



HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS

**Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid,
Pilestredet,
Fakultet for helsefag**

Kandidatnummer: 304

Eksamensnavn: SYBA3900

Dato: 1.juni 2017

Klasse: SYPLGRI4H3C

Kull: 2014

Antall ord: 11880

Barn på sykehus

Å bidra til mestring for å unngå traumatisering



(En vanlig dag på sykehuset, 2017)

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Å leve med en sykdom, kan være vanskelig å mestre for barn. Barn er i utvikling og studier viser at barn som er somatisk syke har høyere risiko for å utvikle psykisk sykdom som eldre (Reinfjell, Vikan og Diseth, 2014). Jeg vil se nærmere på barnets mestringsstrategier, lover og regler som gjelder for barn på sykehus og sykepleiers rolle i møte med barn på sykehus, men og hva sykepleier blir forventet av hos barnet. Jeg vil og se nærmere på barnets opplevelse av traumer og hvordan man kan unngå dette. Sammen har dette dannet grunnlaget for min problemstilling som er ”Hvordan kan sykepleier bidra til mestring hos barn innlagt i sykehus for å unngå traumatisering?”

Hensikt: Hensikten med studien min er å se på barnets behov for mestring på sykehus og hvordan barnet mestrer en sykehushverdag, samt hvordan bidra til mestring, for å bedre sykepleiers praksis i møte med barn og unngå traumatisering.

Metode: En systematisk litteraturstudie basert på relevant teori og 5 forskningsstudier, derav 4 var kvalitative og 1 kvantitativ

Resultat: Sykepleier spiller en stor rolle i sykehushverdagen til barn. Sykepleier skal inneha mange egenskaper som barnet synes er viktig, samt at sykepleier skal bistå i å finne nye mestringsstrategier men og bygge oppunder de mestringsstrategiene barn allerede har for å unngå traumatisering på sykehus. Barn har behov for informasjon ved innleggelse på sykehus, og denne informasjonen må tilrettelegges utfra utviklingsnivå, men og barnets behov for informasjon. Barnets naturlige behov for lek, blir ansett som en mestringsstrategi.

Konklusjon: Ved å bygge oppunder og hjelpe til å finne nye mestringsstrategier, vil barnet oppleve sykehushverdagen og prosedyrer/operasjoner de skal gjennom som mindre traumatiserende.

Nøkkelord: mestring, sykepleiers rolle, kommunikasjon, traumatisering, informasjon, utvikling, lek

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING	1
1.1 <i>Bakgrunn for valg av tema og problemstilling</i>	1
1.2 <i>Avgrensning og disposisjon</i>	3
2.0 TEORI	4
2.1 <i>Barn og mestring.</i>	4
2.2 <i>Barns utvikling mellom 8 – 16 år.</i>	7
2.1.1 <i>Typiske trekk i alderen 8-12 år.</i>	8
2.1.2 <i>Typiske trekk ved barn mellom 12 – 16 år.</i>	9
2.3 <i>Barn på sykehus</i>	10
2.4 <i>Barn og traumer.</i>	12
2.5 <i>Barnets behov for lek.</i>	14
3.0 METODE	16
3.1 <i>Valg av litteratur.</i>	16
3.2 <i>Søkehistorikk.</i>	16
3.3 <i>Presentasjon av forskningsartikler.</i>	17
3.4 <i>Kildekritikk.</i>	20
4.0 DRØFTNING	21
4.1 <i>Barnet behov ved innleggelse.</i>	21
4.2 <i>Barnets mestringsstrategier.</i>	24
4.3 <i>Å unngå traumatisering på sykehus.</i>	26
4.4 <i>Tilretteleggelse av barnets behov for utvikling på sykehus</i>	27
4.5 <i>Barnets informasjonsbehov.</i>	29
5.0 KONKLUSJON	31
6.0 LITTERATURLISTE	33
Vedlegg 1	36

1.0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling.

Temaet jeg har valgt er barn på sykehus. Som sykepleier møter man barn på mange forskjellige arenaer, enten det er som pårørende eller som pasienter. Det å skulle forholde seg til barn, kan være annerledes enn voksne, fordi man har å gjøre med noen som er i utvikling og som automatisk vil ha et annet utgangspunkt for forståelse enn det voksne har.

Barneombudet (2014) så nærmere på barn på sykehus, og så at i 2011 utgjorde barn mellom 0-19 år 100 000 av de som var innlagt på sykehus. Kapittel 6 i Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) sier at barn på grunnlag av at de er barn, gjør at de har en del rettigheter som trer i kraft når de blir innlagt på sykehus, og foreldre spiller en sentral rolle både i innleggelsen men og i behandlingen av barnet og har krav på å være til stede. Dette bidrar til en tanke om at sykepleier og skal tenke mer familieorientert og at både barn og foreldre skal oppleve å mestre situasjon(er) som kommer med en sykehusinnleggelse. *Jeg har valgt å fokusere på inneliggende, langtidssyke barn og deres behov for mestring for å unngå traumatisering og plager senere i livet. Sykepleier skal og bidra til at barnet vil oppleve å mestre situasjonen sin på en bedre måte, noe som både kan bedre forholdet mellom helsepersonell og barn, men og samspillet i familien og familiens opplevelse av krisen som oppstår når et barn blir alvorlig sykt.* Jeg jobber selv på en barnekirurgisk avdeling et sted på Østlandet i Norge. Her har jeg fått oppleve alt fra mindre alvorlige tilstander til barn som dessverre får en diagnose med et dødelig utfall. Det jeg har erfart er at uansett tilstanden barnet har, er det ofte forbundet mye vonde følelser med å være syk og mange barn blir fort veldig redde og kan oppleves stresset. Det å skulle ta vare på disse barnene og familiene, opplever jeg som anstrengende, men utrolig spennende og var noe jeg ville utforske mer rundt.

Når barn havner på sykehuset, kan dette oppleves som en krise, både for barnet og familien. Barn er i behov for å mestre for å klare å bearbeide og komme seg igjennom kriser (Håkonsen, 2014). Sykepleiers oppgave, blir derfor å finne mestringsstrategier for barnet for at barnet skal oppleve at de mestrer både oppholdet, men og de medisinske prosedyrene som blir gjennomført på sykehuset. Jeg har valgt å benytte forskningsstudier som går dypere inn på både mestringsstrategier, men og barnets opplevelse av å være syk og hvordan barnet vil at helsepersonell skal forholde seg til barnet. Barn er ikke små voksne, og kan ha andre behov

enn voksne, noe som blant annet Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (2000) påpeker; barn har rett til å få dekket sine behov for stimulerende aktiviteter. For barn er lek en naturlig bestanddel i deres hverdag, og barnets utvikling kan ofte være avhengig av lek (Juntai & Barbour, 2014). I arbeid med barn, opplever jeg lek som viktig for barnet og en naturlig del av deres liv. Uansett om barnet er på intermedier avdeling tilkoblet apparater eller de er på uterom og har tilgang til lekerom, søker barnet alltid til lek. Barnet mestrer gjerne via lek, og jeg utdyper nærmere hvordan sykepleier kan benytte lek som forberedelse til operasjoner eller prosedyrer, noe blant annet Oslo Universitetssykehus bruker mye (Helsebiblioteket, 2013).

Barn er sårbare og en krise vil kunne utvikles til et traume, men dersom barnet har et godt og stabilt omsorgsmiljø rundt seg, vil barnet være bedre rustet og det vil heller kunne bli ”potensielt traumatiserende” (Dyregrov, 2010). Barnets behov for lek og trygghet, vil da kunne bli essensielt. Om man benytter lek for mestring av en sykehushverdag, vil dette kreve at barnet har tillit til deg, men og at foreldrene ser på deg som en trygg voksen for barnet. For at dette skal skje, har jeg valgt å belyse karakteristika som barnet anser som viktig hos en sykepleier for at barnet skal klare å både få, men og opprettholde denne tilliten (Brady, 2009). Videre ser jeg nærmere på hvordan barn reagerer ved stressende situasjoner og hvordan man best kan bidra til at barnet mestrer dette stresset. Mestringsstrategier blir belyst av Boyd & Hunsberger (1998) og behovet for å ta i bruk disse og det å bruke de hensiktsmessig, er en viktig jobb sykepleier har. Ved å gå nærmere inn på barnets utvikling, vil man og kunne få et bedre bilde av hva slags mestring som er hensiktsmessig for barnet. Sykepleier skal inneha kompetansen og kunnskap om barnets utvikling og spesifikke kjennetegn for barnets alder (Grønseth & Markestad, 2013).

Problemstillingen jeg har valgt, er derfor: *Hvordan kan sykepleier bidra til mestring hos barn innlagt i sykehus for å unngå traumatisering?*

1.2 Avgrensning og disposisjon.

I oppgaven vil jeg legge frem relevant teori for min problemstilling, samt presentere forskning som både understøtter og belyser min problemstilling fra flere synsvinkler og drøfte problemstillingen opp til dette. Jeg tar for meg barnets utvikling, hvordan barn agerer på stressende situasjoner og traumatiske hendelser, hvordan barn benytter lek, og sykepleiers rolle i mestring og kommunikasjon med barn. Videre vil dette danne et grunnlag for å drøfte barnets opplevelse av å være syk, mestringsstrategier, behov og sykdomsforståelse og hvordan man som sykepleier kan bidra til mestring i en sårbar situasjon.

Jeg har i oppgaven valgt å benytte ordene ”barn” for alle barn mellom 8-16 år, og utdyper noe mer rundt dette i forhold til ungdom/barn, men i all hovedsak favner bruken av ordet ”barn” alle i aldersgruppen jeg har valgt. Jeg har valgt å fokusere på barn og foreldre, og utelatt søsken. Dette kan selvsagt ansees som uhensiktsmessig, men da foreldre er de som er mest i fokus av de pårørende når det kommer til barn på sykehus, har det vært naturlig for meg å benytte dette. Når jeg omtaler lek, vil dette favne både lek som i rollespill, men og fritidsaktiviteter som er viktig for barn.

2.0 TEORI

2.1 Barn og mestring.

”En krise utløses vanligvis av situasjoner eller opplevelser som er forbundet med tap eller krenkelser og som virker truende på individets integritet, selvforståelse og følelse av stabilitet og kontinuitet i livet” (Axelsen i Håkonsen, 2014 s. 257).

For familier som opplever at et barn blir alvorlig sykt, vil dette kunne føre til en følelse av tap, både av kontroll, men og av ens egen selvfølelse, både for barnet, men og for foreldre og de andre pårørende. Når en slik situasjon oppstår, vil mestringskapasiteten kunne overstiges (Håkonsen, 2014, s. 257).

