna aktivt i leken. De viste interesse for leken og involverte foreldrene sine. Etter operasjonen våknet flertallet av barna rolig fra anestesien. Disse funnene tyder på at bruk av ITP kan bidra til å redusere barns angst og traumer knyttet til kirurgiske prosedyrer, samt fremme deres forståelse av hva som vil skje under operasjonen.	Barn som fikk leke, viste færre negative følelser og opplevde lavere nivåer av angst enn de barna som fikk vanlig omsorg. Slike intervensjoner gir ikke bare en form for avledning og moro for barna, men de bidrar også til å tilrettelegge for en mer helhetlig omsorgsopplevelse. Ved å gi barna muligheten til å delta i lek, kan sykehuset bidra til å lette den psykologiske belastningen barna opplever under sykehusoppholdet.	Studien hadde tre hovedfunn: 1) å gjøre det ukjente og skumle ufarlig, 2) å bruke seg selv, og 3) ha et fang å sitte på. Barn er redd for det som er ukjent, og sykepleier må bruke ulike teknikker for å gjøre det mindre skummelt. Videre må sykepleier bruke seg selv i møte med barnet for å skape en trygg og støttende atmosfære, og samtidig inkludere foreldrene da de kan gi trygghet for barnet.	Studien viser at å gi støtte til barn under NRMP krever å engasjere seg på deres nivå og forstå deres perspektiv. Kjernen i dette inkluderer å bygge relasjoner gjennom samtaler, være følsom overfor kroppslige reaksjoner, balansere aktiv deltakelse med tilbakeholdenhet, være deres talsperson, tilpasse timingen og opprettholde tillit.	Studien understreket betydningen av å ha foreldre til stede, å kunne samhandle med andre barn, å ha muligheter til å forlate rommet sitt, og å motta omsorg fra støttende helsepersonell. Barneavdelinger bør tilby positive, morsomme avbrekk fra medisinske prosedyrer, inkludert muligheter for lek utenfor sykehusrommet når det er mulig.