Belastningen av å bli innlagt på sykehuset, er nok til å utløse en krisesituasjon, noe som blant annet vil kunne bidra til store følelsesmessige reaksjoner. For en sykepleier som skal møte disse familiene, vil det være viktig å ha god kunnskap til hvordan møte disse familiene, og særlig barnet. Det å være til stede, akseptere følelsesmessige reaksjoner som kommer, gi god støtte, bringe frem gode muligheter for håndtering og nærhet, er essensielt for å bidra til en god bearbeiding av krisen. For å kunne klare å stå i dette, er det viktig at sykepleier selv har god faglig innsikt (Håkonsen, 2014). Som sykepleier, har man noen moralske aspekter å følge i møte med pasienter; *Velgjørenhet og ikke skade- prinsippet* baserer seg på at man skal handle utfra hva som er best for pasienten utfra en faglig forståelse. Ubehag og smerte skal minimaliseres og en skal hindre at pasienten blir utsatt for unødige belastninger. *Autonomi-prinsippet* går ut på å respektere pasientens valg, se pasienten som et individ og påse at bestemmelsen pasienten gjør er basert på viten om konsekvensene av valgene. En sykepleier vil kunne overstyre pasientens autonomi dersom pasienten ikke klarer å ta hånd om seg selv, men dette skal baseres på faglig kunnskap og en sykepleier må være bevisst på pasientens opplevelse av situasjonen (Nortvedt & Grønseth, 2010).

For at man skal kunne mestre en krise, vil det være viktig å snakke om følelsene sine, og gjøre følelser om til tanker og ord. Dette bidrar til at man lettere vil kunne diskutere og få bearbeidet sine egne følelser, og er en god mestringsstrategi. For å kunne klare dette, er det viktig å ha gode relasjoner rundt seg, og et godt støtteapparat, dette bidrar og til at man har noen å vende seg til ved behov for trøst og omsorg. Til sammen bidrar dette til en mindre risiko for stressrelaterte lidelser (Håkonsen, 2014).

Sykepleieren skal bidra til mestring hos pasienten, enten det er å mestre smertefulle prosedyrer og behandling eller mestre å leve med en sykdom, men og mestring av krisen som oppstår. For å kunne klare dette, er det viktig at sykepleieren klarer å sette seg inn i situasjonen til pasienten, men og til de pårørende. Det å innta en veiledende funksjon kan og være viktig når pasienter skal mestre (Nortvedt & Grønseth, 2010).

Lazarus og Folkman (i Håkonsen, 2014) viser til 2 hovedformer for mestring; problemfokustert mestring og følelsesmessig fokusert mestring.

Problemfokustert mestring innebærer et identifiserbart problem/vanskelighet som vi skal kunne finne måter å løse, forandre eller eliminere (Håkonsen, 2014, s. 260).

Dette er en metode for å lære mestringsstrategier utfra opplevelser man har hatt før som man kan benytte erfaringer fra til å lære seg håndtering av nye situasjoner. Man kan gå direkte på problemet og søke andre metoder for å løse det, eller man kan endre den strukturelle tankegangen rundt problemet for å søke til å endre oppfatningen en har av problemet (Håkonsen, 2014, s. 260).

Følelsesmessig fokusert mestring vil si at vi tar i bruk ubevisste strategier når problemfokustert mestring ikke fungerer for å redusere angsten som kommer av stress, belastninger eller påkjenninger. Dette kan ha to sider, der man kan enten benytte gode og hensiktsmessige mestringsstrategier, eller man kan benytte andre som bidrar til at vi overlever, men som ikke riktignok er særlig hensiktsmessige (Håkonsen, 2014, s. 261).

For å kunne bidra til en god mestring hos pasienten, vil kommunikasjon være viktig og Eide & Eide (2013) belyser viktigheten av kommunikasjon med barn og unge. Når et barn blir sykt, blir barnet revet opp fra sitt vante miljø og omsorgspersoner de er vant til å ha i dagliglivet, blir midlertidig borte. Sykepleier kan opptre som en viktig omsorgsperson for barnet på sykehus, men forhold til søsken og foreldre fremstår og særdeles viktig. Sykepleier må være bevisst på sin egen rolle i relasjonen med barnet, men og i relasjon med pårørende og hvilken rolle de skal innta når et barn blir sykt. For barn er tryggheten viktig, og denne tryggheten kan forsvinne ved innleggelse. Derfor er det viktig at sykepleier tilrettelegger for trygge omgivelser og situasjoner. For barn så blir trygghet et symbol på kontroll, og barnet vil kunne føle en trygghet i å vite hva som skal skje og hvilke personer de må forholde seg til. Som sykepleier, kan man stå i situasjoner der de vante trygge omsorgspersoner ikke kan være til stede, og man må da innta rollen som den trygge voksne ovenfor barnet. For å kunne fremstå trygg for barnet, er det viktig at barnet har tillit til deg, men og at man har en god

dialog og tillit hos barnets pårørende. Eide & Eide (2013) belyser videre viktigheten av den non-verbale kommunikasjonen en har ovenfor barn og pårørende for å skape tillit. Tilliten bygger og på at sykepleieren kan møte barnet på deres interesser. Det er ikke alltid like lett å kommunisere med barn, de kan la seg lett distrahere, eller de kan ha vansker med å sette ord på hva de tenker. Ved å se interessene barnet har og bruke dette i kommunikasjonen, vil man lettere kunne bygge tilliten.

Barn har et annet behov for informasjon enn voksne for å klare å mestre å stå i situasjonene de skal stå i, og de vil ha behov for god forberedelse til prosedyrer, men og til operasjoner. Oslo Universitetssykehus utarbeidet og iverksatte i 2013 interne retningslinjer for forberedelser av barn til operasjoner. Disse tar for seg barnets utvikling og hvordan man skal forberede barn utfra hvilken alder de er i. De laget og forberedelsesfilmer for barn på mange forskjellige språk og spesialtilpasset barnets alder og utvikling. En av hensiktene med disse prosedyrene er å bedre det postoperative forløpet, unngå komplikasjoner og bidra til mindre stress for barnet. De har laget retningslinjer for hvordan de forskjellige faggruppene skal forberede barn, og sykepleieren skal informere barna om det pre- og postoperative forløpet, hva som skal gjøres preoperativt, hvorfor og hvordan det gjøres. Sykehusutstyr skal introduseres for barna slik at de kan bli kjent med det og man skal introdusere barna for smerteskalaen for å bedre kunne dempe postoperative smerter, noe som og vil kunne øke barnets mestring. Barna kan få omvisning på deler av sykehuset barna skal forholde seg til, man viser bilder og det er her man introduserer filmene. Barna vil i tillegg og kunne leke med sykehusutstyr og bli godt kjent med dette for å unngå at barnet blir skremt. Sykepleieren skal avklare pårørendes rolle i hele forløpet og man skal bistå i å finne mestringsstrategier barna kan benytte og innhente informasjon om de barna allerede har. For at barna skal føle seg godt ivaretatt, er det viktig at man gir barna aldersadekvat informasjon og at man utelukker bruk av fremmedord (Helsebiblioteket, 2013).

2.2 Barns utvikling mellom 8 – 16 år.

Når et barn blir innlagt på sykehus, er det viktig å ta hensyn til at barnets utvikling påvirkes av miljøet det er i. Det er viktig å tilrettelegge miljøet rundt for at utviklingen ikke skal bremses eller gå i negativ retning, ved å oppfordre til stimulering, at personen styrker følelsen av å være en egen person i familiestrukturen, ved å støtte utviklingen barnet har og forebygge negative følelser hos barnet (Grønseth & Markestad, 2013).

Et barn utvikles språklig, fysisk og kognitivt fra fødsel. Utvikling av selvregulering og sosialt samspill er viktig for utviklingen. Sosial læringsteori sier at måten miljøet rundt barnet reagerer på barnet og deres handlinger, bidrar til at barnet utvikler en personlighet. Barnet må altså aktivt utføre for å utvikles (Bunkholdt, 2000). Jean Piaget er en teoretiker innen utviklingspsykologi og han mener at i tidligere barneår, er det gjerne aktiv handling, mens hos eldre barn, vil dette og kunne være tankemønstre og problemløsninger (Bunkholdt 2000). Hvordan barn agerer, avhenger av hvor i utviklingen de er. Når man blir født, får man et såkalt ”skjema”, et slags indre forestillingsbilde, som vil bidra til logisk tenkning utfra handlingene som barn utfører. Tidlig i barneårene, er ikke barn veldig bevisst sine handlinger, men etter hvert som de blir eldre, vil de lettere kunne reflektere og se konsekvensene av sine handlinger og utføre deretter. Noen ”skjemaer” blir ubevisste og såkalte ubevisste forsvarsmekanismer som blir en strategi for å håndtere situasjoner som oppstår psykologisk (Bunkholdt, 2000, s. 102).

Den kognitive utviklingen baserer seg på disse ”skjemaene”. Når et barn står i en situasjon de ikke har stått i før, som de ikke forstår utfra deres syn på omgivelsene, blir det en slags ubalanse av at barnet opplever noe som ikke passer inn i deres verdensoppfatning og barnet må finne en løsning på dette. Balansen kommer tilbake når barnet finner hensiktsmessig mestring på situasjonen og barnet vil utvikle seg. Disse skjemaene utvikler seg etter hvert til kognitive strukturer og gjør at barn kan finne flere løsninger på situasjoner som oppstår (Bunkholdt, 2000).

Piaget mener at barnets kognitive utvikling skjer i stadier. Stadiet mellom 7-12 år, kaller Piaget for "Det konkret-operasjonelle stadiet"; barnet får nå en mer helhetlig tenkning og barnet vil kunne evne å tenke abstrakt og logisk, men for konkrete gjenstander og situasjoner. Barnet blir mindre ego-sentrisk, de evner å se andres synsvinkel og ikke kun sin egen. Stadiet etter 12 år, kaller Piaget for "Det formal-operasjonelle stadiet". Barnet evner nå å se abstrakt på flere plan og ikke kun det konkrete, de klarer å tenke seg frem til løsninger på situasjoner de ikke har stått i. De blir mer tenkende og stiller seg spørrende til situasjoner før de bestemmer seg for noe. Ikke alle barn når dette stadiet ved 12-årsalderen, noen er tregere utviklet enn andre, i tillegg kan barn og regrediere ved kriser som oppstår. Barnets personlighet spiller og inn og ikke alle barn reagerer likt på de samme situasjonene, noen barn er mer sensitive enn andre, mens andre er mer robust og tåler mer (Bunkholdt, 2000).

2.1.1 Typiske trekk i alderen 8-12 år.

Barn får en større forståelse for situasjoner, de utvikler og evnen til å benytte humor og forståelsen av det og klarer å sette ting i perspektiv. Den logiske tenkningen øker og de klarer å benytte den mer på et abstrakt plan. Barnet vil ha en annen begrepsforståelse, og vil knytte seg mer opp til konkrete kjennetegn, ved at de finner mer likheter enn forskjeller mellom gjenstander. Barnet vil kunne ha forståelse for andres ønsker, behov og hensikter, og vil ha mer oppfattelse av hva andre mener og tenker om barnet. De blir mer oppmerksomme på normer og regler i samfunnet og vil kunne ta vurderinger utfra dette, som at å volde andre smerte er galt – barnet utvikler samvittighet og vil være opptatt av rettferdighet. Barnet vil søke sosialt samspill og utvikles via dette. Dømmekraften bedres og barnet vil søke til situasjoner for læring. Konsentrasjonen og utholdenheten øker i takt med utviklingen og barnet vil søke ros og føle seg nyttig, men de vil og begynne å se sine begrensninger (Bunkholdt, 2000).

Barnet vil ha en bedre forståelse for hva sykdom er, men vil ha en nedsatt toleranse for stress, spesielt dersom foreldrene ikke er tilstede. Barnet er redd det som er ukjent, og for mange innebærer dette sykdom, skader på kroppen og døden. Barna kan føle seg ansvarlige for sykdommen de har fått og de har utviklet evnen til å bekymre seg om andre pasienter (Grønseth & Markestad, 2013, s. 59).

2.1.2 Typiske trekk ved barn mellom 12 – 16 år.

Barn vil ha en større forståelse av verden og vil kunne tenke mer helhetlig. Ved forståelse av andre mennesker, vil barnet kunne se et menneske helt, kjennetegn som er motsigende og ha forståelse for mennesket i en sosial sammenheng. Barnet er i utvikling, både kognitivt og kroppslig og blir egosentriske, ved at de blir opptatt av seg selv og sitt utseende og hva andre ser når de ser barnet. Barnet vil ha en begrepsoppfattelse som mer generaliserer og diskriminerer, altså at de klarer å skille kjennetegn ved visse objekter og sette de inn i en annen setting. De vil lettere kunne gjenkjenne gjenstander eller personer og dyr utfra kjennetegn. tenåringer vil kunne søke til det sosiale, de blir mer uavhengige av foreldrene og det blir viktigere å bygge opp egne miljøer rundt seg. Barnet skal nå løsrive seg mer og bli mer selvstendig fra foreldrene. Barnet utvikler en identitet gradvis gjennom tenårene, de får mer forståelse for hvem de er, og hva de ønsker å være. De vil søke bekreftelse på sin atferd, noe som bidrar til at identiteten blir bundet, og de vil søke til å finne sin egen plass og rolle i voksenlivet (Bunkholdt, 2000). Grunnet evnen til mer abstrakt tenkning, vil de kunne ha en større forståelse for konsekvenser, slik som at behandlingen ikke skal fungere, at de aldri vil bli friske og de kan bekymre seg for døden. Tenåringer har en særlig bevissthet rundt egen kropp, så ved skade og sykdom på kroppen, vil de kunne føle en engstelse i forhold til endret kroppsbilde (Grønseth & Markestad, 2013, s. 60).

2.3 Barn på sykehus

Når barn blir innlagt på sykehus, vil det bli utsatt for stress. Stress bidrar til at flere faktorer ved en sykehusinnleggelse for barn vanskeligjøres; Sårtilhelingen går saktere, det kan bli vanskelig å behandle smerte, stress øker metabolismen som gjør at det kreves mer energiinntak samt at stress bidrar til et dårligere immunforsvar. Det er viktig å ha tiltak for å redusere stress; Sosial omgang med venner og familie kan bidra til å redusere stress. Stresshåndtering kan og bedres av å gi god informasjon underveis i behandlingen, rose barnet ved prosedyrer som er ubehagelige og la barnet få gjøre ting som den mestrer. En sykehusinnleggelse virker skremmende på både foreldre og barnet, og det vil derfor være betryggende at barnet kan ha en omsorgsperson til stede under innleggelsen. Det å opprettholde dagligdagse rutiner, kan bli viktig, som leggerutiner og lek (Grønseth & Markestad, 2013).

Barneombudet samlet en gruppe med barn som alle har erfaring med sykehus, som ble kalt for ”sykehuseksperterne”. Disse barna forteller at helsepersonell på sykehuset, må bli flinkere til å snakke med barna og ikke bare foreldrene. Barna forteller om oppvåkning etter operasjon og at de ikke fikk lov å sove sammen med en av foreldrene sine de første nettene etter en operasjon, noe de syntes var vanskelig, for det var nettopp da de hadde mest behov for tryggheten av en forelder (Barneombudet, 2010).

Barn som legges inn på sykehus, kan oppleve dette som en truende situasjon, noen barn vil og kunne få dødsangst. Barn har ikke noe forhold til medisinsk utstyr og det vil fremstå truende på seg og sin kropp, da barnets mestringsfølelse sterkt er knyttet til kroppen sin. Det å ha respekt for dette og for grensene som barn har, vil være viktig. Barnet kan ha behov for å ta kontroll over undersøkelser eller prosedyrer som skal gjennomføres. Det er videre viktig å ta hensyn til barnets utviklingsnivå i forhold til forståelse. Et barn i 9-årsalderen vil ikke nødvendigvis forstå sammenhengen med at cytostatika skal redusere kreften, da de har ofte en forståelse av sykdom på en annen måte. Dersom barnet er kronisk syk, kan den ha noe større sykdomsforståelse og forståelse rundt kroppsfunksjoner. Å tilrettelegge informasjonen til barn og foreldre er viktig, og herunder er det viktig å kartlegge barnets erfaringer med sykdom fra tidligere (Grønseth & Markestad, 2013). Barn har rett til å bli hørt og Pasient og brukerrettighetsloven (2011) §6-5 sier at barn har rett til å si sin mening i alle spørsmål vedrørende egen helse etter fylte 12 år, med forbehold om at de forstår innholdet.

Hvordan barn har det på sykehus, kan avhenge av tilbudene barn har til stede. For mange ungdommer er det lite tilrettelagt og kun et fåtall av barneavdelingene i Norge har et eget ungdomsrom eller tilbud til ungdom. Noen ungdom opplever og å bli lagt på voksenavdeling. Dagens ungdom har blant annet vokst opp i et Norge med god tilgang på internett, og dette kan være viktig å opprettholde i en sykehushverdag, blant annet for å kunne ivareta kontakten med venner via sosiale medier (Barneombudet, 2014). §4-14 i Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (2000) slår fast at *”Barn skal aktiviseres og stimuleres så langt deres helsetilstand tillater det, jf. Pasient- og brukterrettighetsloven §6-3. Det skal avsettes egnet areal og tilstrekkelig utstyr til undervisning, aktivisering og stimulering av barn på ulike alderstrinn”*

De siste tiårene, har overlevelsen blant kronisk og alvorlig syke barn blitt høyere takket være god medisinsk behandling. Dette innebærer at flere barn oppholder seg på sykehuset og gjerne over lengre perioder. For tenåringer, innebærer dette blant annet at de ikke bare må håndtere situasjonen om å være syk, men og stressorene rundt det å være tenåring og i utvikling. Langvarig sykehusopphold, kan virke inn negativt på dere psykiske helse og de kan oppleve senskader og atferdsproblematikk. Hvor et barn er i utviklingen, har mye å si for hvordan de håndterer langvarige opphold på sykehus. Barn i ungdomsskolealder, vil lettere kunne håndtere det enn yngre barn, grunnet barnets evne til å forstå omgivelsene sine. Eldre barn håndterer og bedre å bli adskilt fra omsorgspersoner, men de kan ha problemer med å uttrykke følelsene sine i ukjente omgivelser, noe som kan bidra til enda mer indre uro (Boyd & Hunsberger, 1998).

For barn på sykehus, kan sykepleieren spille en viktig rolle, og vil være noen de forholder seg til over lang periode. Barn har krav på å bli tatt hånd om av det samme personalet, for å få en stabil hverdag og personalet som er i kontakt med barnet, skal ha kunnskap om barnets utvikling og behov og inneha kunnskap for å kunne veilede omsorgspersoner om barns mulige reaksjoner (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2000). Barn innlagt i sykehus over lengre tid, vil og ha en innvirkning på utviklingen barnet har. Barn vil kunne oppleve medisinske prosedyrer som er livsnødvendige som skremmende og traumatiserende, noe som vil kunne vanskeliggjøre forholdet med helsepersonellet som utfører prosedyren på barnet (Diseth, 2006).

2.4 Barn og traumer.

Et psykisk traume kan forklares som noe som oppstår når man opplever en krise som man ikke er mentalt forberedt på. Alle kriser trenger ikke nødvendigvis å resultere i traumer, men blir kalt for “potensielt traumatiserende hendelser”. Situasjonen barnet gjennomgår oppleves som ukontrollerbar, den skjer uventet og brått, og kan potensielt være en stor psykisk påkjenning for barnet. Opplevelsen av en traumatisk hendelse for et barn avhenger av forholdene rundt og utviklingen til barnet. Dersom barnet ikke er godt nok forberedt, kan prosedyrer på sykehus oppleves som traumatisk, men graden av hvor traumatiserende en hendelse er, er det barnet som tolker. Viktige forutsetninger for at skadene ved en traumatisk hendelse skal bli redusert, er gode omsorgspersoner og et godt omsorgsmiljø som tillater at barnet får bearbeidet seg gjennom hendelsen (Dyregrov, 2010).

Reinfjell, Vikan og Diseth (2014) viser til at kronisk somatisk sykdom øker risikoen for vansker senere i livet, som sosiale, familiære og psykiske, med hele 2-3 ganger. For barn i ungdomsårene, kan en sykdom være svært traumatisk. De har bedre forståelse for sammenhengene mellom sykdom og årsak og de har større emosjonelle svingninger. Barn i ungdomsårene kan og oppleve at den sosiale støtten forsvinner når de blir syke, samt at de nødvendigvis ikke klarer å uttrykke seg godt nok når det kommer til sine bekymringer. For at barn skal oppleve å bli ivaretatt emosjonelt, vil det være viktig at man kommuniserer med barna, lytter til spørsmålene barna stiller og er ærlig. Støtten og tilliten barna har til voksne blir spesielt viktig ved sykdom, for dette bidrar til en dialog om vanskelige temaer. Behandlingen barnet får kan og gi psykiske konsekvenser for barnet. For forebygge og minimere risikoen for dette, er det viktig at man finner uttryksformer for barna, i tillegg til at man gir barn en viss kontroll ved å la de få lov å være med på å bestemme hvordan ting skal gjøres og man må få tak i hvordan barnet selv forstår sin egen situasjon. Det å gi informasjon til barn, kan være vanskelig og man kan være i behov for å gi informasjonen flere ganger. Barn tar ikke inn like mye informasjon som voksne, så informasjonen må gis gradvis. I tillegg kommer aspektene ved hvor barnet er i sin håndtering av krise, da barnet ofte opplever blant annet kaos og forvirring (Reinfjell et al, 2014).

Somatisk syke barn rapporterer om gjennomsnittlig 3,4 traumatiske hendelser under somatisk sykdom. Når et barn opplever flere traumatiske hendelser, øker dette risikoen for at barnet senere utvikler posttraumatisk stresslidelse (PTSD). For barn på sykehus som opplever traumer, er dette ofte relatert til innleggelsen(e), at de blir atskilt fra sine foreldre og omgangskrets, opplevelser og prosedyrer som er vonde og skremmende. Barn opplever ofte smerter sterkere enn voksne og de kan og huske smerten bedre dersom de påføres den gang på gang, noe som gjør opplevelsen av smerten mer intens. Mange faktorer spiller inn når det kommer til hvor traumatisert et barn blir, både om de har en biologisk sårbarhet, men og familiens tidligere erfaring med sykdom, barnets adaptasjonsevne før en sykdom, åpenhet i familien og hvor godt nettverk barnet har. For å forebygge traumene, må helsepersonell kunne gjenkjenne stressfaktorer hos barnet og bistå foreldrene i håndteringen av reaksjonene barnet har, øke mestringen. Å støtte foreldrene er svært viktig. Foreldrene selv kan utvikle posttraumatiske stresssymptomer, og foreldrene har behov for en følelse av trygghet rundt den medisinske behandlingen som blir gitt. Det å unngå at foreldre bistår i ubehagelige prosedyrer hos barn, er viktig, samt at foreldre kan bekymre seg mye rundt fremtiden, og da blir det viktig å hjelpe foreldrene til et ”her og nå”-perspektiv for å kunne ha omsorg for barnet (Gjems & Diseth, 2011).

Et barn er i behov for trygghet og en stabil hverdag, og vil ofte søke dette, selv etter en traumatisk hendelse. Noen barn kan reagere med at det vil leke og tilbake til normalen rett etterpå, noe som kan virke rart, men som for barnet er viktig, da dette er det naturlige å søke tilbake til (Dyregrov, 2010). Barnet utvikler gradvis en forståelse av trygghet og sikkerhet som bidrar til at de har en følelse av at ulykker skjer med andre, og ikke en selv. Når det da oppstår en traumatisk hendelse, vil barnet ofte bli reddet for at det skal skje på nytt og de vil oppleve en sårbarhet. Plutselig innser barnet at fryktelige ting kan skje plutselig og barnet vil bli opptatt av å beskytte de rundt seg og vil kunne oppleve en frykt for å være alene i tilfelle noe skal oppstå. For barn, spiller foreldrene en stor rolle, og stabile omsorgspersoner er som tidligere nevnt viktige. Hvordan omsorgspersoner reagerer på traumatiske hendelser, er viktig for hvordan barnet senere utvikler seg og får bearbeidet seg gjennom opplevelsen. Regresjon anses som vanlig hos mindre barn etter traumatiske hendelser. Barnet vil da oppføre seg barnsligere enn deres alder tilsier, og barnet kan blant annet begynne å væte sengen igjen eller kreve hjelp til hverdagslige ting som de tidligere klarte selv. Dette er som regel en forbigående periode (Dyregrov, 2010).

Sykehusinnleggelse som strekker seg over tid, vil ha en innvirkning på utviklingen barnet har. Barn vil kunne oppleve medisinske prosedyrer som er livsnødvendige som skremmende og traumatiserende, noe som vil kunne vanskeliggjøre forholdet med helsepersonellet som utfører prosedyren med barnet. Lange og gjentakende innleggelse på sykehus bidrar til store posttraumatiske stressreaksjoner. Barna dissosierer mer, jo mer de er innlagt i sykehuset, og de vil kunne stå i høyere risiko for å utvikle dissosiativ sykdom senere i livet (Diseth, 2006).

2.5 Barnets behov for lek.

Barn utvikler seg via lek, både sosialt, kognitivt, fysisk og språklig. Barn kan benytte lek som en kommunikasjonsmetode, og det kan være viktig at voksne forstår hva barnet uttrykker, særlig dersom barnet er utsatt for stress. For barnet kan og leken representere normale aktiviteter (Jun-Tai & Barbour, 2014).

Noen barn kan regrediere i lek. Regresjon har flere former, og det er ikke alltid det er nyttig å tolke den, men heller forstå behovet barnet har til å regrediere. Å regrediere er *”å vende tilbake til, eller åpne opp for, mer primitive eller barnslige, opprinnelige reaksjonsformer eller tankemønstre”* (Raaheim & Raaheim i Amlund, 2006). Regresjon kan bli sett på som en kommunikasjonsform, og en måte å uttrykke sine behov for kontakt på et emosjonelt plan. Dette blir ansett som en ”god regresjon”, mens en mer ondartet type regresjon kan komme av mistillit og fremstår som blant annet klamring. Barn som regredierer har behov for omsorg, noen barn kan ha behov for ”holding” for å oppnå kontakt. Når man forholder seg til en barn i en regressiv tilstand, er det viktig å vise varhet ovenfor barnet. Barnet kan bruke regresjon som en utviklingsmulighet, men da må den som forholder seg til barnet speile følelsene barnet kommer med, dette bidrar til at barnet føler seg sett og har betydning (Amlund, 2006).

For barn som er innlagt på sykehuset over lengre perioder og barn som er alvorlig syke blir lek ansett som viktig bestanddel i hverdagen. Lek er en metode for barnet å stresse ned, det fremmer helbredelse og kan være et nyttig verktøy i forberedelser av barn til prosedyrer. Barn er i stadig utvikling, og lek vil kunne bremse regresjonen som en del barn kan oppleve ved sykdom og opprettholde en viss utvikling (Weldon & Peck, 2014).

Lek defineres utfra barnets alder og utviklingsnivå, og fremmes som noe barnet gjør for å trives. Lek i et sykehusmiljø og med sykehuspersonal er ofte mer rettet mot prosedyrer som skal skje; barn kan leke med objekter de er vant med, men med mer spesielle teknikker. Ved forberedelse av prosedyrer eller operasjon, kan barnet ha godt av å leke med medisinsk utstyr og bli kjent med dette, sammen med en sykepleier som blir med på leken for å forberede best mulig. Dette er en god metode for å redusere stress og angst barnet kan ha for hva som skal skje. Lek i forberedelse gir og muligheten for barn til å stille spørsmål og man kan eventuelt avkrefte misforståelser barnet kan ha (Weldon & Peck, 2014). Sykepleier skal ha kunnskap om alderstypiske tegn, og aldersadekvat informasjon er viktig, da barnet kan misopfatte. Man må ta høyde for barnets utviklingsnivå i forhold til om de forstår informasjonen de blir gitt, hva som er nødvendig og hvordan man ordlegger seg. Lek bør og benyttes som distraksjon, for eksempel ved blodprøvetaking. For eldre barn er lek mer definert som ”fritid”, for eksempel mobilspill eller TV-spill. Ungdomsskolebarn har altså andre preferanser, sett utfra deres utviklingsnivå, men man skal fremdeles benytte seg av de samme metodene, men i mer aldersadekvat form (Weldon & Peck, 2014).

Barn utvikler seg i lek og behovet er stort, men noen kan oppleve begrensninger. De fleste sykehus har lekerom på barneavdelingene, men det er ikke sikkert alle barn har mulighet til å delta på lekerommet, man må derfor tilrettelegge for lek der barnet er. Noen barn kan være på isolat, mens andre barn kan ligge med strekk i sengen. Lek er ikke bare utvikling, men en metode for barn å reflektere på omgivelsene. Barn leker gjerne ut disse omgivelsene, og dette kan gi en økt forståelse hos barnet for deres medisinske situasjon. Noen barn vil kunne bli agiterte dersom man ikke tilbyr rom og tid for lek i en sykehushverdag. Visse tiltak kan og bør gjøres for de barna som ikke har mulighet eller orker å bevege seg i et lekerom; gjør leketøy tilgjengelig i en armlengdes avstand fra barnet. Det å se på hva barnet kan orke og tilrettelegge utfra dette er viktig. Kanskje orker kun barnet å tegne eller fargelegge litt, eller vil barnet se på en film eller spille et spill? Barn som er alvorlig syke, kan ofte bli deprimerte og/eller angstfylte, og det kan da være viktig å hjelpe barnet i å komme i gang med aktiviteter. Det å gi barnet et begrenset antall aktiviteter å velge mellom, vil kunne lettere bidra til aktivitet. Barnets evne til samhold med jevn gamle, kan og bli redusert, og ved å oppfordre barn til å holde kontakt via for eksempel sosiale medier, eller man kan tilrettelegge for videokonferanser med klassekamerater, vil dette kunne lette noen av de vonde følelsene hos barn (Weldon & Peck, 2014)

3.0 METODE

”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder” (Aubert i Dalland, 2012, s. 111).

Metoden jeg har benyttet i min bacheloroppgave, er litteraturstudie. Et litteraturstudie er en studie med skriftlige kilder som man benytter for å belyse teori og forskning. En litteraturstudie kan ha grunnlag i noe man har opplevd fra praksis, som man vil undersøke videre. Når man gjør et litteraturstudie, skal man presentere et tema og problemstilling og benytte teori og forskning for å belyse og svare på dette. Litteraturstudier benytter allerede etablert kunnskap, og man kan sette dette opp mot nyere funn fra forskning (Dalland, 2012).

3.1 Valg av litteratur.

Bøker jeg har valgt, går ut på utviklingspsykologi (Bunkholdt, 2000), Barn og Traumer (Dyregrov, 2010), Play in Healthcare (Tonkin, 2014), Håkonsen (2014), Kommunikasjon (Eide & Eide, 2013) samt diverse fagartikler som går mer inn på somatisk syke barn og traumeopplevelser og som alt samlet vil gi et bredt spekter av grunnlag for denne litteraturstudien og som vil både understøtte og understøttes av forskningsartiklene jeg har valgt. De vil til sammen danne et grunnlag for å svare til min problemstilling, da de tar for seg forskjellige aspekter som enten bidrar eller vanskeliggjør mestring.

3.2 Søkehistorikk.

Da jeg startet å søke på artikler, valgte jeg å fokusere på barn, mestring, kronisk syke barn og barnets syn på sykdom, sykepleier og sykehus/prosedyrer. Jeg søkte meg gjennom flere artikler, men endte til slutt opp på 5 artikler som belyser min problemstilling fra flere forskjellige vinkler. For utdypende søkehistorikk og detaljer om artiklene, se vedlegg 1.

3.3 Presentasjon av forskningsartikler.

Jeg har valgt 4 kvalitative og 1 kvantitativ studie.

De kvalitative forskningsartiklene jeg har valgt, sier noe om barnets opplevelse på sykehus, både i møte med helsepersonell, men og deres behov og mestringsstrategier. Sykepleieren er viktig for barn på sykehuset, enten det er i form av informasjon, omsorg eller lek (Brady, 2009; Boyd & Hunsberger, 1998; Forsner, Jansson & Soerli, 2005). Brady (2009) og Boyd & Hunsberger (1998) fant og at helsepersonell kunne bringe stress til barnet, dersom de ikke møtte deres forventninger.

Artikkel 1

Boyd & Hunsberger (1998) studie resulterer i råd til sykepleiere som skal håndtere barn:

- Søk god informasjon om barnets tidligere innleggelser, snakk med de om hva de benytter som mestringsstrategier og støtt dem i bruken av disse
- Stabile og tilstedeværende familie er viktig, og sykepleier må oppmuntre til dette
- Sykepleier må anerkjenne barnets og familiens mestringsstrategier og få de til å jobbe sammen for å mestre sykehushverdagen
- Sykepleier må informere på en aldersadekvat måte, la barnet få beholde en kontroll, være tålmodige og være positive ovenfor barnet
- Barna burde ha faste sykepleiere slik at det ikke blir mange å forholde seg til.

Viktige temaer som ble belyst i intervjuene, var hva barna oppfattet som stressorer på sykehus, hva slags mestringsstrategier barna hadde, hva slags og kognitive mestringsstrategier barna benyttet.

Stressorer: invasive prosedyrer, operasjon, tap av kontroll, isolasjon fra jevngamle, kjedsomhet, redsel for døden og mangel på uavhengighet

Mestringsstrategier: avledende aktiviteter, søke støtte fra jevngamle, vise følelser under smertefulle prosedyrer, nekte å gjennomføre prosedyrer, bestemme selv hvor og hvordan prosedyren skulle gjøres, "bare gjøre det"-gjennomføring av prosedyrer, snakke om følelsene sine og hva som var vanskelig, distraksjon, positiv innstilling til sykehusoppholdet, bli kjent med helsepersonellet og søke informasjon. Familie og venner var viktige, både ved emosjonell støtte og distraksjon. Foreldre som hadde tillit til helsepersonellet speilet seg hos barna. Sykehusmiljø, med tilgang til aktiviteter de liker, det å ha et eget rom og et sted for foreldre å sove, var viktig (Boyd & Hunsberger, 1998)

Artikkel 2

Smith & Callery (2005) sin studie viser at barn har forskjellige forventninger til sykehus, utfra erfaringene de har derfra. Hvor barna hadde fått informasjon om sykehus, varierte: Om det var ved å ha vært besøkende på sykehus, TV, mens de fleste hadde lest informasjonsbrosjyren de hadde fått tilsendt. Ingen av barna hadde snakket direkte med sykehuset eller helsepersonell om oppholdet på sykehuset i forkant av innleggelsen.

Før innleggelse, var skepsis og bekymring, blant annet om de ville oppleve mye smerte, tanker barna hadde. Barn som tidligere ikke hadde vært innlagt, hadde en tanke om at avdelingen skulle være trist og full av veldig syke barn, og et barn var redd for at foreldrene skulle forlate han når han ble innlagt på sykehuset. Under intervjuene, ble barna bedt om å lage spørsmål de hadde om sykehuset, og de handlet om å få informasjon, prosedyrer som skulle gjennomføres, anestesi, tidsperspektiv, sykehusmiljø, støtte til familien, følelser/smerte, tilstanden deres og bekymringer.

Barna ville selv få informasjon via brosjyrer med bilder av sykehusavdelingen, mens 2 av barna gjerne ville ha kommet og besøke sykehusavdelingen før innleggelse (Smith & Callery, 2005).

Artikkel 3

Forsner et al. (2005) sin studie forteller at barn opplever at livet blir snudd på hodet, daglige rutiner blir oppbrutt og de opplevde situasjonen sin som ukjent og smertefull. Barna følte ikke bare situasjonen sin som ukjent, men de følte og at de selv ble ukjente for seg selv, samtidig følte de at situasjonen de var i, var uholdbar og at det ene ubehaget eller smerten ble avløst av det neste (Forsner, Jansson & Soelie, 2005).

Forsner et al. (2005) fikk beskrevet fra barna at grunnleggende behov ble svekket, slik at de mistet appetitten, fikk søvnmangel og slet med eliminasjon, barna følte seg fanget i situasjonen sin og slet med å finne perspektiv på meningen med livet, ble sårbar, redsel for omgivelser og fremtid. Barna søkte trøst hos seg selv og andre, i hovedsak hos foreldre, men og av helsepersonell. Foreldrene viste tillit til helsepersonell, noe som beroliget barna. Barna satte pris på at sykepleierne møtte dem på hva de sa, at de lyttet til dem, oppmuntret dem, så dem som individer, tok seg tid til å bli kjent med dem og forklarte for dem hva som skulle skje for å unngå at barnet skulle føle angst (Forsner et al., 2005).

Artikkel 4

Brady (2009) sin studie ser på barn som var innlagt på sykehus og hva de mente mente var typiske karakteristika for en god sykepleier og resulterte i kommunikasjon, profesjonell kompetanse, trygghet, at de fremstår profesjonelle og dyder (Brady, 2009).

Nøkkelord her, var:

Kommunikasjon: kjærtegn i språket til barn for å få de til å føle seg spesielle, kroppsspråk, toneleie, lytte til barnet, høflig, tålmodighet.

Profesjonell kompetanse: dyktighet, minimalt med smerte og ubehag, at barnet ble behandlet spesielt konsekvent uavhengig av utføreren.

Trygghet og utseende: rollemodell for helse, håret var rent var viktig; skittent hår signaliserte at sykepleieren kunne ha lus i håret som kunne spre seg til barnet, god kompetanse, unngå krysskontaminering, hygiene, barna var bevisst at de var syke og ville ikke bli smittet med noe videre.

Dyder: lyttende, snill, tillitsfull, hjelpende og ærlig; ærlighet når det kom til vonde prosedyrer, kroppsspråk og sykepleieren skulle ikke alltid følge reglene på sykehuset, da det gjorde hverdagen mer morsom for barn, leke med barn og få de til å le (Brady, 2009).

Artikkel 5

Diseth (2006) sin studie viser at barn med medfødte misdannelser i rektum, hadde måttet gjennomgå flere år med behandling hjemme der foreldrene måtte utvide rektum, og studien viser at disse opplevde foreldrene som både snille og slemme. Barna måtte i tillegg ha flere behandlinger på sykehus. Foreldrene ble en slags overgriper på barna og noen barn måtte holdes nede. Undersøkelsen viser at foreldrene følte det traumatisk å være fra barna. Barna kunne tidvis sky unna for kontakt med foreldrene. Dersom foreldre må bidra til å utføre prosedyrer, vil barnet kunne oppleve at foreldrene blir utrygge og de vil føle seg sårbare. Hvor lenge barna blir på sykehuset, vil gå utover forholdet mellom foreldre og barn. Barn med stabile foreldre rundt seg, som føler seg trygge og ivaretatt, har mindre risiko for å ta skade av traumatiske Studien konkluderte med at disse barna hadde større risiko for å bli traumatiserte grunnet traumatisering over lang tid med negativ innvirkning og påvirkning av utvikling hos barnet. opplevelser (Diseth, 2006).

3.4 Kildekritikk.

De kildene jeg har valgt å belyse for min problemstilling, anser jeg som relevante på grunnlag av at det retter seg mot hvordan barn opplever sykehus og sykehuspersonell, men og deres behov for trygghet, forberedelse og lek, som bidrar til mestring. 3 av 5 artikler (Boyd & Hunsberger 1998; Forsner et al., 2005; Brady, 2009) ble alle publisert i sykepleiefaglige tidsskrifter.

Man kan anse artiklene som eldre, men innholdet i artiklene jeg har valgt å benytte, går for det meste på de universelle psykososiale behovene barn har, noe jeg anser som like gyldige i dag som for år tilbake. Boyd & Hunsberg (1998) er den som er eldst, men går mye på det som er relevant for min problemstilling, nettopp mestring hos barn og hvordan barn benytter mestringsstrategier, og hvordan sykepleier kan underbygge bruken av disse. Kvaliteten på forskningsartiklene jeg har benyttet, er gode, og for det meste kvalitative (4 av 5). Når man benytter kvalitativ forskning går man mer i dybden for å få et mer overordnet blikk på en gruppe, herav barn (Dalland, 2012). Å bedrive forskning på barn kan være etisk vanskelig, noe som blir belyst blant annet av Brady (2009).

Diseth (2006) sin kvantitative studie er et studie utført av en lege, men jeg anser den like godt som relevant for sykepleiere, da den går mer overordnet ut og ser på hvor traumatisert et barn kan bli og hvilke konsekvenser det har ved langtidsbehandling på sykehus, som vil være en god pekepinn på hvordan sykepleier kan bistå til mestring for å minke stresset barnet har.

4.0 DRØFTNING

4.1 Barnet behov ved innleggelse.

Grønseth & Markestad (2013) viser til at sykehusopphold for barn kan virke særdeles skremmende og truende. Dette støttes av forskning som viser at barnet kan oppleve sykehusopphold og medisinske prosedyrer som traumatisk (Diseth, 2006; Reinfjell et al., 2014). Barnets forståelse av sin situasjon, avhenger og av hvor utviklet de er og barnets evne til å bearbeide informasjonen som blir gitt (Bunkholdt, 2000). For en sykepleier, betyr dette at det er flere hensyn å ta enn for hos voksne. I praksis har jeg sett at barn gjerne opplever svikt i grunnleggende behov når de blir innlagt på sykehuset. Barna beskriver gjerne at de sover dårlig fordi de sover i en ukjent seng, noen barn blir kvalme på grunn av medisiner eller smerte og klarer derfor ikke å spise godt. Forsner et al. (2005) sin kvalitative undersøkelse underbygger dette. Som sykepleier vil det da være viktig å bidra til mestring av situasjonen de står i (Håkonsen, 2014). Dette vil innebære at barnet føler seg trygt, og foreldrene er ofte definisjonen på trygghet når barn er små og sykepleier bør ha fokus på å passe på at foreldrene og er ivaretatt når barn blir syke. For at foreldre skal kunne ha energi til å ta hånd om sine barn, vil det være viktig med både søvn, hvile og at de får spist nok. Velgjørhetsprinsippet sier at man skal handle utfra hva som er best for pasienten med faglig forståelse (Nordtvedt & Grønseth, 2010). Dette bidrar til å forsterke at sykepleieren skal tenke mer familieorientert for at barn på sykehus skal ha det bra, og Dyregrov (2010) påpeker viktigheten av at barnet har en trygghet.

For barna er nærvær av foreldrene viktig, og foreldrene vil og kunne oppleve det traumatisk å være fra barnet (Diseth, 2006). Som sykepleier da, blir det viktig å tilrettelegge for at foreldrene skal kunne være tilstede så mye det lar seg gjøre. "Sykehusekspertene" som Barneombudet (2011) har pratet med, viser til at de noen ganger ikke får lov å ha foreldrene tilstede, dette kunne gjerne være etter en operasjon, og de første nettene etter denne. Barna følte seg som mest sårbar og hadde mest behov for foreldrene akkurat da. I praksis ser jeg dette jevnlig. Etter en operasjon, må barna tilbringe første natt, om ikke flere, på intermediær avdeling og der kan foreldrene være så mye de vil, men de kan ikke sove der. Barna er tilkoblet scoop og de kan ofte ha behov for sterke smertestillende. Dersom foreldrene hadde vært der og barna hadde visshet om at de var der hele tiden, ville det da vært mindre behov for smertestillende og barnet hadde mestret situasjonen bedre? Både Boyd & Hunsberger (1998)

og Forsner et al. (2005) viser til at foreldrene er viktige støttespillere når barn blir syke og selve innleggelsen var emosjonelt smertefull. Toleransen for stress sank når foreldrene ikke var til stede og stresset bidrar og til at smertebehandling blir vanskeligere (Grønseth & Markestad, 2013). Man kan da anta at stresset ved at foreldrene ikke er der, gjør smerter mer intense. Når man da fjerner foreldre fra barnet, vil barnet bli mer sårbart, slik som en gutt i Smith & Callery (2005) sin undersøkelse påpekte; han trodde at når han ble innlagt på sykehuset, skulle foreldrene forlate han. Dette gir et lite innblikk i hva slags tanker barn kan ha. Som sykepleier for et barn som ligger alene, vil det da være viktig at barnet har tiltro til deg og at man kan vikariere for tryggheten fra foreldrene. Denne tryggheten kan oppnås ved at barnet har opprettet et godt forhold til sykepleieren som har ansvar, som blant annet kan oppnås ved at det er få sykepleiere som forholder seg til hvert barn, noe Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (2000) viser til at barnet har krav på. Brady (2009) sin studie påpeker viktigheten av at barnet skal ha et godt forhold til sykepleierne og føle seg trygge hos de.

Reinfjell et al. (2014) påpeker at det å være kronisk syk som barn innebærer opptil 2-3 ganger høyere risiko for å streve psykisk senere, og Grønseth & Markestad (2013) påpeker at sykehusinnleggelser fører til økt stress blant barn. Det er viktig at sykepleieren da klarer å minimere stresset for barn som er inneliggende. Sykepleieren skal bidra til mestring, både prosedyrer men og selve diagnosen barnet har (Nordtvedt & Grønseth, 2010). Håkonsen (2014) belyser videre krisen som oppstår når et barn blir sykt og viktigheten av å være tilstede for å bearbeide krisen. I praksis ser jeg ofte at barn bruker tid på å bli kjent med sykepleierne, men når det først skjer, kan barnet gjerne knytte seg til disse spesifikke sykepleierne. De som klarer å oppnå denne relasjonen, er gjerne de sykepleierne som tar seg tid til å leke med barna, de investerer følelser i barna og de klarer å møte barna på deres behov, men fremdeles beholde et klinisk blikk, de bidrar til at barnet mestrer krisen de står i. Jeg ser og ofte at foreldrene da klarer å slappe litt mer av, og dette smitter noe over på barna. Brady (2009) belyser hva sykepleier faktisk gjør for å klare å skape et godt forhold til barna. Barna som Brady (2009) intervjuet, påpekte at kommunikasjon var viktig, og her gjerne at sykepleieren ga kjærtegn til barna. Tålmodighet, kompetanse, lekenhet og humor ble og utpekt som viktige egenskaper. Sykepleierne på post der jeg jobber, innehar som regel disse egenskapene, men de har i tillegg god klinisk kunnskap og bruker ofte forholdet de har fått til barna for å klare å opprettholde barnas grunnleggende behov. Dersom man klarer å få til et godt forhold med barna, vil dette kunne bidra til at barnet trives bedre og at sykehuset ikke nødvendigvis blir så

skummelt, barna vil mestre sykehusoppholdet, men og mestre de forskjellige prosedyrene bedre. Man kan og anta at når barnet føler seg trygg, vil det være bedre rustet til å tåle å gjennomgå smertefulle prosedyrer, dette kan understøttes i Dyregrov (2010) som påpeker at et stabilt omsorgsmiljø er en viktig forutsetning for at et barn skal få bearbeidet traumatiske hendelser.

Videre ser man de barna som opplever sykehuset som en skummel plass. Barneombudet (2014) påpeker at ungdom tidvis blir innlagt på en voksenavdeling. Eldre barn er opptatt og avhengig av et sosialt miljø og de er i en fase hvor de skal løsrive seg fra foreldrene sine (Bunkholdt, 2000). Det å legge ungdommer inn på voksenavdeling, strider og mot den lovfestede retten ungdom har til å ha et tilrettelagt miljø rundt seg (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2000). Når barn havner på sykehuset, havner de i en sårbar situasjon, de kan oppleve dette som traumatiserende og noen barn vil regrediere (Dyregrov, 2010). Dette vil da si at barn som havner på voksenavdeling vil kunne være mer avhengig av foreldrene enn det alderen tilsier, og at de i tillegg opplever at deres psykososiale behov ikke blir ivaretatt, da sykepleierne på post ikke nødvendigvis har kunnskap om barns behov. Ungdom tåler bedre enn mindre barn å være atskilt fra omsorgspersoner, men de har fremdeles behov for trygghet og få dekket opp sine behov som ungdom (Boyd & Hunsberger, 1998).

4.2 Barnets mestringsstrategier.

Sykepleieren skal være til stede, bistå til å sette tanker og følelser over til ord og bistå til bearbeiding, altså at sykepleier skal bidra til mestring og det å finne hensiktsmessige mestringsstrategier (Håkonsen, 2014). I arbeid med barn, blir dette særlig viktig med samspillet i familien og barnets og familiens reaksjoner på sykehusoppholdet og diagnosen. Boyd & Hunsberger (1998) så spesifikt på barnets mestringsstrategier, og mange av disse var blant annet avledning, både generelt, men og rundt prosedyrer. I praksis ser jeg at det å benytte avledning under prosedyrer, er særlig effektivt og barnet blir mindre stresset. I forkant av prosedyrer, som for eksempel innleggelse av venekateter, eller infusjoner, er vi bevisst hva barnet kan avledes av og aktivt bruker dette. Avledning består gjerne i å tulle og leke med mindre barn, mens eldre barn gjerne lar seg distrahere ved å spille på iPad eller prate om ting som interesserer barna. På den andre siden, viser Boyd & Hunsberger (1998) at noen barn benytter atferdsstrategier, og en av disse var ”å bare få gjort det”, noe som og kan tyde på at for noen barn er det viktigst å bli fort ferdig og ikke nødvendigvis benytte så mye tid på avledning, mens noen barn rett og slett nektet nødvendige prosedyrer. Når man havner i en situasjon der barnet nekter prosedyrer, kan dette bli vanskelig for en sykepleier å håndtere situasjonen skånsomt og riktig. Autonomi-prinsippet sier at man skal respektere pasientens valg, men da må pasienten ha forståelse for konsekvensene av valget en tar (Nordtvedt & Grønseth, 2010). Et barn har ikke nødvendigvis denne forståelsen, og det er og foreldre som ofte tar disse valgene. Barn over 12 år har krav på å si sin mening vedrørende helse (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2011) mens avgjørelsen hos barn under 12 år, er det foreldre som tar. Autonomi-prinsippet er fremdeles gjeldende her, da man skal se barnet som et individ, men man må handle imot barnets vilje da barnet mangler forståelsen som trengs for å fatte beslutningen. Brady (2009) sin undersøkelse viser at barn mener at en god sykepleier kan både være snill og slem samtidig, så man kan anta at barnet har en viss forståelse i etterkant at sykepleieren noen ganger må gjøre ting barnet selv ikke vil. I en situasjon med et barn som nekter prosedyrer vil det være nødvendig å utføre prosedyren med skånsomhet og respekt for barnets følelser, ha empati og klare å relatere seg til situasjonen barnet står i. Ikke skade-prinsippet sier at man ikke skal bidra til unødige belastninger, herunder at barnet opplever situasjonen som traumatisk og utvikler senskader, særlig gjelder dette på barn som skal måtte gjennomgå gjentagende medisinske prosedyrer (Nordtvedt & Grønseth, 2010). Diseth (2006) og Gjems & Diseth (2011) påpeker og viktigheten av at foreldrene ikke skal være med å utføre medisinske prosedyrer på barn. Videre vil det være viktig å rose barnet når de

gjennomgår prosedyrer, for at barnet skal få en mestringsfølelse. Dette understøtter både Bunkholdt (2000) og barna i studien til Brady (2009).

Boyd & Hunsberger (1998) sier at det å ha kontroll, er en mestringsstrategi. For barnet kan dette bety at de får bestemme hvor og hvordan prosedyren skal gjøres ved å tilby et par enkle valg. Som sykepleier, blir det da en oppgave å sammen med barnet finne frem til hvordan prosedyren skal gjennomføres. Når barn havner i uvante situasjoner, vil de ikke alltid vite hvordan de skal agere. Bunkholdt (2000) refererer til indre "skjemaer" som barn benytter for å håndtere situasjoner de kommer oppi og at de utvikler seg ved at de må håndtere uvante situasjoner og finne hensiktsmessige mestringer for disse, og Lazarus og Folkman (i Håkonsen, 2014) beskriver problemfokuseret mestring. Som sykepleier, vil det da kunne være viktig å tidlig snakke med barna om hva de skal gjennom og forberede de godt, slik at barnet selv kan finne en mestringsstrategi som kan være hensiktsmessig for barnet. Når et barn er forberedt godt på hva de skal gjennom, når de kan forestille seg situasjoner i hodet, vil det og kunne være lettere å mestre situasjonen og barnet vil oppleve å ha kontrollen. Studien som Boyd & Hunsberger (1998) gjorde, underbygger dette. Barnet hadde behov for å beholde en kontroll, kunnskap om prosedyrer og de hadde behov for at sykepleier understøttet disse og de andre mestringsstrategiene til barna. Når barnet har kontroll og er godt forberedt, vil og barnets opplevelse av stress være mindre. Hos barn i alderen 8-12 år, vil det kunne være hensiktsmessig å trekke inn konkrete gjenstander for at barnet skal bli godt forberedt og forklare situasjonen barnet skal stå i godt, gjerne ved hjelp av lek. Barnet har evne til å tenke abstrakt, men har behov for konkrete eksempler. Når barnet er i tenårene, evner barnet mer å være problemløsende og tenke seg frem løsninger på uante situasjoner (Bunkholdt, 2000). I praksis opplever jeg at man benytter lek for å forberede barna. Man bruker reelt sykehusutstyr, og barna kan leke at jeg er den syke. Slik kan man som sykepleier både fange opp barnets forestillinger om prosedyren som skal skje, men barna får og leke seg gjennom den og tenke seg hvordan de vil agere. Dette gjør at situasjonen ikke fremstår så ukjent når man faktisk skal gjøre prosedyren, slik at barnet blir mindre stresset og har funnet frem til en mestringsstrategi. Eldre barn vil kanskje mer kunne relatere seg til å snakke om prosedyren som man skal gjennom og bruke interessene barnet har for at de skal bli trygge på deg og at du lettere kan relatere deg til pasienten. Oslo Universitetssykehus sine retningslinjer, viser til denne metoden å benytte for å forberede barnet godt (Helsebiblioteket, 2013).

4.3 Å unngå traumatisering på sykehus.

I praksis har jeg opplevd barn som er skeptiske til alle som ”går i hvitt”. Barnet evner ikke alltid å skille personene, men har opplevd at en person i hvitt har utført en skremmende prosedyre på barnet og barnet blir derfor skeptiske til alle som går i hvitt. Dette kan understøttes av Bunkholdt (2000) som skriver at barn i alderen 8-12 kan kjenne igjen mennesker på konkrete kjennetegn, som da vil være hvitt. Det er først når barnet blir eldre at de helt evner å skille personer mer ut fra forskjeller, enn likhetene. Da barnet oppholder seg på sykehuset, og vil møte mange personer i hvitt, vil det være hensiktsmessig å hjelpe barnet til å bli trygt igjen og for å oppnå dette, vil det kunne være viktig å trå varsomt frem. Eide og Eide (2014) viser til at tillit bygger på at man møter barnets på deres interesser, så det å leke med barnet utfra deres alder og interesser, vil kunne bidra til at barnet gradvis aksepterer deg. Brady (2009) sin studie viste at barn foretrekker at sykepleier kan ha humor, og barn over 8 år er mer tilbøyelige til humor (Bunkholdt, 2000).

Nortvedt & Grønseth (2010) belyser viktigheten av at sykepleier skal bidra til at pasienten mestrer sykdommen sin, smertefulle prosedyrer og behandlingen. For barn, vil det være viktig at man har et godt forhold til både barnet, men og til foreldrene. Brady (2006) sier at noen barn har behov for en ærlig sykepleier og si til barnet at prosedyren vil være smertefull. På den andre siden kan ikke alle tenke at det er hensiktsmessig å skulle fortelle barna at de skal gjennom en smertefull prosedyre, da man kan tenke seg at barna vil grue seg ekstra for prosedyren. Dersom man skal unngå at barnet blir traumatisert, vil det være viktig at barnet er godt forberedt, også på smerten som kommer, men en kan anta at det ikke nødvendigvis er hensiktsmessig å fortelle om denne smerten lenge før prosedyren skal skje, men heller dersom barnet spør rett før man utfører. Det å mestre prosedyrer og finne hensiktsmessige mestringsstrategier, vil være viktig, særlig dersom barnet skal gjennom prosedyren flere ganger. Gjems & Diseth (2011) påpeker at barnet kan huske smerte ved gjentakelser av smerte, noe som bidrar til at den blir mer og mer intens. Det vil derfor være viktig å ha en åpen dialog med barn og la barnet få snakke ut om hva de opplever. En måte å snakke med barnet på, kan være å benytte lek. Dette understøttes av Bunkholdt (2000) som understøtter at barn benytter lek som kommunikasjonsmetode. Lek kan og virke distraherende på barnet, noe som bidrar til at barnet tolererer smerten bedre (Boyd & Hunsberger, 1998).

4.4 Tilretteleggelse av barnets behov for utvikling på sykehus

En kan anta at når et barn havner på sykehuset, vil en trygghet forsvinne og barnet kan oppleve dette som traumatisk, noe som blir understøttet av Grønseth og Markestad (2013). Barnet forstår ikke nødvendigvis hva som skal skje, og hvorfor barnet er sykt, og utviklingen vil kunne stoppe opp. Da kan det være viktig at sykepleieren bistår i å fremme normalitet og rutiner, for at barnet skal mestre en sykehushverdag. Weldon & Peck (2014) understøtter dette og påpeker at lek kan bidra til at regresjonen barnet opplever ikke blir så stor, så utviklingen ikke tar så skade. For de fleste barn, vil lek være en naturlig del av deres hverdag, og en del av deres rutiner. Bunkholdt (2000) viser til at barnets utvikling påvirkes av miljøet det er i. Man kan da anta at barnet har behov for tilrettelagte tilbud når de er innlagt i sykehuset over lengre tid for å unngå å bremse utviklingen i tillegg til at Barneombudet (2014) viste til at tilbudene barna har på sykehuset, bidrar til hvordan barnet har det på sykehuset. Det at hvert enkelt sykehus har tilrettelagte rom for enten ungdom eller lekerom for barn, samt tilbudet barnet har av aktiviteter på sykehus, vil da være viktig. Både Boyd & Hunsberger (1998) og Brady (2006) fant ut i sine intervjuer at barna var opptatt av lek på sykehus for å komme seg igjennom sykehushverdagen. Helsepersonell ble i begge undersøkelsene utpekt som viktige for å mestre hverdagen på sykehus.

Diseth (2006) så på effektene av langtidsbehandling hos barn og konkluderte med at flere ubehagelige og smertefulle prosedyrer over lengre tid har en negativ påvirkning av barnets utvikling. Dyregrov (2010) understøtter dette og viser til at det blant annet kan virke inn på personligheten til barnet og at barnet vil kunne utvikle psykiske vansker senere i livet. Man kan da anta at traumatiske opplevelser hindrer barnets utvikling.

Sykepleierens oppgave i møte med barn på sykehus, vil kunne være å bidra og legge til rette for utvikling og vekst. For barn, så kan man anta at leken bidrar til utvikling hos barnet, da man ofte kan se at barn lærer mye via lek, enten det er i samspill med andre eller med seg selv. Man kan og se at noen barn bruker lek for å uttrykke seg, men og for å se hvordan andre reagerer. Dette kan understøttes av Jun-Tai & Barbour (2014) som sier at barn utvikler seg via lek, samt at leken representerer det normale og Dyregrov (2010) viser videre til lek kan være tryggheten og stabilitet som barn har behov for. For barnet, vil det da være viktig at de har tilgjengelig leketøy tilpasset alder og uavhengig av om barnet er friskt nok til å gå selv til et lekerom eller er "bundet til sengen". Weldon & Peck (2014) understøtter dette og viser til at man skal se muligheter i barnets begrensninger.

Bunkholdt (2000) skriver om den sosiale læringsteorien at barnets utvikling er avhengig av hvordan de rundt reagerer på barnets handlinger. Noen barn regredierer i lek når de har opplevd en situasjon som traumatisk, og Amlund (2006) påpeker viktigheten av å være vår ovenfor barnet når det regredierer, men og se på regresjon som en utviklingsmulighet. Dersom sykepleier observerer at barnet enten regredierer i lek, eller at barnet regredierer i samspillet med foreldre, kan det være viktig å reagere riktig på barnets regresjon for å la barnet få utvikle seg, og at barnet mestrer regresjonen på riktig måte. På den andre siden, kan man og anta at barnets utvikling vil stoppes dersom barnet regredierer. Mange barn blir mer avhengig av foreldrene sine når de regredierer, de vil mates og kan væte i sengen (Dyregrov, 2010). Derfor vil det kunne være viktig at sykepleieren observerer og vurderer barnets regresjon, men og oppmunterer og veileder foreldrene til å håndtere regresjonen på en god måte. Hvordan foreldre skal håndtere regresjon hos barn, vil kunne være veldig individuelt. Dyregrov (2010) påpeker at regresjon ofte er en forbigående periode, så sykepleier burde dokumentere godt, for å kunne fange opp eventuelle trusler mot utviklingen til barnet dersom barnet regredierer over en lengre periode, eller blir mer og mer regrediert.

4.5 Barnets informasjonsbehov.

Boyd & Hunsberger (1998) sin studie konkluderte med noen tips til sykepleiere for barn. Et av disse tipsene sa at sykepleier må informere på en aldersadekvat måte. For at barn skal unngå å bli traumatiserte på sykehus, vil det være viktig å gi god informasjon. Eide & Eide (2013) påpeker viktigheten av det å se barn som individer i kommunikasjon med barn og unge. Barnets forhold til familien er særlig viktig, og både barnet og foreldrene vil være i behov for informasjon. Barnets informasjonsbehov, avhenger av hvor utviklet de er. Ifølge Reinfjell et al. (2014) prosesserer barn gradvis informasjon. Smith & Callery (2005) sin kvalitative undersøkelse, kan støtte noe oppunder dette. Barna fortalte her at de gjerne ville ha informasjon i forkant av sykehusinnleggelsen og at barnets erfaring med sykehus i forkant av innleggelsen er minimal. Det jeg har erfart fra praksis, er at barna får generell informasjon om sykehuset i forkant av innleggelsen og de blir oppfordret til å gå inn på sykehusets hjemmeside for å kunne se forberedelsesfilmer. Jeg har opplevd at flere foreldre ikke har gjort dette, da de selv er ganske engstelige rundt innleggelsen og har valgt å unngå å søke informasjon om operasjonen som skal skje, noe som gjerne speiler seg hos barna. Når foreldre blir engstelige og redde, ser man gjerne redde og engstelige barn. Dyregrov (2010) påpeker viktigheten av stabile og omsorgsfulle personer, noe som blir viktig for barna når de opplever å bli engstelige. Dersom foreldrene og er engstelige, kan dette bidra til at foreldrene ikke alltid klarer å se barnets behov for trøst, noe barna er i behov for og som de gjerne søker hos sine foreldre, ifølge Forsner et al. (2005). Engstelige barn, kan bidra til en traumatisk sykehusopplevelse. For sykepleieren, blir oppgaven å veilede ved å undervise og gi god informasjon til barn og foreldre. Det å benytte lek i samtale med barn, vil være en god metode. Man vil kunne distrahere barnet, slik at man får god tid til å roe ned foreldre, Weldon & Peck (2014) påpeker og at lek er en metode for barn å lære og en metode å reflektere over omgivelsene sine på.

Velgjørhets-prinsippet sier at man som sykepleier har plikt å handle utfra hva som er best for pasienten utfra en faglig forståelse (Nordtvedt & Grønseth, 2010). For å kunne optimalisere informasjonen, må man altså ha en faglig forståelse, noe som hos barn og innebærer kunnskap om barnets utvikling og barnets behov for informasjon er ofte stor når de kommer på sykehuset. Forsner et al. (2005) sin undersøkelse viste at barna hadde generelt lite kunnskap om sykehus før de selv havnet det. Som sykepleier, vil det derfor være viktig å fremstå trygg, kommunisere godt med barna, men og ta hensyn til graden av informasjon de

trenger. Om man ser på Oslo Universitetssykehus sine retningslinjer (2013) gir dette en pekepinn på hvordan man skal gå frem. Her kan man tilpasse informasjon som blir gitt utfra barnets utvikling og behov. For å belyse det på en annen måte, vil man kunne anta at det å møte barnet der det er i sinnsstemning, ta hensyn til barnets eventuelle begrensninger og tilrettelegge for at barnet skal føle en trygghet, både med godt kroppsspråk og et rolig toneleie, vil man oppnå en god kontakt med barnet. Videre vil det å benytte lek, både for å se barnets tidligere erfaringer, men og for å la barnet få lov å både leke med utstyr, eller bare leke for eget behov, være en god metode for å møte barnet. Smith & Callery (2005) sin undersøkelse henspiller dette noe. Mange barn har ikke noe forhold til sykehuset, og det vil derfor være viktig å tilpasse informasjonen utfra eventuelle tidligere erfaringer og bygge på dette.

5.0 KONKLUSJON

For å oppsummere, vil det være viktig at en sykepleier bidrar til mestring for å unngå traumatisering, da barn opplever innleggelse på sykehus som stressende og truende. Krisen som oppstår blir det viktig å ta hensyn til, og sykepleier burde påse at tryggheten barnet har behov for under krisen består. Følgelig vil det være viktig å bringe foreldrene inn som støttespillere, noe som og barnet faktisk har krav på (Lov om pasient- og brukerrettigheter, 1999, § 6-2). Man ser og barn som blir innlagt på sykehus på voksenavdelinger, noe som er sterkt å fraråde, da barnet blant annet mister rettighetene de har ved nettopp det å være barn (Barneombudet, 2014).

Bunkholdt (2000) viser til at barn er i utvikling, og for å summere opp, vil det være viktig å tilrettelegge for videre utvikling, men og at sykepleier har kunnskap om barnets utvikling og hensyn som skal tas. Sykepleier må legge til rette for mestring, både ved god forberedelse til prosedyrer, som både Weldon & Peck (2014) og Helsebiblioteket (2013) viser til, men og ved å mestre selve det å være innlagt på sykehus og selve sykdommen og hva dette medfører (Nordtvedt & Grønseth, 2010). Det å ta i bruk mestringsstrategier barn har fra før av, eller bidra til å finne nye mestringsstrategier, blir essensielt i arbeid med barn, noe Boyd & Hunsberger (1998) viser til. På bakgrunn av dette, vil det være viktig å påpeke egenskapene en sykepleier skal inneha for at barn skal få tillit til sykepleier, noe som vil bidra til at sykehushverdagen blir lettere å mestre, da barnet vil lettere kunne klare å uttrykke behov og ønsker. Ved å inneha kunnskap om kommunikasjon til barn, for eksempel ved å benytte lek som kommunikasjon, vil man og finne frem til disse mestringsstrategiene.

Reinfjell et al. (2014) påpeker at sykdom, øker risikoen for senere psykisk sykdom, og for å unngå dette, og derfor blir barnets mestring av situasjon(er) som oppstår være viktig. Smith & Callery (2005) viser til kunnskapen barna har om sykehus før en innleggelse, mens Forsner et al. (2005) viser hvordan barn opplever det å være syk. Dette sammen danner et grunnlag for å bedre praksisen en sykepleier har med barn, for å både forebygge, men og bidra til at sykehushverdagen barnet har bedres, og ifølge sykepleierens etiske prinsipper, skal man og minimere skaden og utføre på grunnlag av god faglighet (Nordtvedt & Grønseth, 2010). På grunn av dette, kan man se at mestring er essensielt, og barnet vil oppleve en mestring dersom sykepleier tar hensyn til barnets begrensninger, ser deres muligheter og støtter oppunder mestringsstrategiene barn har.

Avslutningsvis vil jeg konkludere med at sykepleieren, både ved egenskapene de må inneha, kunnskapen de skal ha og omsorgen de må utøve ovenfor barn og foreldre, spiller en stor rolle for å unngå traumatiseringen barn kan oppleve på sykehus. Det å tilby rom for lek, å se barnets behov og det å være en støttespiller, vil være viktige for å bidra til mestringen barnet burde og må oppleve på sykehus for å unngå traumatisering. Sykepleieren burde tenke familieorientert i arbeid med barn og tilrettelegge for at hele familien mestrer oppholdet på best mulig måte, slik at omsorgsmiljøet rundt barnet er stabilt og trygt, noe Dyregrov (2010) påpeker er viktig for å få bearbeidet traumatiske hendelser.

6.0 LITTERATURLISTE

- Amlund, E. (2006) Regresjon som en vekstmulighet for depriverte barn. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 48, 12-18.
- Barneombudet (2010) Sykehusekspertene. Hentet fra <http://barneombudet.no/wp-content/uploads/2013/09/sykehusekspertene.pdf>
- Barneombudet (2014). Helse på barns premisser. Hentet fra [http://barneombudet.no/wp-content/uploads/2014/03/Helse på barns premisser.pdf](http://barneombudet.no/wp-content/uploads/2014/03/Helse_p%C3%A5_barns_premisser.pdf)
- Boyd, JR & Hunsberger, M. (1998) Chronically ill children coping with repeated hospitalizations: their perceptions and suggested interventions. *Journal of Pediatric Nursing*, 13,(6), 330-42. [https://doi.org/10.1016/S0882-5963\(98\)80021-3](https://doi.org/10.1016/S0882-5963(98)80021-3)
- Brady M. (2009) Hospitalized Childrens views of a Good Nurse. *Nursing Ethics*, 16, (5), 543-560. <https://doi.org/10.1177/0969733009106648>
- Bunkholdt, V. (2000) *Utviklingspsykologi* (2.utg.). Oslo: Universitetsforlaget
- Dalland, O. (2012) *Metode og oppgaveskriving*. 5. utg. Oslo, Gyldendal Akademisk
- Diseth, T.H. (2006). Dissociation following traumatic medical treatment procedures in childhood: A longitudinal follw-up. *Development and Psychopathology*, 18, 233-255. DOI: 10.1017/S0954579406060135
- Dyregrov, A. (2010). *Barn og traumer – en håndbok for foreldre og hjelpere*. (2. Utg) Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS
- Eide, H. & Eide, T. (2013). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk* (2 utg.). Oslo: Gyldendal Akademiske
- En vanlig dag på sykehuset [Bilde] (2017). Hentet fra <https://oslo-universitetssykehus.no/om-oss/barn-pa-sykehus/nar-du-er-pa-sykehuset/en-vanlig-dag-pa-sykehuset>

Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (2000) Hentet 10.april fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1217>

Forsner, M., Jansson, L., Soerlie, V. (2005). Being ill as narrated by children ages 11-18 years. *Journal of Child Health Care*, 9 (4), 314-323. DOI:10.1177/1367493505056485

Gjems, S. & Diseth, T.H. (2011). Forebygging og behandling av psykologiske traumer hos somatisk syke barn. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 48 (9), 856-862

Grønseth, R. & Markestad, T. (2013). *Pediatri og pediatrik sykepleie*. (3.utg.) Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Helsebiblioteket (2013). Psykososial preoperativ forberedelse av barn 0-18 år. Hentet 1. April 2017 fra <http://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/psykososial-preoperativ-forberedelse-av-barn-018-ar>

Håkonsen, K.J. (2014) *Psykologi og psykiske lidelser*. (5.utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk.

Jun-Tai, N. & Barbour, F. (2014). Enhancing resilience in children and young people. I Tonkin, A., *Play in healthcare. Using play to promote child development and wellbeing* (s.93-109)

Lov om pasient- og brukerrettigheter (1999). *Barns særlige rettigheter*. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_7

Nordtvedt, P. & Grønseth, R. (2010) ”Klinisk sykepleie – funksjon og ansvar.” I *Klinisk sykepleie 1*. 4.utg. Hallbjørg Almås, Dag- Gunnar Stubberud og red. Randi Grønseth. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Reinfjell T., Vikan, A. & Diseth, T.H. (2014). Barns forståelse og tilpasning til alvorlig sykdom og død. *Omsorg: Nordisk tidsskrift for Palliativ medisin*, (4), 11-16.

Smith, L, Callery, P. (2005) Children´s accounts of their preoperative information needs. *Clinical Nursing*, 14 (2), 230 – 238. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2004.01029.x

Weldon, C. & Peck, H. (2014). Play and recreation. I Tonkin, A., *Play in healthcare. Using play to promote child development and wellbeing* (s.77-92).

Vedlegg 1

Forfatter/ år/land/tittel	Hensikt (mål) med studien	Metode	Benyttede søkeord/benyttet database
Boyd, R. & Hunsberger, M. / Canada/ 1998 / Chronically Ill Children coping with repeated hospitalizations: Their Perceptions and suggested interventions	Å finne ut hvordan barn mestrer det å være på sykehuset (gjentatte ganger) og hensiktsmessige mestringsstrategier	Kvalitativ studie med 6 barn mellom 10 og 13 år	Children, coping, repeated hospitalizations / Google Scholar
Smith, L. & Callery, P. / Storbritannia / 2005/ Children´s accounts of their preoperative information needs	Å finne behovene barn har for preoperativ informasjon og deres generelle kunnskap rundt sykehus	Kvalitativ studie på 9 barn mellom 7-11 år med ”tegn og fortell”-metoden	Children, information needs, preoperative, preparation / Google Scholar
Forsner, M., Jansson, L. & Soerlie, V. / Sverige / 2005 Being ill as narrated by children aged 11- 18 years	Å finne ut hvordan helsepersonell kan bedre deres praksis, men og hvordan barn opplever det å være syk på sykehus	Kvalitativ studie på 5 barn mellom 11 – 18 år	”being ill narrated children” + qualitative / PubMed
Brady, M. / USA / 2009 Hospitalized children´s views of the good nurse	Å få frem hva som identifiserer en god sykepleier og hvilke karakteristika som barn ser etter	Kvalitativ studie på 22 barn, med bruk av blant annet ”tegn og skriv”-teknikken	Hospitalized children + good nurse + communication / PubMed

<p>Diseth, T. / Norge / 2006</p> <p>Dissociation following traumatic medical treatment procedures in childhood: A longitudinal follow-up</p>	<p>Å se hvordan tidlig traumatisering på et barn i utvikling vil kunne spille inn på dissosiasjon i tenårene og voksen alder, effekt på deres somatiske funksjon, mentale helse og dissosiative erfaringer.</p>	<p>En kvantitativ studie som forløp seg over 10 år med pasienter med medfødte misdannelser, i all hovedsak Hirschsprung og medfødte misdannelser i rektum. Det ble brukt standardiserte spørreskjema som Adolescent Dissociative Experience Scale (A-DES) og Somatoform Dissociative Questionnaire (SDQ-20).</p>	<p>Traumatic + procedures + childhood + dissociation + medical treatment / PubMed</p>
--	---	--	---